

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 13 octobre 2025

---

Composition : Mme PASCHE, présidente  
M. Neu, juge, et Mme Coquoz, assesseure  
Greffier : M. Heufemann Aviles

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**D.**\_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Gilles-Antoine Hofstetter, avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 8 al. 1 LPGA ; art. 4 et 28 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** D.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], célibataire et au bénéfice d'un diplôme d'[...] et d'un CFC d'assistante en soins et santé communautaire (ci-après : ASSC), a déposé le 20 décembre 2011 une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en raison d'une maladie de Verneuil, ou hidrosadénite suppurée. L'intéressée a indiqué dans ce contexte qu'elle aurait travaillé à 100 % en bonne santé, depuis le 1<sup>er</sup> février 2011, par nécessité financière (cf. détermination du statut du 30 janvier 2012).

Dans un rapport du 1<sup>er</sup> mai 2012, la Dre C.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, a fait état d'une atteinte incapacitante sous forme d'hidradénites suppurées du pli inter fessier, des deux creux axillaires et des plis inguinaux depuis 14 ans.

Par avis du 16 mai 2012, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) a retenu que l'assurée souffrait d'une atteinte pouvant entraîner des périodes d'incapacité de courtes durées mais que, en dehors des poussées, la capacité de travail était entière, sans limitations fonctionnelles.

Le [...], l'assurée a donné naissance à un fils.

Par décision du 27 novembre 2012, l'OAI a rejeté la demande de l'assurée au motif qu'elle ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante puisque sa capacité de travail et de gain restait entière dans toute activité.

**B.** Après la résiliation de ses rapports de travail avec le W.\_\_\_\_\_ (ci-après : le W.\_\_\_\_\_) au 31 octobre 2013, l'assurée a déposé le 21 novembre 2013 une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI. Dans ce cadre, l'assurée a indiqué que, bien portante, elle aurait

travaillé à 80 % en tant qu'ASSC dès l'obtention de son CFC, par nécessité financière (cf. détermination du statut du 23 décembre 2013).

Dans un rapport du 3 janvier 2014, les Drs L.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_, respectivement médecin-chef et chef de clinique du service de médecine du personnel du W.\_\_\_\_\_, ont relevé que l'assurée était connue pour une maladie de Verneuil et qu'elle présentait un épisode anxio-dépressif modéré à la consultation du 17 mars 2013.

Par avis du 30 janvier 2014, le SMR a estimé que l'atteinte que présentait l'assurée était à l'origine d'incapacités de travail non durables, mais répétitives, que les récurrences étaient favorisées par un environnement chaud et humide ainsi que par les frottements et que dans une activité adaptée, la capacité de travail restait entière.

Entre les mois de mars à mai 2015, l'assurée a bénéficié, sous l'égide de l'OAI, d'un reclassement professionnel dans le codage médical.

Par décision du 16 février 2016, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité à l'assurée. Il a retenu que l'assurée présentait une incapacité de travail et de gain totale dans son activité professionnelle habituelle d'ASSC mais qu'elle disposait d'une capacité de travail de 100 % dès le 1<sup>er</sup> avril 2013 dans une activité adaptée et avait, de ce fait, bénéficié d'un reclassement dans le codage médical. Dans ce cadre, le revenu d'invalidité s'avérait au moins aussi élevé que le revenu réalisé avant l'atteinte à la santé. Partant le droit à une rente était exclu.

**C.** Ayant bénéficié tout au long de l'année 2016 du soutien de l'OAI en vue de reprendre une activité professionnelle, l'assurée a été engagée le 7 novembre 2016 en qualité de secrétaire à 42.85 % par O.\_\_\_\_\_. Elle a été licenciée au 30 avril 2017, en raison de nombreuses absences.

**D.** Le 16 février 2021, l'assurée a déposé une troisième demande de prestations auprès de l'OAI, qu'elle a renvoyée signée à l'OAI le 9 mars

2021. Dans ce contexte, il est notamment apparu que du mois de décembre 2018 au mois de juin 2020, l'intéressée avait œuvré en tant que remplaçante à l'heure en milieu parascolaire (cf. questionnaire pour l'employeur du 28 juin 2021).

Dans un rapport du 26 avril 2021, le Dr Y.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a indiqué que de la maladie de Verneuil dont souffrait l'assurée était physiquement très handicapante et douloureuse. Il a ajouté que sa patiente présentait une aggravation de sa symptomatologie, avec des abcès à chaque fois plus prolongés dans le temps et difficiles à guérir malgré un traitement de fond par antibiotique. Le Dr Y.\_\_\_\_\_ a de surcroît estimé que la capacité de travail nécessitait une évaluation par des spécialistes.

Par rapport du 25 mai 2021, le Dr Y.\_\_\_\_\_ a précisé que l'assurée n'avait pas de limitations fonctionnelles mais qu'elle présentait des problèmes pour s'asseoir ou rester longtemps debout et que son visage devenait difforme à l'apparition des pustules.

Dans un questionnaire complété le 8 juillet 2021, l'assurée a notamment indiqué que son taux d'activité s'élèverait à 70 % depuis la naissance de son fils le [...] si elle n'était pas atteinte dans sa santé.

Dans un rapport du 15 septembre 2021, la Dre X.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et pédopsychiatrie, a diagnostiqué les atteintes avec impact sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent (F33), trouble mixte de la personnalité avec prédominance d'un trouble de la personnalité anxieuse (évitante) (F61) et de maladie de Verneuil. Elle a estimé que le pronostic était défavorable mais que l'on pouvait envisager une stabilisation, voire une amélioration de la santé psychique moyennant une reconnaissance et une aide de l'Al ainsi qu'un milieu tenant compte des limitations. La Dre X.\_\_\_\_\_ a souligné que la maladie de Verneuil entraînait de nombreuses limitations fonctionnelles au quotidien et que le trouble dépressif récurrent induisait une réduction de l'énergie, une fatigabilité, un manque d'estime, des difficultés de concentration et

d'attention et une tendance au retrait social ; l'intéressée présentait en outre de forts sentiments d'appréhension et une hypersensibilité à la critique avec une anxiété sous-jacente. La Dre X.\_\_\_\_\_ a indiqué qu'un taux d'activité de 50 % était envisageable en l'absence de poussées de la maladie, mais que cet aspect était difficilement évaluable en raison du caractère imprévisible de la maladie et de ses répercussions psychiques. Elle a également relevé que, lors des poussées, l'assurée n'était plus en mesure d'assumer son ménage, sa lessive ou ses courses, et devait souvent rester allongée, mais qu'elle parvenait quand même à entreprendre le minimum pour la prise en charge de son fils.

Par avis du 15 octobre 2021, le SMR a retenu que, cliniquement, les informations concernant la maladie de Verneuil étaient lacunaires et que, sur le plan psychiatrique, il n'était pas fait mention d'un épisode dépressif actuel clairement constitué ni d'une incapacité de travail. Dans ces conditions, le SMR a estimé qu'il y avait lieu de poursuivre l'instruction par une expertise dermatologique.

L'OAI a conséquemment mandaté en qualité d'expert le Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en dermatologie. Dans son rapport du 21 février 2022, l'expert a retenu les diagnostics d'hydrosadénite (maladie de Verneuil) stade Hurley I et d'acné nodulokystique du visage. Il a estimé que la capacité de travail était entière dans l'activité d'ASSC et que l'activité occasionnelle exercée dans l'accueil d'enfants paraissait adaptée. Relevant que le pronostic était favorable en cas de prise en charge spécialisée, il a ajouté qu'un suivi dermatologique devrait considérablement réduire la fréquence des épisodes inflammatoires et les absences au travail. Selon l'expert, une évaluation définitive de la capacité de l'assurée à exercer son métier ne pourrait être livrée qu'après six mois de prise en charge thérapeutique. Enfin, l'expert Q.\_\_\_\_\_ a ajouté que bien que la maladie de l'intéressée l'ait conduite à se coucher plus souvent lors des poussées inflammatoires, elle ne lui a pas fait perdre des capacités fonctionnelles à son domicile.

Par avis médical du 25 mars 2022, le SMR a retenu que l'expertise du Dr Q. \_\_\_\_\_ ne permettait pas de retenir une aggravation de l'état de santé sur le plan dermatologique, que, dès lors, la capacité de travail était restée entière dans l'activité dans laquelle l'assurée avait été reclassée et que son activité occasionnelle dans l'accueil d'enfants était également adaptée.

Répondant le 2 juin 2022 à une liste de questions adressée par l'OAI, la Dre X. \_\_\_\_\_ a indiqué que depuis septembre 2021, l'état de santé de l'assurée avait été fluctuante, étant précisé qu'il était difficile de dissocier l'état psychique de l'état physique. Le diagnostic psychiatrique ayant actuellement la répercussion la plus importante sur la capacité de travail était le trouble de la personnalité mixte, à prédominance anxieuse, mais de nombreux symptômes dépressifs persistaient néanmoins, de longue date et de manière invalidante. L'épisode dépressif actuel était léger à moyen, selon les périodes. S'agissant des limitations fonctionnelles, la Dre X. \_\_\_\_\_ a en particulier relevé une fatigabilité et un manque d'énergie importants, des difficultés de concentration et d'attention, un manque de confiance, des sentiments de peu de valeur et de honte, une anxiété, une tension, la crainte d'être critiquée et rejetée, ainsi qu'une humeur instable. Ladite spécialiste a retenu que la capacité de travail avait dû être très tôt réduite compte tenu des troubles psychiques présents de très longue date. Elle a ajouté que dans l'activité habituelle (de codeuse médicale ou surveillante d'enfants) comme dans une activité adaptée ou dans la sphère ménagère, la capacité de travail, d'un point de vue strictement psychiatrique, était de 40 %, ce taux étant cependant difficilement évaluable au vu de l'intrication entre les troubles physiques et les troubles psychiques. La capacité de travail pourrait en outre être améliorée dans un environnement soutenant et bienveillant. En cas d'amélioration de l'affection dermatologique, on pourrait peut-être espérer une amélioration de 20 % de la capacité de travail.

Par avis médical du 1<sup>er</sup> juillet 2022, le SMR a estimé qu'il n'était pas possible, en l'état, de se rallier à l'avis de la Dre X. \_\_\_\_\_ et a préconisé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

Dans un rapport médical du 1<sup>er</sup> septembre 2022, la Dre M.\_\_\_\_\_, cheffe de clinique au Service de dermatologie et vénéréologie du W.\_\_\_\_\_, a indiqué qu'une prise en charge était en cours depuis le 9 mars 2022. Elle a posé le diagnostic avec impact sur la capacité de travail d'hidrosadénite suppurative Hurley II. Elle a indiqué que la capacité de travail de l'assurée était de 100 % ; toutefois, elle pouvait être réduite à 0 % pendant quelques jours à plusieurs mois en cas de poussée d'hidrosadénite suppurée. En cas de poussée toujours, la marche, la position assise, les positions debout et allongée sur le dos pouvaient être limitées ou impossibles. La Dre M.\_\_\_\_\_ a également indiqué qu'étaient à éviter le travail de nuit, le travail dans des environnements chauds et le port de vêtements synthétiques. Elle a précisé qu'à l'heure actuelle, il n'y avait pas de traitement médicamenteux curatif de l'hidrosadénite suppurée, les traitements déployés visant à diminuer la fréquence et l'ampleur des poussées inflammatoires.

Mandatée en qualité d'experte par l'OAI, la Dre N.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a fait part de ses conclusions aux termes d'un rapport d'expertise du 14 novembre 2022. Sur le plan diagnostique, l'experte a retenu un trouble dépressif récurrent avec épisode actuel moyen sans syndrome somatique (F33.1), des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, utilisation épisodique (F10.26) respectivement des difficultés liées au mode de vie, utilisation d'alcool (Z72.1) ainsi que des traits de personnalité émotionnellement labile de type borderline (F60.31). Sur le plan psychiatrique, les limitations fonctionnelles étaient une rigidité, des difficultés adaptatives, une fatigabilité et une fluctuation de l'humeur avec tendance à la projectivité ; des difficultés somatiques avaient de surcroît un impact sur la santé psychique et pouvaient péjorer certains traits de personnalité émotionnellement labile, de même qu'accentuer certains symptômes du trouble dépressif récurrent. S'agissant des ressources, l'experte N.\_\_\_\_\_ a retenu que la formation suivie témoignait d'une capacité d'apprentissage, que l'assurée se déplaçait en voiture sans

difficulté et qu'elle ne présentait pas de limitation dans les activités du quotidien, hors crises d'hydrosadénite suppurée. Quant à sa capacité de travail, elle était considérée comme nulle en période de crise d'hydrosadénite suppurée ; en dehors des crises, la capacité de travail était depuis 2016 de 100 % dans l'activité exercée en dernier lieu, avec une baisse de rendement fluctuante, respectivement de 100 % dans une activité adaptée (exercée de manière autonome dans un environnement valorisant et avec des horaires flexibles), avec une diminution de rendement de 20 %.

Dans un avis 16 décembre 2022, le SMR a estimé que l'expertise de la Dre N. \_\_\_\_\_ nécessitait des clarifications.

Dans un rapport d'expertise complémentaire du 23 janvier 2023, l'experte N. \_\_\_\_\_ a confirmé les diagnostics retenus, de même que l'évaluation de la capacité de travail.

Dans un rapport du 25 janvier 2023, les Drs B. \_\_\_\_\_ et P. \_\_\_\_\_, respectivement chef de clinique et médecin assistante au service de dermatologie et vénéréologie du W. \_\_\_\_\_, ont indiqué que la maladie était stable et que la capacité de travail était de 100 % dans l'activité habituelle, respectivement de 50 % à 80 % en cas de crise selon la patiente et que la capacité de travail dans une activité adaptée n'était pas évaluable.

Dans un avis du 7 mars 2023, le SMR a retenu que les conclusions de la Dre N. \_\_\_\_\_ restaient ambiguës quant aux limitations fonctionnelles purement psychiatriques. Soulignant la complexité de la situation, le SMR a retenu ce qui suit :

« En résumé :

**Atteinte principale à la santé :** Hydrosadénite suppurative (M. Verneuil) stade Hurley II (ICD-11, ED92.0) actuellement stable sous traitement immunomodulateur

**Facteurs/diagnostics associés du ressort de l'AI :** CIM F 33.1 Trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger à moyen (selon les poussées) sans syndrome somatique, Traits de personnalité émotionnellement labile de type borderline Z73.1

**Facteurs/diagnostics associés non du ressort de l'AI :** tabagisme, obésité. F10.26 : Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, utilisation épisodique. Z72.1 Difficultés liées au mode de vie, utilisation d'OH.

**Début de l'IT durable :** avril 2013

**CT dans l'activité habituelle d'ASSC :** 0 % depuis avril 2013

**CT dans l'activité de codificatrice médicale :** 0 % pendant les poussées d'hydrosadénite. 80 % en dehors des poussées d'hydrosadénite. La baisse de rendement liée à l'absentéisme lors des poussées doit être déduite. Nous ne sommes pas en mesure de la chiffrer.

**CT dans une activité adaptée :** idem

**Limitations fonctionnelles :** labilité de l'humeur (notamment péjorée lors des poussées), baisse de motivation, fatigue en lien avec les douleurs (lors de poussées), diminution de la résistance, concentration/attention et des capacités adaptatives

**Début de l'aptitude à la réadaptation :** depuis toujours »

Par projet de décision du 25 avril 2023, l'OAI a informé l'assurée qu'il projetait de rejeter sa demande. En effet, après instruction complète de celle-ci, il apparaissait qu'aucune modification notable de l'état de santé n'était survenue depuis la dernière décision. Ainsi, l'activité dans laquelle l'intéressée avait été réadaptée demeurait adaptée et exigible et le préjudice économique restait inchangé.

Par courriel du 6 août 2023, l'assurée a fait part de ses objections à l'encontre du projet susdit, faisant valoir qu'elle était en phase de crise depuis un mois demi. Elle a également fourni des photos des zones touchées par ces poussées.

Par décision du 8 août 2023, l'OAI a confirmé son projet du 25 avril 2023, dont il a repris la motivation.

**E.** Agissant par l'entremise de son conseil, D. \_\_\_\_\_ a recouru le 14 septembre 2023 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à sa réforme et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière dès le 1<sup>er</sup> mars 2021, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle instruction et/ou décision.

La recourante a fait valoir pour l'essentiel que sa maladie de Verneuil s'était péjorée depuis février 2016 et qu'il en résultait une incapacité totale de travail dans le marché ordinaire de l'emploi. A titre de mesure d'instruction, elle a requis la mise en œuvre d'une expertise médicale.

Par réponse du 31 octobre 2023, l'intimé a conclu au rejet du recours.

Par réplique du 18 mars 2024, la recourante a confirmé ses précédents motifs et conclusions. Elle a notamment produit deux rapports, à savoir du 4 décembre 2023 de la Dre X. \_\_\_\_\_ et du 14 novembre 2023 du Dr K. \_\_\_\_\_, spécialiste en dermatologie.

Le rapport du 4 décembre 2023 de la Dre X. \_\_\_\_\_ faisait notamment état d'une aggravation de l'état de santé psychique de la recourante. L'intéressée s'était montrée plus fragile, évoquant de grandes difficultés dans la relation avec son fils. Elle se sentait complètement épuisée et présentait occasionnellement des idées suicidaires. La Dre X. \_\_\_\_\_ relevait également de nombreux dysfonctionnements - à savoir une impulsivité importante avec de nombreux moments de perte de contrôle - la recourante ayant probablement tenté de les cacher auparavant, probablement par honte et forte crainte d'être jugée. Elle relevait de surcroît une grande difficulté à maintenir des liens stables, une faible tolérance à la frustration, une tendance plus importante à l'agressivité et une irritabilité persistante. L'intéressée éprouvait presque constamment le besoin de se reposer, pouvait se sentir triste, inerte et passer des journées entières au lit sans manger, état qui pouvait se prolonger sur plusieurs semaines. En outre, la recourante n'avait presque plus de contacts sociaux et évoquait un état de stress permanent. La Dre X. \_\_\_\_\_ considérait qu'actuellement la capacité de travail était nulle.

Le rapport du 14 novembre 2023 du Dr K. \_\_\_\_\_ retenait que la symptomatologie en lien avec la maladie de Verneuil ne permettait aucune poursuite de l'activité professionnelle dans des conditions correctes.

Par duplique du 25 avril 2024, l'intimé a maintenu son appréciation, se référant à un avis SMR du 4 avril 2024 confirmant que la capacité de travail dans une activité de codificatrice médicale ou dans toute autre activité adaptée était nulle pendant les poussées d'hydrosadénite et de 80 % en dehors de celles-ci.

Se déterminant le 26 juillet 2024, la recourante a confirmé sa position.

**F.** Le 15 octobre 2024, la juge instructrice a ordonné la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, dont elle a confié le mandat au Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, lequel a fait part de ses conclusions dans un rapport du 8 janvier 2025.

Sur le plan diagnostique, l'expert H.\_\_\_\_\_ a retenu un trouble mixte de la personnalité, avec des caractéristiques émotionnellement labiles et paranoïaques (F61.0), et un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1) à la limite de la symptomatologie dépressive sévère (F33.2). D'une part, s'agissant du trouble de la personnalité, il a relevé que l'assurée décrivait une carence émotionnelle depuis l'enfance, suivie à l'adolescence d'un sentiment de vide et de comportements oppositionnels et à risque, avec ensuite de grandes difficultés à construire un projet professionnel stable et, par ailleurs, à gérer les émotions et le stress. L'intéressée avait progressivement décompensé son fonctionnement « borderline » de surface, laissant mieux apparaître un soubassement plus archaïque (et rigide) du registre du fonctionnement paranoïaque. On assistait ainsi à des comportements profondément enracinés et durables, consistant en des réactions inflexibles à des situations personnelles et sociales de nature très variée, avec un sentiment de souffrance subjective et une altération des performances sociales. L'expert a écarté une composante anxieuse/évitante, au motif que si l'assurée évitait les activités sociales et les contacts interpersonnels, sa vision hostile du monde - renforcée avec les années - l'emportait sur la crainte d'être critiquée, désavouée ou

rejetée. L'expert H.\_\_\_\_\_ a en revanche estimé que l'intéressée affichait plusieurs caractéristiques de la personnalité paranoïaque, à savoir la sensibilité excessive aux échecs et aux rebuffades, la tendance rancunière, ou le caractère soupçonneux. A cela s'ajoutait la composante émotionnellement labile type borderline, caractérisée par l'instabilité chronique de l'humeur dans le cadre de facteurs déclenchants, la mauvaise régulation des émotions, l'impulsivité et la décompensation dans le cadre de ruptures de lien. D'autre part, s'agissant du volet dépressif, l'expert H.\_\_\_\_\_ a retenu que l'assurée avait souffert en tout cas d'un épisode dépressif constitué à l'âge de 18 ans, puis de périodes au cours desquelles elle n'avait pas affiché de symptômes thymiques évidents, avant de montrer à nouveau des symptômes thymiques durables depuis plusieurs mois voire années, constellation justifiant le diagnostic de trouble dépressif ; la symptomatologie actuelle correspondait à un épisode moyen. Quant à la consommation d'alcool, elle ne justifiait pas de retenir un diagnostic formel à l'heure actuelle, mais s'inscrivait dans le cadre d'une fragilité propre aux sujets souffrant d'un trouble de la personnalité tel que celui retenu dans l'expertise.

Du point de vue de l'évaluation de la capacité de travail, l'expert H.\_\_\_\_\_ a retenu notamment ce qui suit :

## « 7. Evaluation médicale

### **7.1 Résumé de l'évolution personnelle et professionnelle et de la santé de l'assurée, y compris de sa situation psychique, sociale et médicale actuelle.**

La présente expertise met en évidence une assurée qui s'est, selon mon analyse, progressivement décompensée sur le plan de sa personnalité, en raison des facteurs cumulatifs décrits plus haut dans le texte (appréciation des diagnostics). [...] S'y ajoute une maladie dermatologique et selon ses dires des douleurs du rachis qui seraient en ce moment en cours d'investigation qui ne font que renforcer les failles narcissiques de ce trouble de la personnalité, avec une assurée qui s'est progressivement coupée du monde du travail, dans un état de régression pathologique auprès de ses parents. Sa vision du monde, à la base fragile et caractérisée par la méfiance, s'est accentuée pour mieux faire apparaître une dimension paranoïaque, qui signe une importante rigidité. Cette composante réduit d'autant plus les capacités à réagir avec souplesse, à intégrer sa maladie physique et diminue ses ressources. Une composante dépressive s'y ajoute, atteignant

actuellement un degré de sévérité moyen qui réduit les capacités à se projeter dans l'avenir et à investir une vie professionnelle.

Ainsi, j'estime que le raisonnement qui voudrait différencier un état psychique pendant et hors périodes de crises de sa maladie dermatologique (pour en tirer une forme de moyenne) n'est pas adapté. Selon mon analyse, il faut surtout considérer à quel point toute crise et perspective de nouvelle crise de maladie physique a progressivement déstabilisé l'état psychique de l'assurée, en particulier sa personnalité, qui doit être considérée comme étant fortement pathologique quel que soit l'état de sa maladie somatique.

## **7.2 Evaluation de l'évolution jusqu'à ce jour s'agissant des traitements, des mesures de réadaptation, etc., discussion des chances de guérison.**

[...]

Les sujets émotionnellement labiles et paranoïaques réagissent souvent mal aux traitements proposés. Le médicament peut rapidement être considéré comme « un poison de plus ». Cette manière de considérer un antidépresseur est clairement présente chez l'assurée qui « *ne veut plus bourrer son corps encore avec autre chose* ». Il est reconnu qu'il est bien plus difficile de traiter des symptômes dépressifs chez les sujets qui souffrent de troubles de la personnalité. Il s'agit d'un facteur de résistance au traitement. Ce facteur de résistance découle directement de l'atteinte psychiatrique et ne doit donc pas être considéré comme une absence de volonté de se soigner. [...]

Des facteurs maladifs s'opposent donc à l'amélioration de la composante dépressive par un traitement médicamenteux.

[...] Ainsi, le pronostic thérapeutique, considéré dans la globalité, paraît défavorable en tout cas à moyen terme, à l'issue de la présente expertise.

Si l'assurée a pu collaborer par le passé dans le cadre de mesures de réadaptation professionnelle (on ne relève pas de grave problème de coopération durant les mesures, ce qui montre que l'assurée a tenté, au mieux de ses possibilités, de surmonter les limitations découlant de son trouble de la personnalité), son évolution actuelle est peu encourageante. Il est à prévoir que Mme D.\_\_\_\_\_ ne puisse plus s'appuyer sur un minimum de stabilité interne pour envisager de s'engager dans un processus de réinsertion/réadaptation. De telles mesures seraient à mon avis vouées à l'échec si elles étaient mises en œuvre. Cet échec découlerait à mon avis directement des troubles psychiatriques mis en évidence.

## **7.3 Evaluation de la cohérence et de la plausibilité.**

Selon mon analyse, Mme D.\_\_\_\_\_ dispose de tous les facteurs de vulnérabilité provoquant un épuisement de ses capacités adaptatives, ayant provoqué l'état de régression actuel dans le cadre de la cohabitation avec ses parents. [...]

Comme relevé plus haut, le fait de rompre les suivis médicaux, d'afficher des réticences et/ou diverses intolérances aux traitements médicamenteux découle directement des troubles psychiatriques.

Par ailleurs, lors de la présente expertise, l'assurée a affiché une présentation clinique authentique, dans le sens qu'elle n'a pas été en mesure de se montrer très engageante dans ses réactions, ce qui reflète authentiquement l'importance de son trouble de la personnalité et l'accentuation de l'état de décompensation de ce trouble au cours du temps. Ainsi, l'historique de vie de l'assurée, le cumul des facteurs de déstabilisation, l'absence d'amélioration des troubles et les difficultés inhérentes au traitement s'inscrivent dans le cadre de troubles plausibles et cohérents.

Les troubles se manifestent dans de nombreux domaines de la vie : si l'assurée peut donner le sentiment de « fonctionner » dans le cadre limité de sa fonction de mère de famille, l'assurée et sa thérapeute décrivent des troubles éducatifs et relationnels qui reflètent aussi son trouble de la personnalité. On ne relève pas de diversité dans l'investissement de loisirs, ni d'activité associative. La vie sentimentale est désinvestie, avec des liens de dépendance qui se sont réactivés vis-à-vis des figures parentales, dont l'assurée a tenté difficilement de s'autonomiser au cours de sa vie. Si quelques liens amicaux sont décrits, ils semblent s'être raréfiés au cours du temps, avec des interactions principalement téléphoniques.

#### **7.4 Appréciation des capacités, des ressources et des difficultés**

Pour évaluer cette dimension, on peut en premier lieu parcourir les fonctions « complexes du Moi » de la façon suivante :

En raison de son trouble de la personnalité, en particulier de la composante paranoïaque, l'assurée affiche d'importantes distorsions cognitives et perceptives. Cette composante limite la capacité à disposer d'une vision différenciée de soi et du monde environnant. L'assurée basculant fréquemment dans un vécu de persécution, son sens de la réalité s'en trouve fragilisé. En raison des biais cognitifs liés au trouble de la personnalité, l'assurée aura tendance à réagir de façon plus émotionnelle que rationnelle. Les raisonnements sont biaisés par différentes distorsions cognitives (en particulier inférences arbitraires, dramatisation, fonctionnement en « tout ou rien »). Le trouble de la personnalité est caractérisé par un déficit de la régulation des émotions (angoisses mal contenues, bouffées de colère) et de l'impulsivité (antécédents de gestes auto-agressifs, décisions hâtives, risque de réactions exagérées de colère envers son fils, antécédents de consommation de différentes substances). La perception de soi, de la maladie et du monde s'est aggravée au cours du temps. Les symptômes dépressifs s'y ajoutent pour diminuer l'intentionnalité. En conclusion, les fonctions complexes du Moi sont peu développées et peu efficaces.

On peut ensuite parcourir l'équilibre entre les limitations fonctionnelles et les ressources en suivant le canevas du Mini-CIF-APP :

[...]

En conclusion, l'évaluation met en évidence la prédominance des limitations fonctionnelles psychiques. Les ressources apparaissent faibles (même les capacités de déplacement ou l'hygiène peuvent être perturbées par des facteurs malades, lorsque l'assurée souffre de poussées de sa maladie dermatologique).

## **8. Réponses aux questions du mandant.**

### **Capacité ou incapacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici**

- Combien d'heures de présence par jour l'assurée peut-elle assumer dans l'activité exercée en dernier lieu ?

*Au vu du tableau psychiatrique constaté lors de la présente expertise, j'estime qu'aucune heure de présence n'est actuellement exigible dans l'activité exercée en dernier lieu.*

- Sa performance est-elle également réduite durant ce temps de présence ? Dans l'affirmative, dans quelle mesure et pour quelles raisons ?

*Pour les raisons explicitées dans la discussion, en particulier en raison de la décompensation du trouble de la personnalité, j'estime que l'assurée n'affiche actuellement aucun rendement dans le milieu économique ouvert.*

- Actuellement, à quel pourcentage évaluez-vous globalement la capacité de travail ou l'incapacité de travail (indiquer les deux valeurs) de l'assurée dans cette activité, par rapport à un emploi à 100 % ?

*Dans un emploi considéré en économie libre, j'estime que l'assurée est en incapacité de travail complète.*

- Comment cette capacité de travail a-t-elle évolué au fil du temps ?

*J'estime que l'année 2021 constitue le point de bascule concernant la décompensation du trouble de la personnalité et la dépression qui s'est constituée depuis lors, atteignant un degré moyen, à la limite des symptômes sévères. Je prends donc comme base le rapport médical du 20.09.2021 de la Dre X. \_\_\_\_\_ pour définir une incapacité de travail complète, ma consœur ayant à mon avis surestimé la capacité de travail de l'assurée à ce moment (dans le sens d'un 40-50 %). Par la suite, pour les raisons explicitées dans la discussion, je ne peux suivre les conclusions de l'expertise de la Dre N. \_\_\_\_\_ et estime que depuis lors, l'assurée n'a jamais regagné une capacité de travail en économie libre.*

### **Capacité ou incapacité de travail dans une activité correspondant aux aptitudes de l'assurée**

- Quelles devraient être les caractéristiques d'une activité adaptée de manière optimale au handicap de l'assurée ?

*Au vu de l'état psychique actuel, je ne vois pas d'activité adaptée possible dans les règles de l'économie libre.*

- Quel serait le temps de présence maximal possible dans cette activité (en heures par jour) ?

*Aucun.*

- La performance de l'assurée serait-elle également réduite durant ce temps de présence pour une activité de ce type ? Dans l'affirmative, dans quelle mesure et pour quelles raisons ?

*Pour les raisons explicitées dans la discussion, en particulier en raison de la décompensation du trouble de la personnalité, j'estime que l'assurée n'affiche actuellement aucun rendement dans le milieu économique ouvert.*

- A quel pourcentage évaluez-vous globalement la capacité ou l'incapacité de travail (indiquer les deux valeurs) de l'assurée dans une activité de ce type sur le marché ordinaire du travail, par rapport à un emploi à 100 % ?

*0 %.*

- Comment cette capacité de travail évoluera-t-elle au fil du temps ?

*J'estime que l'année 2021 constitue le point de bascule concernant la décompensation du trouble de la personnalité et la dépression qui s'est constituée depuis lors, atteignant un degré moyen, à la limite des symptômes sévères. Je prends comme base le rapport médical du 20.09.2021 de la Dre X. \_\_\_\_\_ pour définir une incapacité de travail complète, ma consœur ayant à mon avis surestimé la capacité de travail de l'assurée à ce moment (dans le sens d'un 40-50 %). Par la suite, pour les raisons explicitées dans la discussion, je ne peux suivre les conclusions de l'expertise de la Dre N. \_\_\_\_\_ et estime que depuis lors, l'assurée n'a jamais regagné une capacité de travail en économie libre. Le pronostic d'amélioration de la capacité de travail paraît très réservé à l'issue de la présente expertise, en tout cas à moyen terme.*

### **Mesures médicales et thérapies ayant un impact sur la capacité de travail**

- D'après l'expert, la capacité de travail peut-elle encore être améliorée de façon sensible par des mesures médicales ? Dans le cas contraire, veuillez en exposer brièvement les motifs.

*Ce point a été développé sous 7.2. En conclusion, j'estime qu'il y a peu à attendre d'un traitement psychiatrique, en ce qui concerne une éventuelle augmentation de la capacité de travail, ce en tout cas dans le moyen terme. »*

Prenant position le 27 janvier 2025, l'OAI – sur la base d'un avis SMR du 23 janvier 2025 joint en annexe – a estimé que l'incapacité de travail totale ne pouvait pas avoir commencé avant 2023 et n'avait donc pas duré une année à la date de la décision litigieuse rendue le 8 août 2023. On extrait ce qui suit de l'avis SMR susdit :

« L'expertise judiciaire du Dr H.\_\_\_\_\_ est cohérente et s'appuie sur une évaluation clinique et une connaissance approfondie. Les éléments relevés [...] et les diagnostics retenus rendent plausibles et difficilement contestables les conclusions d'une incapacité totale actuelle. Le pronostic est vraisemblablement défavorable à moyen terme. Nous adhérons donc aux conclusions de l'expertise pour l'essentiel, mais proposons de nuancer le début de l'incapacité totale.

En effet :

- En septembre 2021, la Dre X.\_\_\_\_\_ estimait une CT résiduelle de 40-50 % malgré des limitations importantes. Le Dr H.\_\_\_\_\_ ne justifie pas clairement pourquoi il considère a posteriori que cette estimation serait incorrecte.
- L'expertise de la Dre N.\_\_\_\_\_ (2023) ne relevait pas de traits paranoïaques ou d'éléments indiquant une décompensation totale à cette époque. Au contraire, lors de l'évaluation d'expertise du 25.10.2022 ; la Dre N.\_\_\_\_\_ constatait l'absence de méfiance et notait une bonne collaboration, un focus tenu, discours fluide, spontané, cohérent, informatif... Ce descriptif clinique est clairement différent de celui mentionné dans l'expertise judiciaire : *mimique fermée et souvent boudeuse, s'exprime de façon hachée, ne cherche pas [à] dissimuler son irritation, très limitée dans sa capacité [à] décrire sa situation, avec une impression de chaos et de morcellement (grandes difficultés à restituer son anamnèse...), propos laconiques, il faut souvent lui tirer les vers du nez, etc...*
- La décompensation semble progressive, ainsi que l'admet le Dr H.\_\_\_\_\_, influencée par des événements ultérieurs (échec des traitements dermatologiques, décès familial, conflits).

Ces observations nous conduisent à considérer que l'IT totale pourrait être survenue après l'expertise de la Dre N.\_\_\_\_\_, probablement courant 2023 si l'on se réfère au RM du 04.12.2023 de la Dre X.\_\_\_\_\_, en lien avec le cumul des facteurs psychosociaux et somatiques déstabilisants.

Au final : nous adhérons aux conclusions principales de l'expertise judiciaire tout en situant le début de l'incapacité totale à une période plus tardive (probablement courant 2023), en cohérence avec l'évolution progressive documentée dans le dossier. »

Se déterminant le 13 février 2025, la recourante s'est rangée à l'appréciation de l'expert H.\_\_\_\_\_, tout en précisant que, contrairement

à l'avis de l'expert, l'existence d'une atteinte psychique totalement incapacitante remontait au dépôt de la demande de prestations de l'assurance-invalidité du 16 février 2021 et non pas à la date du rapport de la Dre X.\_\_\_\_\_ du 15 septembre 2021.

La recourante, quant à elle, a indiqué accepter les conclusions de l'expert H.\_\_\_\_\_, à l'exception de la date retenue pour le début de l'atteinte psychiatrique incapacitante. Selon elle, les troubles constatés existaient déjà depuis le 9 mars 2021, soit au moment du dépôt de sa nouvelle demande de prestations, et elle était en incapacité totale de travail déjà à ce moment.

Les parties se sont encore déterminées les 13 mars, 28 avril et 26 mai 2025 et ont, dans ce contexte, maintenu leurs positions respectives.

### **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 - compte tenu des fêtes estivales (art. 38 al. 4 let. b et 60 al. 2 LPGA) - auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi 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 du recourant à une rente-invalidité à la suite de sa nouvelle demande du 9 mars 2021.

**3.** Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir 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 applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est postérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2022, la situation est régie par les nouvelles dispositions légales et réglementaires en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2022. Concrètement, cela concerne toute demande d'octroi de rente d'invalidité déposée à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2021 compris (art. 29 al. 1 LAI, inchangé par la réforme).

En l'occurrence, il apparaît que le droit éventuel de la recourante à une rente d'invalidité naîtrait en tout état de cause avant le 1<sup>er</sup> janvier 2022 compte tenu de la date de dépôt de la demande de prestations. Le droit en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 est donc applicable.

**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 degré d'invalidité, il existe principalement trois méthodes : la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]), la méthode spécifique (art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]) et la méthode mixte (art. 28a al. 3 LAI et 27bis al. 2 à 4 RAI [dans leur teneur en vigueur au 31 décembre 2021]).

Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18<sup>ème</sup> anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI).

**c)** Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176

consid. 5.3 et les références ; TF 8C\_782/2023 du 6 juin 2024 consid. 4.2.1).

**d)** 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.

Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; 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 (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 545 consid. 6.1). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 141 V 9 consid. 2.3).

**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)** Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

**b)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne

examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

En principe, le juge ne s'écarter pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références). Peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, 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 8C\_509/2024 du 28 janvier 2025 consid. 3.2 ; TF 8C\_231/2024 du 3 décembre 2024 consid. 2.2).

**6.** En l'espèce, l'intimé est entré en matière sur la troisième demande de prestations déposée par la recourante, à l'origine de la présente procédure. Après avoir en particulier fait réaliser une expertise dermatologique auprès du Dr Q.\_\_\_\_\_ et une expertise psychiatrique auprès de la Dre N.\_\_\_\_\_, l'OAI a estimé qu'aucune modification notable de l'état de santé n'était intervenue depuis la précédente décision et que le préjudice économique demeurerait par conséquent inchangé.

La recourante, pour sa part, a contesté cette appréciation en se prévalant d'une incapacité totale de travail.

**7.** Sur le plan somatique, l'expert Q.\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics d'hydrosadénite (maladie de Verneuil) stade Hurley I et d'acné nodulokystique du visage. Il a estimé que la capacité de travail était entière dans l'activité d'ASSC et que l'activité occasionnelle exercée dans l'accueil d'enfants paraissait adaptée. Relevant que le pronostic était favorable en cas de prise en charge spécialisée, il a ajouté qu'un suivi dermatologique devrait considérablement réduire la fréquence des épisodes inflammatoires et les absences au travail. Selon l'expert, une évaluation définitive de la capacité de l'assurée à exercer son métier ne pourrait être livrée qu'après six mois de prise en charge thérapeutique.

Cette appréciation, validée par le SMR (cf. avis médical du 25 mars 2022), n'est contredite par aucun élément concret au dossier. Il faut relever notamment, à ce propos, que l'existence d'une maladie de Verneuil a été mise en avant dans le cadre des précédentes demandes de prestations de l'assurée (cf. rapports des 1<sup>er</sup> mai 2012 et 3 janvier 2014), sans être tenue pour incapacitante dans une activité adaptée (cf. avis SMR des 16 mai 2012 et 30 janvier 2014) et sans réelle notion d'aggravation depuis lors. Dans son rapport du 1<sup>er</sup> septembre 2022, la Dre M.\_\_\_\_\_ a par ailleurs confirmé que la capacité de travail de l'assurée était de 100 % ; toutefois, elle pouvait être réduite à 0 % pendant quelques jours à plusieurs mois en cas de poussée d'hydrosadénite suppurée. Les Drs B.\_\_\_\_\_ et P.\_\_\_\_\_ ont indiqué dans un rapport du 25 janvier 2023 que la maladie était stable et que la capacité de travail était de 100 % dans l'activité habituelle, respectivement de 50 à 80 % en cas de crise selon la patiente et que la capacité de travail dans une activité adaptée n'était pas évaluable.

A cela s'ajoute que l'expert Q.\_\_\_\_\_ a exposé ses conclusions de manière claire et univoque, à l'issue d'un examen clinique détaillé et en tenant compte des éléments au dossier, de l'anamnèse et des plaintes de l'assurée. Son appréciation, dûment motivée, peut donc se voir reconnaître valeur probante.

L'état de santé de la recourante au plan somatique ne s'est donc pas modifié depuis la décision du 16 février 2016.

**8. a)** Sur le plan psychiatrique, l'experte N.\_\_\_\_\_ a retenu un trouble dépressif récurrent avec épisode actuel moyen sans syndrome somatique (F33.1), des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, utilisation épisodique (F10.26) respectivement des difficultés liées au mode de vie, utilisation d'alcool (Z72.1) ainsi que des traits de personnalité émotionnellement labile de type borderline (F60.31). Quant à la capacité de travail, elle était considérée comme nulle en période de crise d'hydrosadénite suppurée ; en dehors des crises, la capacité de travail était depuis 2016 de 100 % dans l'activité exercée en dernier lieu, avec une baisse de rendement fluctuante, respectivement de 100 % dans une activité adaptée (exercée de manière autonome dans un environnement valorisant et avec des horaires flexibles), avec une diminution de rendement de 20 %.

Au niveau diagnostique, on peine à comprendre que l'experte ait conclu à des traits de personnalité émotionnellement labile type borderline tout en se référant paradoxalement au code « F60.31 » de la Classification internationale des maladies, qui vise non pas un simple trait de personnalité mais désigne au contraire le trouble de personnalité émotionnellement labile type borderline formellement constitué. Dans le cadre de son évaluation, l'experte N.\_\_\_\_\_ a en outre insisté, sur le plan des limitations fonctionnelles psychiatriques, sur l'impact qu'avaient les difficultés somatiques à l'égard des troubles psychiques ; or cet élément ne relève manifestement pas d'une restriction sur le plan psychique mais tout au plus de l'interaction entre les différentes atteintes. A cela s'ajoute que l'experte N.\_\_\_\_\_ s'est prononcée de manière particulièrement schématique sur les ressources de l'assurée - évoquant succinctement une capacité à apprendre sur le vu des formations entreprises, l'aptitude à la conduite d'un véhicule et, globalement, la capacité à assumer les activités quotidiennes - et ne s'est toutefois pas prononcée sur la manière dont les déficits engendrés par les troubles psychiques diagnostiqués se

répercutaient concrètement sur les capacités fonctionnelles de la recourante.

Compte tenu des carences ainsi décrites, les conclusions de l'experte N.\_\_\_\_\_ ne sauraient être tenues pour probantes.

**b)** Dans ce contexte d'expertise défailante, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a dû mettre en œuvre une expertise judiciaire auprès du Dr H.\_\_\_\_\_, lequel a fait part de ses conclusions dans un rapport du 8 janvier 2025. Aux termes de ce rapport, l'expert H.\_\_\_\_\_ a retenu un trouble mixte de la personnalité, avec des caractéristiques émotionnellement labiles et paranoïaques (F61.0), et un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1) à la limite de la symptomatologie dépressive sévère (F33.2). Il a estimé que dans un emploi considéré en économie libre la recourante était en incapacité totale de travail.

**aa)** Les diagnostics susmentionnés ont été posés en référence à la Classification internationale des maladies, à la lumière des éléments cliniques constatés et moyennant des indications claires sur le degré de gravité des symptômes et sur les limitations inhérentes à ces atteintes. En particulier, l'expert H.\_\_\_\_\_ a exposé que les critères d'un trouble de la personnalité étaient remplis, s'agissant de l'apparition des symptômes et comportements évocateurs d'une telle atteinte, de leur évolution et de leur incidence sur les différentes facettes de la personnalité de l'assurée. L'expert a, de surcroît, expliqué en quoi le trouble retenu était plus spécifiquement lié à une composante paranoïaque et borderline, s'appuyant à cet égard sur une analyse nuancée du fonctionnement psychique de l'intéressée. Il a également exposé en des termes claires les éléments le conduisant à conclure à un trouble dépressif avéré, d'intensité moyenne à tout le moins. Enfin, l'expert a indiqué de façon convaincante, en s'appuyant sur une analyse circonstanciée et des éléments objectifs au dossier, en quoi il ne pouvait se rallier aux diagnostics retenus par l'experte N.\_\_\_\_\_, s'agissant notamment du trouble de la personnalité,

et par la Dre X.\_\_\_\_\_, concernant en particulier l'intensité de l'épisode dépressif (cf. rapport d'expertise du 8 janvier 2025 ch. 6 pp. 19 à 23).

Sous cet angle, rien n'incite donc à s'écarter des conclusions de l'expert H.\_\_\_\_\_, ce dont les parties ne disconviennent pas.

**bb)** L'expert H.\_\_\_\_\_ s'est en outre déterminé avec précision et minutie au regard des indicateurs retenus par la jurisprudence afin d'évaluer les ressources mobilisables en lien avec des atteintes psychiques (cf. consid. 4e supra).

Ainsi, l'expert a dûment tenu compte des manifestations concrètes des atteintes à la santé diagnostiquées (cf. rapport d'expertise du 8 janvier 2025 ch. 7.1 p. 23 s.), également sous l'angle de la réadaptation et du parcours thérapeutique (cf. rapport d'expertise du 8 janvier ch. 7.2 p. 24 s.). Il a en outre pris en considération le trouble physique concomitant (cf. rapport d'expertise du 8 janvier 2025 ch. 7.1 p. 24). L'expert H.\_\_\_\_\_ a également procédé à une analyse fouillée de la structure de personnalité de la recourante (cf. rapport d'expertise du 8 janvier 2025 ch. 7.4 p. 26). Enfin, l'expert a examiné de manière circonstanciée la cohérence des troubles (cf. rapport d'expertise du 8 janvier 2025 ch. 7.3 p. 25) et les ressources de l'assurée à la lumière du cadre institué par la « *Mini-ICF-Rating für psychische Störungen* » (cf. rapport d'expertise du 8 janvier 2025 ch. 7.4 pp. 26 ss).

C'est sur cette base que l'expert a conclu à une incapacité de travail complète dans toute activité, expliquant par ailleurs de manière concluante en quoi les appréciations divergentes émises par les Dres N.\_\_\_\_\_ et X.\_\_\_\_\_ ne pouvaient être suivies.

Sur ce plan non plus, on ne voit pas de raison pertinente de douter de l'évaluation de l'expert H.\_\_\_\_\_ qui n'est pas remise en question par les parties à la procédure.

**cc)** S'agissant du début de l'incapacité de travail durable, l'expert a plus particulièrement retenu que l'année 2021 constituait le point de bascule concernant la décompensation du trouble de la personnalité et la dépression qui s'était constituée depuis lors. Il a ainsi pris plus spécifiquement comme point de départ le rapport de la Dre X.\_\_\_\_\_ du 15 septembre 2021 (cf. rapport d'expertise du 8 janvier 2025 p. 28 s.).

A cet égard, il faut rappeler que l'expert H.\_\_\_\_\_ a fait état d'une décompensation progressive du trouble de la personnalité, en lien notamment avec la récurrence de l'affection dermatologique, la mauvaise régulation émotionnelle, ou encore le retour au domicile parental (cf. rapport d'expertise du 8 janvier 2025 p. 21). Si l'expert a pris le rapport de la Dre X.\_\_\_\_\_ du 15 septembre 2021 comme point d'ancrage de l'incapacité de travail durable, cela s'explique, essentiellement, par le fait qu'il s'agit là du premier rapport médical au dossier émanant d'une spécialiste en psychiatrie décrivant chez la recourante des éléments concrets témoignant de troubles psychiques avérés ayant une incidence sur la capacité de travail. Ainsi, au degré de la vraisemblance prépondérante, le choix opéré par l'expert H.\_\_\_\_\_ apparaît fondé.

C'est en vain que la recourante critique cette appréciation, au motif qu'elle se serait trouvée en incapacité de travail de longue date et, plus précisément, au dépôt de sa troisième demande de prestations (cf. écritures du 13 février et 29 avril 2025). En effet, les critiques émises par la recourante ne reposent sur aucun élément objectif susceptible d'en étayer le bien-fondé. Tout au plus l'intéressée se réfère-t-elle à son propre ressenti, respectivement à la manière dont elle perçoit l'intensité de sa symptomatologie. Or, compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs (en l'absence d'observation médicale concluante sur le plan somatique ou psychiatrique), les simples plaintes subjectives d'un assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité entière ou partielle. Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit en effet être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une

appréciation du droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 ; TF 9C\_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2). C'est dire qu'en définitive, la recourante n'apporte aucun élément pertinent incitant à s'écarter des conclusions de l'expert H.\_\_\_\_\_.

Le SMR - et, corrélativement, l'OAI - relève par ailleurs que la capacité de travail était estimé à 40-50 % par la Dre X.\_\_\_\_\_ en septembre 2021, que l'experte N.\_\_\_\_\_ ne relevait pas, en 2023 [recte : 2022], de traits paranoïaques ou d'éléments indiquant une décompensation et qu'il s'ensuit, en définitive, que l'incapacité de travail totale est « probablement » survenue courant 2023 (cf. avis médical SMR du 23 janvier 2025 p. 2). Cette thèse est toutefois loin de s'avérer convaincante. C'est en effet oublier que la Dre X.\_\_\_\_\_ s'est prononcée de manière relativement succincte, sans égards aux indicateurs jurisprudentiels (ATF 141 V 281), et a de surcroît concédé, dans son rapport du 15 septembre 2021, ne pas être en mesure d'effectuer une évaluation précise de la capacité de travail. A l'inverse, l'expert H.\_\_\_\_\_ s'est prononcé sur le sujet à l'issue d'un examen circonstancié tenant compte de l'ensemble des ressources mobilisables de la part de l'assurée. A cela s'ajoute que les conclusions de l'experte N.\_\_\_\_\_ ne peuvent se voir reconnaître valeur probante et que son appréciation quant aux éléments symptomatiques d'une décompensation ne saurait en conséquence être tenue pour décisive. Partant, la position défendue par l'intimé ne peut qu'être écartée.

**c)** Au surplus, il y a lieu de retenir que les conclusions de l'expert H.\_\_\_\_\_ reposent sur une appréciation détaillée, univoque et convaincante de l'état de santé psychique de la recourante. La valeur probante de cette expertise ne peut, dès lors, qu'être reconnue.

**d)** Il découle de ce qui précède que, conformément à l'analyse de l'expert H.\_\_\_\_\_, il y a lieu d'admettre que la recourante présente, depuis le mois de septembre 2021, une incapacité de travail totale dans toute activité en lien avec ses troubles psychiques.

**9.** Reste à déterminer les répercussions économiques d'un tel constat. Or la Cour de céans constate que cette question n'a, jusqu'ici, fait l'objet d'aucune investigation de la part de l'intimé. D'une part, il apparaît que l'OAI n'a pas éclairci la question du statut de la recourante, respectivement de la clé de répartition entre la part active et la part ménagère, alors même que l'intéressée a émis des déclarations contradictoires sur le sujet. Elle a en effet indiqué, le 23 décembre 2013, qu'elle aurait travaillé à 80 % en bonne santé dès l'obtention de son CFC, pour ensuite affirmer, le 8 juillet 2021, qu'elle aurait travaillé à 70 % en bonne santé depuis la naissance de son fils en [...]. Sur ce point déjà, l'instruction mérite d'être complétée. D'autre part, il apparaît que les empêchements ménagers n'ont fait l'objet d'aucune évaluation à proprement parler, étant rappelé qu'une enquête économique sur le ménage effectuée au domicile de la personne assurée (art. 69 al. 2 RAI) constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels (voir à cet égard : ATF 140 V 543 consid. 3.2.1 ; 130 V 61 consid. 6 et les références ; TF 9C\_235/2024 du 30 juillet 2024 consid. 5.2 et les références). Enfin, l'OAI ne s'est pas davantage prononcé du point de vue de l'évaluation concrète du degré d'invalidité de la recourante (cf. consid. 4b supra).

Ces éléments méritent, par conséquent, d'être instruits – conformément à l'art. 43 al. 1 LPGA – puis tranchés par l'intimé, avant de pouvoir être examinés par l'autorité de céans en respect du principe général de garantie de la double instance.

Il y a donc lieu de renvoyer l'affaire à l'intimé pour qu'il en complète l'instruction sous l'angle de la détermination du statut de la recourante, de ses éventuels empêchements ménagers et, plus globalement, de l'évaluation de son taux d'invalidité, étant rappelé dans ce contexte qu'au vu de l'incapacité totale de travail remontant à septembre 2021, un droit à une rente d'invalidité pourrait, sur la base de l'art. 28 let. b LAI, être reconnu à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2022.

**10. a)** Selon la jurisprudence (ATF 139 V 496 consid. 4.3 ; 139 V 349 consid. 5.4), les frais découlant de la mise en œuvre d'une expertise judiciaire peuvent être mis à la charge de l'assurance-invalidité lorsque l'autorité judiciaire de première instance ordonne une expertise judiciaire parce qu'elle estime que l'instruction menée par l'autorité administrative est insuffisante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4). Cette autorité intervient dans les faits en lieu et place de l'autorité administrative qui aurait dû, en principe, mettre en œuvre cette mesure d'instruction dans le cadre de la procédure administrative. Dans ces circonstances, les frais de l'expertise ne constituent pas des frais de justice au sens de l'art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI, mais des frais relatifs à la procédure administrative au sens de l'art. 45 LPGA. Ceux-ci doivent être pris en charge par l'assurance-invalidité. Cette règle ne saurait toutefois entraîner systématiquement la mise des frais d'une expertise judiciaire à la charge de l'autorité administrative. Encore faut-il que celle-ci ait procédé à une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées et que l'expertise judiciaire serve à pallier les manquements commis dans la phase d'instruction administrative. En d'autres termes, il doit exister un lien entre les défauts de l'instruction administrative et la nécessité de réaliser une expertise judiciaire (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2 ; cf aussi TF 9C\_651/2023 du 22 janvier 2024 consid. 3.2 ; sur l'ensemble de la question, cf. aussi Erik Furrer, *Rechtliche und praktische Aspekte auf dem Weg zum Gerichtsgutachten in der Invalidenversicherung*, RSAS 2019, p. 14).

**b)** En l'occurrence, la Cour de céans s'est vue contrainte de mettre en œuvre une expertise judiciaire auprès du Dr H.\_\_\_\_\_, en raison des carences de l'expertise réalisée par la Dre N.\_\_\_\_\_. Dans ces conditions, il se justifie de mettre à la charge de l'office intimé la totalité des frais qui ont été nécessaires à la mise en œuvre de l'expertise judiciaire, soit un montant de 5'995 fr. conformément à la note d'honoraires du Dr H.\_\_\_\_\_ du 8 janvier 2025.

**11. a)** En définitive, il découle de ce qui précède que le recours doit être admis, en ce sens que la décision doit être annulée et la cause

renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction au sens des considérants.

**b)** La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de l'intimé, vu l'issue du litige.

**c)** La recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil à la charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA ; art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]). Compte tenu de la complexité du litige ayant nécessité la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, il convient de l'arrêter à 3'500 fr. et de la mettre à la charge de l'OAI.

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 8 août 2023 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire au sens des considérants.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV.** Les frais de l'expertise judiciaire réalisée par le Dr H. \_\_\_\_\_ d'un montant de 5'995 fr (cinq mille neuf cent nonante-cinq

francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- V.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à D.\_\_\_\_\_ la somme de 3'500 fr. (trois mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Gilles-Antoine Hofstetter (pour D.\_\_\_\_\_),
- 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 :