

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 12 août 2026

Composition : M. WIEDLER, président
Mme Di Ferro Demierre, juge, et Mme Coquoz, assesseure
Greffière : Mme Mestre Carvalho

* * * * *

Cause pendante entre :

B._____, à C***, recourante, représentée par Me Elodie Beyeler, avocate
à Lausanne,

et

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

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

En fait :

A. B._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en ***, titulaire d'un certificat fédéral de capacité de dessinatrice de machines A, d'un diplôme d'ingénieure en mécanique et d'un diplôme d'ingénieure en sécurité d'entreprise, a travaillé pour le groupe D._____ de janvier 1996 à mars 2020, tout d'abord dans le domaine de la mécanique puis dans celui de la sécurité, à des taux variables ayant en dernier lieu atteint 80 % puis 60 %. Elle a ensuite été employée par F._____ SA de septembre 2020 à août 2023, toujours dans le domaine de la sécurité, initialement à 60 % puis à 40 %. Sur le plan familial, l'intéressée est mariée et mère de deux filles nées respectivement en 2007 et 2010, l'aînée étant atteinte d'une variante du syndrome de Rett.

B. Après avoir subi une tumorectomie le 20 avril 2011 des suites d'un carcinome lobulaire invasif du sein droit (rapport du 23 août 2011 du Centre hospitalier universitaire vaudois [ci-après : le CHUV]), l'assurée a déposé le 31 mai 2011 une demande de moyens auxiliaires auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), tendant à la prise en charge d'une perruque médicale. L'OAI a fait droit à cette demande par communication du 13 octobre 2011, pour la période du 3 juillet 2011 au 31 juillet 2013.

C. Le 13 février 2018, l'assurée a déposé auprès de l'OAI une demande de prestations en lien avec un burn-out. Dans un formulaire complété le 11 avril 2018, elle a précisé que, bien portante, elle aurait travaillé à 80 % en tant qu'ingénieure de sécurité depuis le 1^{er} janvier 2017.

Aux termes d'un rapport du 11 juin 2018, la Dre G._____, médecin praticien, a signalé un état d'épuisement physique et psychologique sur surcharge professionnelle avec syndrome de burn-out modéré, depuis juin 2017, dans un contexte marqué par les décès successifs de la mère et de la grand-mère de la patiente. Elle a estimé que, depuis le 6 juin 2018, la capacité de travail était de 60 % dans l'activité habituelle et de 60 à 70 % dans une activité adaptée.

Par rapport du 23 juillet 2018, le Dr J._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a fait état d'un trouble de l'adaptation (F43.2). Il a ajouté que l'assurée pouvait travailler quatre heures par jour dans son activité habituelle mais que l'on pouvait escompter une reprise à 80 % dans un contexte professionnel plus adapté, sans responsabilités impliquant un risque de dommage sur des personnes.

D'un rapport d'enquête économique sur le ménage du 2 mai 2019, il est ressorti que l'assurée présentait un statut mixte de 80 % active et 20 % ménagère et que ses empêchements ménagers s'élevaient à 10,5 %.

Dans un rapport du 12 juin 2019, la Dre G._____ a posé les diagnostics incapacitants de carcinome urothélial récidivant et d'état dépressif secondaire. A cet égard, elle a exposé qu'une lésion vésicale suspecte avait été découverte en décembre 2018 et qu'un traitement oncologique avait été mis en œuvre. Quant à la capacité de travail, elle était nulle dans l'activité habituelle depuis le 4 décembre 2018 et pourrait atteindre 50 à 60 % dans une activité adaptée dès la fin du traitement oncologique.

Par rapport du 21 août 2019, la Dre K._____, spécialiste en urologie, a signalé une évolution favorable sur le plan urologique, sans incidence sur la capacité de travail à long terme. En annexe, elle a joint un compte-rendu établi par ses soins le 31 mars précédent, faisant mention d'un antécédent de cancer vésical superficiel de bas grade diagnostiqué en 2015 et précisant que des investigations faites en juin 2018, pour impression de minime récurrence, n'avaient pas mis en évidence de nouvelle tumeur.

Interpellée par l'OAI, la Dre G._____ a fait état, le 3 juillet 2020, d'une incapacité de travail totale du 4 décembre 2018 au 30 juin 2019, d'une incapacité de travail de 20 % du 1^{er} juillet 2019 au 31 décembre 2019 et d'une capacité de travail entière à compter du 1^{er} janvier 2020.

Par décision du 24 septembre 2020, confirmant un projet du 21 juillet 2020, l'OAI a nié le droit de l'assurée à une rente d'invalidité, compte tenu d'un taux d'invalidité de 34,10 % (soit 32 % pour la part active et 2,1 % pour la part ménagère).

Cette décision n'a pas été contestée.

D. Le 14 octobre 2021, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité, invoquant un burn-out.

Dans un rapport du 1^{er} février 2022, la Dre G. _____ a signalé un épuisement physique et psychologique modéré à sévère sur surcharge professionnelle depuis le mois de juillet 2021, associé à un état d'anxiété, des angoisses et des somatisations (polyarthralgies, palpitation). La patiente avait par ailleurs développé un état de veille permanente avec l'apparition, depuis l'été 2021, de crises d'épilepsie chez sa fille atteinte du syndrome de Rett. En arrêt de travail depuis le 1^{er} septembre 2021, l'intéressée n'était pas en mesure d'entreprendre une activité professionnelle.

A teneur d'un questionnaire pour la détermination du statut complété le 14 février 2022, l'assurée a indiqué qu'en bonne santé, elle aurait travaillé à un taux de 60 à 80 % depuis 2015 en tant qu'ingénieure de sécurité.

Aux termes d'un rapport du 17 mai 2022, le Dr L. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé le diagnostic d'épisode dépressif moyen réactionnel (F31.2) depuis le mois de juillet 2021, induisant une fatigabilité accrue, une irritabilité, des troubles du sommeil, des troubles de la concentration, des ruminations anxieuses et une humeur abaissée. Il a estimé que la patiente ne serait pas en mesure de travailler tant que l'état de santé de sa fille ne serait pas stable mais qu'une fois la situation de son enfant stabilisée, l'intéressée pourrait reprendre une activité à 40 %.

Le 30 juin 2022, l'OAI s'est vu transmettre le dossier constitué par M._____ [...] (ci-après : la M._____), assureur perte de gain. Y figurait en particulier un rapport du 20 décembre 2021 de la Dre G._____, faisant état d'une capacité de travail nulle depuis le 1^{er} septembre 2021 dans un contexte d'épuisement physique et psychologique (à l'égard d'une patiente ne parvenant plus à gérer le stress et les angoisses et ayant présenté des idées suicidaires), de troubles de l'humeur récurrents et des troubles de l'adaptation.

Dans un rapport du 19 janvier 2023, la Dre G._____ a fait état d'une situation clinique préoccupante depuis le 11 octobre 2022, avec un diabète déséquilibré, modéré à sévère, ayant nécessité l'introduction d'une insulinothérapie engendrant des troubles de la vision et une baisse importante de l'acuité visuelle.

Aux termes d'un rapport subséquent du 14 mars 2023, la Dre G._____ a confirmé ses précédentes constatations.

Au cours du mois de mars 2023, une cure de tunnel carpien gauche a été pratiquée. En septembre 2023, une intervention similaire a été réalisée au niveau du tunnel carpien droit.

Par envoi du 1^{er} novembre 2023, E._____, psychologue-psychothérapeute FSP, a transmis à l'OAI un rapport adressé le 24 avril précédent à la M._____, dans lequel elle faisait état d'un trouble anxieux et dépressif mixte et signalait l'apparition fulgurante d'un diabète de type 1 [sic] en novembre 2022, en lien avec un niveau de stress élevé, ayant induit des troubles visuels partiellement résorbés en mars 2023.

Aux termes d'un avis médical du 21 mars 2024, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) a considéré qu'une aggravation depuis la dernière décision paraissait admissible en raison de la rechute des troubles thymiques et de l'apparition d'un diabète compliqué sur le plan visuel. A cet égard, il paraissait clair que l'assurée

avait vécu de nombreux évènements douloureux en quelques années et que, quand bien même l'origine des troubles était essentiellement extérieure, ceux-ci avaient néanmoins créé un épuisement des ressources. A ce stade, une incapacité de travail dès le 1^{er} septembre 2021 était ainsi validée en lien avec un trouble de l'adaptation, avec un diagnostic différentiel sous forme de trouble dépressif récurrent d'intensité inconnue. Si par ailleurs les atteintes aux poignets n'étaient *a priori* pas durablement incapacitantes, l'évolution du diabète – en particulier les conséquences sur le plan visuel – n'était en revanche pas connue. Dans ces conditions, des éclaircissements médicaux s'avéraient nécessaires.

Dans un rapport du 9 avril 2024, la Dre N._____, spécialiste en ophtalmologie, a diagnostiqué une hypermétropie et des angles irido-cornéens étroits, sans répercussion sur la capacité de travail.

Le 30 mai 2024, la M._____ a transmis des pièces complémentaires à l'OAI, dont un rapport de la Dre G._____ du 26 décembre 2022 réitérant les éléments d'appréciation précédemment formulés par cette praticienne.

Par rapport du 18 juin 2024, la Dre G._____ a posé les diagnostics de troubles de l'humeur récurrents, trouble de l'adaptation et état d'anxiété modéré à sévère, induisant une capacité de travail nulle depuis le 1^{er} septembre 2021. En annexe, elle a produit un rapport du 13 mars 2024 du Dr P._____, spécialiste en médecine interne générale et en endocrinologie-diabétologie, faisant état d'un diabète de type 2 avec des troubles de la réfraction, sans rétinopathie diabétique. De ce rapport, il ressortait également que la patiente présentait un excellent contrôle du diabète et que la situation ophtalmique s'était stabilisée.

Par avis médical du 24 juillet 2024, le SMR a maintenu qu'une aggravation depuis la dernière décision était admissible en raison de la rechute des troubles thymiques et de l'apparition d'un diabète compliqué sur le plan visuel. Il demeurait néanmoins qu'en mars 2024, le diabète était parfaitement contrôlé et que l'atteinte visuelle n'était pas incapacitante.

Quant aux atteintes au niveau des poignets, elles n'étaient pas durablement incapacitantes. Sur le plan somatique, il n'y avait donc plus de pathologie influant sur la capacité de travail. Au niveau psychiatrique, l'assurée avait vécu plusieurs événements douloureux en quelques années, qui avaient pu créer un épuisement des ressources. Dans ce contexte, une expertise psychiatrique était préconisée.

C'est ainsi que l'OAI a mandaté en qualité d'experte la Dre BB._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport d'expertise du 30 septembre 2024, cette dernière a retenu le diagnostic incapacitant de trouble dépressif récurrent moyen, avec syndrome somatique, depuis juillet 2021. A titre d'atteinte sans répercussion sur la capacité de travail, elle a signalé des traits de la personnalité dépendante et anxieuse, actuellement non décompensés. Dans le cadre de son évaluation, l'experte BB._____ a estimé que les troubles psychiques susmentionnés avaient connu une évolution globalement stationnaire depuis le mois de juillet 2021, avec un impact léger sur le quotidien. Elle a ajouté que, sur le plan psychiatrique, la capacité de travail était de 80 % dans l'activité habituelle comme dans toute activité adaptée au niveau d'acquisition, que le pronostic de reprise professionnelle dépendait de la motivation de l'assurée et d'une aide à la réinsertion, et qu'il n'y avait pas d'exigibilité pour un traitement antidépresseur, quand bien même un tel traitement pourrait améliorer le pronostic évolutif. A ce propos, ladite spécialiste a précisé que moyennant un traitement antidépresseur par duloxétine 90mg/jour, la prescription de prégabaline au besoin et un suivi psychiatrique hebdomadaire, la capacité de travail pourrait augmenter à 100 % sans baisse de rendement dans un délai d'une année, cela avec une probabilité de 70 % environ. L'experte BB._____ a en particulier considéré que l'évaluation des ressources de l'assurée confirmait une capacité de travail de 80 % sans baisse de rendement dans une activité adaptée d'un point de vue somatique.

Par avis médical du 8 octobre 2024, le SMR s'est rallié aux conclusions de l'experte BB._____ et a reconnu à l'assurée une capacité de travail de 80 % dans l'activité habituelle comme dans une activité

adaptée aux limitations fonctionnelles, celles-ci consistant en une légère diminution de l'endurance et de la flexibilité, ainsi qu'en des difficultés relationnelles modérées au sein d'un groupe.

Dans un questionnaire complété le 29 octobre 2024, l'assurée a maintenu qu'elle aurait travaillé à 80 % en bonne santé.

En date du 1^{er} novembre 2024, l'OAI a adressé à l'intéressée un projet de décision dans le sens d'un refus de mesures professionnelles et de rente d'invalidité. Dans sa motivation, l'office a retenu que l'assurée, active à 80 % et ménagère à 20 %, ne subissait aucune perte de gain en tant qu'elle disposait d'une capacité résiduelle de travail de 80 % dans toute activité, depuis le mois de juillet 2021, et qu'elle ne présentait pas d'empêchements ménagers. Il en résultait que le droit à la rente n'était pas ouvert et que des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées.

Le 29 novembre 2024, l'assurée, sous la plume de sa mandataire, a fait part de ses objections à l'encontre du projet précité, contestant pour l'essentiel les conclusions du rapport d'expertise du 30 septembre 2024. En annexe, elle a produit un compte-rendu établi le 20 novembre 2024 par la psychologue E._____, estimant qu'une reprise d'emploi était impossible du fait d'un trouble anxieux et dépressif mixte associé à un diabète de type 2, deux interventions pour syndrome du tunnel carpien en 2023, des responsabilités familiales lourdes et un épuisement constant. L'intéressée a également joint une attestation du Dr P._____ du 28 novembre 2024, évoquant une récente diminution du contrôle du diabète en lien avec un stress important.

Complétant ses objections le 20 janvier 2025 après avoir pris connaissance des enregistrements sonores de l'expertise, l'assurée a argué, en substance, que le rapport y relatif s'écartait sans explication des différents avis médicaux au dossier, qu'il n'examinait pas ses ressources et qu'il comportait en outre des contradictions et des incohérences. L'intéressée a de surcroît produit deux comptes-rendus de la Dre G._____ datés du 8 janvier 2025, se ralliant aux diagnostics retenus par l'experte

BB._____ mais faisant en revanche état d'une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et de 40 % progressivement dans une activité adaptée indépendante. L'assurée a également transmis un rapport établi le 13 janvier 2025 par le Dr BF._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et BG._____, psychologue-psychothérapeute. Ceux-ci évoquaient en particulier des troubles anxieux avec des crises d'angoisses en lien avec l'avenir de la fille de la patiente, ainsi qu'une dépression chronique, actuellement à un stade sévère et n'ayant jusqu'alors pas fait l'objet d'un traitement adéquat. Sur le plan thérapeutique, il était précisé qu'un traitement de Brintellix 5 mg avait été prescrit par la Dre G._____ dès le 17 décembre 2024, qu'il s'avérait nécessaire d'augmenter rapidement le dosage à 10 mg/jour au moins, que des séances hebdomadaires de psychothérapie étaient de surcroît recommandées et que l'usage du Lexotanil devait faire l'objet d'une surveillance stricte en raison de son utilisation devenue quotidienne.

Par avis médical du 10 février 2025, le SMR a retenu que l'assurée faisait certes face à des difficultés psychosociales mais qu'aucun des éléments apportés ne permettait d'envisager une modification objective de l'état de santé depuis l'expertise.

Par décision du 10 février 2025, l'OAI a confirmé son projet du 1^{er} novembre 2024, dont il a repris la motivation. Par lettre d'accompagnement du même jour, l'office a en outre réfuté les objections de l'assurée.

E. Agissant par l'entremise de son conseil, B._____ a recouru le 11 mars 2025 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant principalement à sa réforme et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité à compter du 15 octobre 2021, avec intérêt à 5 % l'an dès le 27 juin 2023, subsidiairement à sa réforme et à l'octroi d'une rente d'un taux à déterminer en cours de procédure à compter du 15 octobre 2021, avec intérêt à 5 % l'an dès le 27 juin 2023, et, plus subsidiairement, à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants. Sur le plan

de l'instruction, l'intéressée a demandé à être entendue personnellement et a sollicité l'audition de son époux en qualité de témoin. Dans ses griefs, la recourante a reproché à l'experte BB._____ une tendance à retenir des incapacités de travail très faibles, ce qui soulevait des questions en termes d'objectivité. A cela s'ajoutait que l'écoute des enregistrements sonores de l'expertise mettait en lumière certaines contradictions par rapport aux éléments consignés dans le rapport y relatif – s'agissant notamment de la durée des entretiens, des éléments abordés dans ce contexte (en particulier la reprise d'une activité professionnelle et la prescription d'antidépresseurs) et des pleurs spontanés au cours de l'expertise. Sur le fond, la recourante a soutenu que le rapport d'expertise ne contenait aucune discussion ayant trait aux appréciations médicales divergentes émises par ses médecins, qui attestaient une capacité de travail nulle. Elle a souligné de surcroît que ledit rapport comportait des contradictions (notamment quant à la présence d'idées suicidaires), ainsi que des erreurs factuelles. L'intéressée a également soutenu que l'experte BB._____ concédait qu'un traitement antidépresseur pourrait favoriser la guérison et la réinsertion professionnelle, celles-ci ne dépendant donc pas de sa seule motivation. Enfin, elle a fait valoir que l'instruction diligentée par l'OAI était lacunaire, dans la mesure où l'office avait renoncé à la mise en œuvre d'une enquête ménagère. En annexe, la recourante a notamment transmis copie de rapports médicaux déjà produits devant l'OAI.

Appelé à se prononcer sur le recours, l'intimé en a proposé le rejet par réponse du 1^{er} mai 2025.

Par réplique du 19 mai 2025, la recourante a persisté dans ses précédents motifs et conclusions, alléguant de surcroît que les méthodes utilisées par l'experte BB._____ pour affirmer ou rejeter la présence d'une psychopathologie étaient incompréhensibles et ne correspondaient pas aux pratiques habituelles.

Par écriture du 29 août 2025, la recourante a fait état d'une aggravation de son état de santé, à la suite du diagnostic d'un nouveau cancer. Le 23 septembre 2025, l'intéressée a produit deux certificats

médicaux établis le 18 septembre 2025 par la Dre BJ._____, spécialiste en oncologie, attestant une récurrence du cancer du sein traité en 2011.

Par détermination du 10 octobre 2025, l'intimé a maintenu sa position, indiquant en particulier qu'il était loisible à la recourante de déposer une nouvelle demande en lien avec la récurrence de son cancer du sein.

Par acte du 11 février 2026, la recourante a versé en cause deux rapports émanant de la Dre BJ._____. Le premier, daté du 4 décembre 2025, mentionnait une récurrence massive sous forme de métastases osseuses diffuses en lien avec le cancer du sein traité en 2011, équivalant un diagnostic de cancer de stade IV et rendant impossible le retour en milieu professionnel. Le second, rédigé le 6 février 2026, indiquait que la récurrence métastatique osseuse avait, compte tenu de son ampleur, largement pu exister début février 2025, sous une forme très peu symptomatique ou asymptomatique.

Prenant position le 19 février 2026, l'intimé a confirmé son positionnement, considérant en particulier que la récurrence signalée devait être appréhendée sous l'angle d'une nouvelle demande.

En droit :

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 porte sur le bien-fondé de la décision rendue le 10 février 2025 par l'OAI, des suites de la nouvelle demande de prestations déposée le 14 octobre 2021 par l'assurée.

3. a) Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2022, dans le cadre du « *développement continu de l'AI* » (RO 2021 705 ; RO 2021 706). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Si cette date est postérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation est régie par les nouvelles dispositions légales et réglementaires en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022 ; concrètement, cela concerne toute demande d'octroi de rente d'invalidité déposée à partir du 1^{er} juillet 2021 compris (art. 29 al. 1 LAI, inchangé par la réforme).

b) En l'espèce, la recourante a déposé sa nouvelle demande de prestations le 14 octobre 2021. Ce sont donc les dispositions légales et réglementaires dans leur teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022 qui sont applicables au présent litige.

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). 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 (art. 29 al. 1 *in principio* LAI).

Pour évaluer le taux d'invalidité, il existe principalement trois méthodes : la méthode ordinaire de comparaison des revenus, la méthode spécifique et la méthode mixte, dont l'application dépend du statut – actif, ménager ou mixte – du bénéficiaire potentiel de la rente (dans ce sens, voir TF 8C_604/2023 du 20 juin 2024 consid. 3.3).

c) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). 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, 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 la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, lorsque le taux d'invalidité de l'assuré subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage (let. a), ou atteint 100 % (let. b).

Tout changement important des circonstances 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).

d) Tant les affections psychosomatiques (ATF 141 V 281) que les affections psychiques (ATF 143 V 418) et les syndromes de dépendance (ATF 145 V 215) doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée.

La preuve d'un tel trouble suppose, en premier lieu, un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

Une fois le diagnostic posé, le point de savoir si ce dernier entraîne une incapacité de travail totale ou partielle doit être analysé au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4.1.1). Le premier groupe d'indicateurs a trait à l'examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, au travers du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du déroulement et de l'issue (succès, résistance, échec) d'un traitement conduit dans les règles de l'art ou d'une réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de tenir compte de la structure de personnalité, des capacités inhérentes à la personnalité de l'assuré et d'éventuels troubles de la personnalité de l'assuré, ainsi que du contexte social – étant toutefois précisé, sur ce dernier point, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être, comme par le passé, mises de côté (ATF 141 V 281 consid. 4.3 à 4.3.3). Le second groupe d'indicateurs porte sur l'examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 4.4 à 4.4.2).

5. a) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 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) Il découle de l'art. 61 let. c LPGa que le tribunal apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, en procédant à un

examen complet et rigoureux, sans être lié par des règles formelles. Il doit analyser objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas d'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 de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment 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 143 V 124 consid. 2.2.2 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_757/2023 du 20 décembre 2024 consid. 7).

c) Le tribunal peut accorder une pleine valeur probante à une expertise mise en œuvre dans le cadre d'une procédure administrative au sens de l'art. 44 LPG, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/bb ; TF 8C_170/2025 du 30 janvier 2026 consid. 3.2.2). Le juge des assurances ne peut ainsi, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont le rôle est précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il incombe à l'assuré d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert - 15 - 10J010 ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_299/2021 du 11 août 2021 consid. 3.3 ; TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins

ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées).

d) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références ; TF 8C_757/2023 du 20 décembre 2024 consid. 7 ; TF 8C_220/2024 du 4 octobre 2024 consid. 3.2).

6. En l'occurrence, l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations dont il a été saisi le 14 octobre 2021. Il convient par conséquent d'examiner si, entre la dernière décision entrée en force et la décision litigieuse, l'état de santé de l'assurée s'est modifié de façon à influencer son droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

a) De la précédente demande de prestations déposée par l'assurée, il est ressorti que la capacité de travail de l'intéressée s'était initialement trouvée réduite à la suite d'une décompensation psychique (cf. rapport de la Dre G._____ du 11 juin 2018 ; cf. rapport du Dr J._____ du 23 juillet 2018) et de troubles d'ordre oncologique (cf. rapport de la Dre G._____ du 12 juin 2019 ; cf. rapport de la Dre K._____ du 21 août 2019), avant la récupération d'une pleine capacité de travail à compter du 1^{er} janvier 2020 (cf. rapport de la Dre G._____ du 3 juillet 2020). C'est dans ce cadre que, par décision du 24 septembre 2020, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité à l'assurée.

b) A l'appui de la nouvelle demande déposée le 14 octobre 2021, la recourante a en particulier invoqué des troubles psychiques. A cet égard, l'OAI a fait siennes les conclusions du rapport d'expertise

psychiatrique établi le 30 septembre 2024 par la Dre BB._____, reconnaissant à l'assurée une capacité résiduelle de travail de 80 % dans toute activité depuis le mois de juillet 2021.

On ne saurait toutefois reconnaître une pleine valeur probante à cette expertise, en tant qu'elle s'avère insuffisamment motivée et qu'elle néglige, par ailleurs, certains éléments déterminants pour l'examen de la présente affaire.

aa) Sous l'angle diagnostique, l'experte BB._____ a conclu à une atteinte incapacitante sous forme de trouble dépressif récurrent moyen, avec syndrome somatique. Elle a en outre mentionné, à titre d'atteinte sans impact sur la capacité de travail, des traits de personnalité dépendante et anxieuse, actuellement non décompensés (cf. rapport d'expertise du 30 septembre 2024 p. 34).

On rappellera toutefois que, dans le cadre de la précédente demande de prestations, un diagnostic de trouble de l'adaptation avait été posé par le Dr J._____ (cf. rapport du 23 juillet 2018). Le dossier constitué dans le cadre de la présente procédure contient, par ailleurs, des rapports de la Dre G._____ réitérant ce diagnostic (cf. rapports des 20 décembre 2021, 26 décembre 2022, 14 mars 2023 et 18 juin 2024). Bien plus, le SMR a initialement validé un trouble de l'adaptation incapacitant depuis le mois de septembre 2021, avec un diagnostic différentiel sous forme de trouble dépressif récurrent, épisode actuel d'intensité inconnue (cf. avis SMR du 21 mars 2024). Ce nonobstant, il demeure que la piste d'un éventuel trouble de l'adaptation n'a guère été abordée dans l'évaluation de l'experte BB._____, dont le rapport ne contient aucune discussion permettant de confirmer ou infirmer un tel diagnostic, notamment par rapport à un trouble dépressif. Sur ce point, l'appréciation de l'experte s'avère donc lacunaire.

Pour conclure à un épisode dépressif moyen et non pas sévère, l'experte BB._____ a en particulier retenu que l'assurée conservait du plaisir dans le quotidien familial et qu'elle avait notamment été en mesure de partir en vacances aux S*** en juillet 2024 (cf. rapport d'expertise du 30

septembre 2024 pp. 23 et 38). L'experte s'est de surcroît appuyée sur des tests psychométriques, dont les résultats – seuls retranscrits dans le rapport idoine – plaident en faveur d'une symptomatologie modérée (cf. rapport d'expertise du 30 septembre 2024 pp. 31 s.). Ces éléments, s'ils n'apparaissent pas contestables en tant que tels, omettent toutefois certains paramètres résultant du dossier. On relève en effet que dans le cadre de l'appréciation des troubles thymiques de l'assurée, l'experte BB._____ a réfuté la présence d'idées ou actes auto-agressifs ou suicidaires (cf. rapport d'expertise du 30 septembre 2024 p. 35), alors même que Dre G._____ avait précédemment signalé des idées suicidaires chez sa patiente (cf. rapports des 20 décembre 2021 et 26 décembre 2022), depuis le mois de septembre 2021 (cf. rapport du 14 mars 2023). Or il s'agissait là manifestement d'un aspect pertinent pour évaluer l'évolution thymique de l'expertisée. Au cours de la présente procédure, la recourante a de surcroît précisé que les vacances évoquées par l'experte BB._____ étaient, en réalité, une journée organisée en faveur des personnes en situation de handicap à laquelle sa fille souhaitait participer (cf. mémoire de recours du 11 mars 2025 p. 21), ce que l'intimé n'a pas remis en question. On peut dès lors s'étonner qu'une telle précision – qui vient nuancer la prémisse posée par l'experte, quant à la capacité de l'assurée à effectuer un séjour touristique à l'étranger malgré ses troubles thymiques – n'ait pas été mentionnée dans le rapport d'expertise. Enfin, il apparaît que si, deux ans et demi avant l'expertise, le Dr L._____ retenait lui aussi un épisode dépressif moyen réactionnel (cf. rapport du 17 mai 2022), le Dr BF._____ et la psychologue BG._____ ont quant à eux fait état, moins de quatre mois après le rapport de l'experte BB._____, d'un trouble dépressif actuellement à un stade sévère, qui n'avait jamais été traité adéquatement et qui justifiait une augmentation rapide du dosage de l'antidépresseur et le passage à des séances de psychothérapie hebdomadaires (cf. rapport du 13 janvier 2025). Le SMR est toutefois demeuré muet sur ces circonstances spécifiques (cf. avis médical du 10 février 2025). A l'aune de ces éléments, on doit donc admettre que des éclaircissements sont nécessaires sur le plan thymique.

La Cour de céans observe, en outre, qu'un état d'anxiété, des ruminations anxieuses ou encore un trouble anxieux avec crises d'angoisses ont été signalés par différents médecins (cf. rapports de la Dre G._____ des 20 décembre 2021, 1^{er} février 2022, 26 décembre 2022, 14 mars 2023, 18 juin 2024 ; cf. rapport du Dr L._____ du 17 mai 2022 ; cf. rapport du Dr BF._____ et de la psychologue BG._____ du 13 janvier 2025). La psychologue E._____ a, quant à elle, évoqué un trouble anxieux et dépressif mixte (cf. rapports des 24 avril 2023 et 20 novembre 2024). Dans le cadre de son examen, l'experte BB._____ a, pour sa part, uniquement conclu à des traits de personnalité anxieuse non décompensés, respectivement à des angoisses subjectives, fluctuantes, faisant partie du trouble dépressif moyen et ne relevant pas d'un trouble anxieux spécifique (cf. rapport d'expertise du 30 septembre 2024 pp. 25, 34, 37 et 38). Ce raisonnement s'avère toutefois doublement sujet à caution. D'une part, on peine à suivre l'experte lorsqu'elle rattache la symptomatologie anxieuse de l'assurée, simultanément, à un trait de personnalité non décompensé et à une manifestation propre au trouble dépressif moyen. D'autre part, l'analyse de l'experte BB._____ ne contient aucune motivation spécifique permettant de comprendre en quoi, dans le cas particulier, la symptomatologie anxieuse serait davantage constitutive d'un symptôme du trouble dépressif moyen, plutôt que d'un trouble anxieux spécifique. Le rapport d'expertise s'avère par ailleurs contradictoire, en tant qu'il nie la prise de benzodiazépines (p. 17) tout en mentionnant un soulagement de l'anxiété au moyen d'un traitement de Lexotanil en réserve (p. 14) – soit une benzodiazépine à visée anxiolytique (cf. <https://compendium.ch/fr/product/6046-lexotanil-cpr-1-5-mg>). A cela s'ajoute encore que postérieurement à l'expertise de la Dre BB._____, les médecins de l'assurée ont préconisé, du point de vue de la gestion des angoisses, une surveillance stricte de l'usage du Lexotanil en raison de son utilisation devenue quotidienne (cf. rapport du 13 janvier 2025 du Dr BF._____ et de la psychologue BG._____), élément qui cadre mal avec une symptomatologie anxieuse non décompensée ou peu symptomatique. Là encore, des investigations supplémentaires s'imposent.

C'est dire, en d'autres termes, que sur le plan diagnostique, l'appréciation expertale ne peut pas être tenue pour convaincante, quand bien même la Dre G._____ s'y est ralliée dans ses rapports du 8 janvier 2025.

bb) Un constat similaire s'impose pour ce qui est de l'évaluation de la capacité de travail de la recourante.

aaa) Sous l'angle de la procédure probatoire instaurée par le Tribunal fédéral (cf. consid. 4d supra), on relève tout d'abord que l'experte BB._____ s'est déterminée de manière particulièrement succincte sur les manifestations concrètes de l'atteinte diagnostiquée. Elle a tout au plus fait état de limitations psychiatriques légères sous forme de tristesse et fatigue subjective, évoquant notamment à cet égard le déroulement de la journée-type de l'assurée (cf. rapport d'expertise du 30 septembre 2024 p. 40). Cette évaluation ne tient cependant que partiellement compte des circonstances du cas d'espèce. De l'expertise, il résulte plus particulièrement que les journées de l'intéressée sont essentiellement axées sur la tenue ordinaire du ménage et les soins apportés à sa fille aînée, avec le concours de son époux et d'une aide spécialisée (cf. ibid. p. 21). Bien que dotée de « *capacités de concentration et intellectuelles supérieures* » (cf. ibid. p. 30), l'assurée laisse néanmoins l'administratif complexe à son époux (cf. ibid. p. 15). Si l'intéressée est en outre habitée par un sentiment de sécurité chez elle et pratique une activité presque quotidienne d'apiculture (le site internet dédié – [...] – proposant huit produits à la vente, dont six ne sont plus approvisionnés [état au 30 juillet 2026]) et de jardinage, elle devient néanmoins irritable et angoissée face au stress, qu'elle se sent incapable de gérer, ayant très peur des responsabilités (cf. ibid. pp. 13, 20 et 23). Ces éléments peignent, en d'autres termes, le portrait d'une assurée parvenant à fonctionner de manière usuelle dans un cadre habituel, mais susceptible d'être débordée par le stress dans des situations sortant de la routine ordinaire. Il convient également de rappeler que des difficultés à gérer le stress, respectivement une vulnérabilité au stress, ont été signalées par le Dr L._____ (cf. rapport du 17 mai 2022), la Dre G._____ (cf. rapports des 20 décembre 2021, 26

décembre 2022, 14 mars 2023 et 8 janvier 2025), de même que la psychologue E._____ (cf. rapports du 24 avril 2023 et 20 novembre 2024). Or cette composante est totalement absente de l'évaluation de l'experte BB._____, ce qui incite à considérer avec retenue son appréciation du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé diagnostiquée.

S'agissant des traitements entrepris, l'experte BB._____ a notamment souligné l'absence de traitement antidépresseur à des taux sanguins efficaces (cf. rapport d'expertise du 30 septembre 2024 p. 40). Cette assertion doit néanmoins être nuancée. En effet, moins de quatre mois après l'expertise, le Dr BF._____ et la psychologue BG._____ ont indiqué que le trouble dépressif de la patiente n'avait jusqu'alors pas été traité de manière adéquate, que la Dre G._____ avait prescrit un traitement de Brintellix 5 mg dès le 17 décembre 2024 et qu'une augmentation rapide du dosage à au moins 10 mg/jour était nécessaire (cf. rapport du 13 janvier 2025). Ces développements n'ont toutefois pas été soumis à l'experte BB._____ et le SMR n'a pas abordé le sujet dans son avis du 10 février 2025. Sur le vu de ces éléments, on ne saurait en tous les cas retenir, en l'état, que l'absence de traitement antidépresseur serait révélatrice de ressources mobilisables chez l'assurée.

Concernant les atteintes concomitantes, l'experte BB._____ s'est contentée d'indiquer que les comorbidités psychiatriques retenues entraînaient des limitations fonctionnelles non significatives (cf. rapport d'expertise du 30 septembre 2024 p. 40). Ce faisant, elle n'a toutefois guère examiné si l'interaction entre des maladies psychiatriques et somatiques concomitantes privait l'assurée de certaines ressources (à cet égard, cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3). Sous cet angle, l'appréciation expertale est donc incomplète.

Sous l'angle de l'examen de la personnalité, l'experte BB._____ a en particulier souligné que les traits mixtes de la personnalité dépendante et anxieuse n'avaient pas empêché l'assurée de se former, de travailler et de gérer son quotidien par le passé (cf. rapport d'expertise du 30 septembre 2024 pp. 34 et 40 s.). Il est vrai que le fait d'avoir été en

mesure de se former et d'exercer une activité lucrative durant plusieurs années sans problème majeur est un élément important à prendre en considération dans l'évolution de la situation médicale de la recourante. Il serait toutefois arbitraire d'en déduire une absence de gravité des atteintes considérées (voir dans le même sens TF 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.2.1.2). Une telle déduction, fondée exclusivement sur la situation antérieure à l'été 2021, méconnaît totalement la problématique de la décompensation psychique survenue à cette époque, consécutive à des événements de vie marquants relevés par les médecins la recourante (cf. rapports de la Dre G._____ des 1^{er} février 2022, 26 décembre 2022, 14 mars 2023, 18 juin 2024 et 8 janvier 2025 ; cf. rapport du Dr L._____ du 17 mai 2022 ; cf. rapport du Dr BF._____ et de la psychologue BN._____ du 13 janvier 2025) mais également par le SMR (cf. avis médical des 21 mars et 24 juillet 2024). Sur ce plan également, on ne peut souscrire à l'appréciation de l'experte BB._____.

Finalement, l'experte BB._____ a admis une cohérence entre la plupart des plaintes subjectives et les constats objectifs (cf. rapport d'expertise du 30 septembre 2024 p. 41). La seule incohérence résidait, selon elle, dans le fait que l'assurée sollicitait une rente entière d'invalidité sur le plan psychiatrique, dans un contexte de limitations psychiques légères et essentiellement subjectives (cf. ibid. pp. 25 et 33). Force est néanmoins de relever qu'il n'appartient pas à un expert médical, mandaté afin d'évaluer l'état de santé de la personne assurée (voir à cet égard TF 9C_660/2021 du 30 novembre 2022 consid. 6.2), de se prononcer sur la pertinence des démarches assécurologiques entreprises. Les considérations formulées à cet égard par l'experte BB._____ n'ont dès lors pas leur place dans une expertise médicale objective.

A la lumière des considérations qui précèdent, il faut par conséquent admettre que l'appréciation des ressources de l'assurée par l'experte BB._____ ne satisfait pas aux exigences probatoires en la matière.

bbb) L'évaluation de la capacité de travail à strictement parler s'avère tout aussi insatisfaisante.

A cet égard, l'experte BB._____ a retenu que la capacité de travail était de 80 % du point de vue psychiatrique, depuis le mois de juillet 2021, dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée, étant précisé que la mise en œuvre d'un traitement antidépresseur n'était pas exigible. Elle a également signalé que la situation était stationnaire mais n'était pas stabilisée et qu'un suivi psychiatrique assorti d'un traitement antidépresseur de duloxétine à des taux sanguins efficaces permettrait d'améliorer le pronostic évolutif et la capacité de travail. Plus spécifiquement, elle a estimé qu'un traitement antidépresseur de duloxétine à 90 mg/jour avec prégabaline au besoin et un suivi psychiatrique hebdomadaire permettrait d'augmenter la capacité de travail à 100 % dans un délai d'une année, avec une probabilité de 70 % environ (cf. rapport d'expertise du 30 septembre 2024 pp. 38 et 43). A la lecture des conclusions de l'experte BB._____, on peine ainsi à comprendre si, en définitive, l'état de santé psychique de l'assurée était stabilisé ou pas au moment de l'expertise, respectivement si la capacité résiduelle de travail de l'assurée doit être arrêtée à 80 % ou 100 % sur le plan psychiatrique.

A cela s'ajoute que si l'experte BB._____ a évoqué une assurée limitée par sa tristesse et sa fatigue subjective (cf. rapport d'expertise du 30 septembre 2024 p. 40), elle a en revanche décrit en ces termes les caractéristiques attendues d'une activité adaptée : « *Toute activité adaptée au niveau d'acquisition et adaptée d'un point de vue somatique* » (cf. ibid. p. 42), sans mentionner de restrictions spécifiques relevant du volet psychique. Sur ce plan, l'appréciation expertale s'avère donc peu contributive, voire équivoque. Quant aux limitations signalées par le SMR dans son avis du 8 octobre 2024 (à savoir une légère diminution de la capacité d'endurance et de la flexibilité, ainsi que des difficultés relationnelles modérées), sans aucune motivation, elles correspondent en réalité à l'évaluation des capacités fonctionnelles de l'assurée sur la base de l'échelle « *Mini-ICF-Rating für psychische Störungen* » (Mini CIF-APP), telle que reproduite par l'experte BB._____ (cf. rapport d'expertise du 30

septembre 2024 p. 39). Or l'utilisation de la Mini-CIF-APP peut certes servir à compléter la description de la nature et de l'étendue du handicap fonctionnel (TF 9C_234/2025 du 18 novembre 2025 consid. 5.1.2 et les références), mais elle ne saurait toutefois suppléer l'absence de toute discussion médicale sur le sujet.

Sous cet angle également, l'instruction s'avère donc lacunaire.

cc) De ce qui précède, il découle que l'expertise psychiatrique réalisée par la Dre BB. _____ ne permet pas de statuer à satisfaction de droit.

Si par ailleurs les avis émis par les médecins traitants de la recourante ont certes permis de mettre en évidence certaines lacunes affectant les conclusions de l'experte BB. _____, ces avis ne contiennent toutefois pas d'appréciation suffisamment détaillée – notamment à l'aune des exigences jurisprudentielles découlant de l'ATF 141 V 281 – pour suffire à trancher le présent litige.

Il s'ensuit que, sous l'angle psychiatrique, des investigations complémentaires sont nécessaires et que, en conséquence, la position de l'intimé ne saurait être maintenue.

c) Sur le plan somatique, le SMR – et, corrélativement, l'OAI – a retenu que les troubles diabétiques et oculaires, de même que les atteintes des poignets signalés au cours de la procédure administrative n'étaient pas incapacitants, ou tout du moins pas durablement (cf. avis médicaux SMR des 21 mars et 24 juillet 2024). La recourante, du reste, ne le conteste pas. Tout au plus a-t-elle produit, à l'appui de ses objections du 29 novembre 2024, un rapport du Dr P. _____ du 28 novembre 2024 évoquant une récente diminution du contrôle du diabète, dont rien ne permet toutefois d'inférer une incidence concrète du point de vue de la capacité de travail.

Lors de la procédure judiciaire, la recourante a en revanche produit différents rapports médicaux évoquant une récurrence du cancer du

sein traité en 2011, possiblement déjà existante en février 2025 sous une forme asymptomatique ou très peu symptomatique (cf. rapports de la Dre BJ._____ des 18 septembre 2025, 4 décembre 2025 et 6 février 2026). A cet égard, il y a lieu de souligner que le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1), mais que les faits survenus postérieurement doivent être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue. En particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 118 V 200 consid. 3a ; TF 9C_355/2025 du 1^{er} avril 2026 consid. 2.3). En l'occurrence, les éléments fournis par la Dre BJ._____ laissent à penser que la récurrence cancéreuse était peu voire pas symptomatique en février 2025, lorsque la décision attaquée a été rendue, ce qui plaide à l'encontre d'une atteinte susceptible d'influencer la capacité de travail de l'assurée à ce moment-là. Sous cet angle, on comprend que l'OAI ait estimé que ladite récurrence devait être appréhendée dans le cadre d'une nouvelle demande. Il convient néanmoins de garder à l'esprit que l'instruction menée par l'intimé sur le plan psychiatrique est carencée et doit être complétée (cf. consid. 6b supra). A supposer que ce complément d'instruction doive être mis à la charge de l'OAI, ce qui impliquerait alors l'annulation de la décision du 10 février 2025, il incomberait par conséquent à l'office d'inclure un volet oncologique aux investigations nécessaires, de manière à ce que sa décision subséquente tienne compte de l'ensemble des circonstances pertinentes. C'est dire, en d'autres termes, que le sort des développements médicaux signalés par la Dre BJ._____ est intrinsèquement lié à la question de savoir à qui, de l'administration ou du juge, reviendra la charge de compléter l'instruction de l'affaire (cf. consid. 7 infra).

7. a) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à

l'administration est en principe justifié lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; *a contrario*, une expertise judiciaire s'impose lorsqu'un élément médical déjà relevé doit encore être clarifié par une expertise (dans son ensemble ou dans des parties essentielles) ou que les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 139 V 99 consid. 11 ; 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

b) En l'occurrence, il apparaît que les faits pertinents sur le plan psychiatrique ont été investigués de manière insuffisante par l'OAI. Aussi, il convient de renvoyer la cause à l'autorité intimée, dès lors que c'est à elle qu'il appartient en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGa). Il incombera ainsi à l'intimé de mettre en œuvre les mesures d'instruction nécessaires à l'examen des atteintes à la santé dont souffre la recourante sur le plan psychiatrique mais également sur le plan oncologique (cf. consid. 6c supra), étant précisé que l'OAI devra plus particulièrement examiner les répercussions des diagnostics retenus non seulement sur la capacité de travail de l'assurée, mais également sur les activités ménagères de celle-ci, l'intéressée ayant annoncé un statut mixte les 14 février 2022 et 29 octobre 2024.

Vu l'issue du litige, il n'y a pas lieu de procéder aux mesures d'instruction requises par la recourante, ni de se prononcer plus avant sur les griefs formulés par cette dernière à l'égard du rapport d'expertise de la Dre BB._____ et de l'instruction diligentée par l'intimé.

8. **a)** En définitive, le recours doit être admis, la décision entreprise annulée et la cause renvoyée à l'autorité intimée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

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 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 (art. 61 let. g LPGa). Il convient d'arrêter cette indemnité à 2'500 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de l'intimé.

**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 10 février 2025 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à B. _____ un montant de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs), à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Elodie Beyeler, pour B. _____,
- 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 :