

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 10 août 2026

Composition : M. PIGUET, président
Mme Berberat et M. Tinguely, juges
Greffière : Mme Santoro

* * * * *

Cause pendante entre :

B._____, à U***, recourante, représentée par Me David Métille, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7, 8 al. 1 et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1 LAI

En fait :

A. B._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le ***, a travaillé en qualité d'opératrice emboîtement au service de la C._____ du 1^{er} janvier 2008 au 24 novembre 2019, date de son licenciement.

En raison d'une rhizarthrose douloureuse bilatérale apparue en 2015, l'assurée a présenté des périodes d'incapacité de travail transitoires à divers taux entre le 18 avril 2017 et le 3 octobre 2018, puis une incapacité totale de travailler à compter du 4 octobre 2018.

Le 18 septembre 2017, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'Office AI ou l'intimé).

Dans un rapport initial du 8 janvier 2018, l'Office AI a mis en évidence le diagnostic de rhizarthrose bilatérale avec opération du poignet droit le 18 avril 2017 (trapézectomie et plastie de suspension), précisant qu'une opération de la main gauche était prévue le 10 avril 2018. La capacité de travail de l'assurée dans l'activité habituelle était de 100 % depuis la fin du mois de novembre 2017, étant précisé qu'elle présentait un manque de force et des douleurs à la main droite.

Par rapport du 28 février 2018 destiné à l'Office AI, le Dr D._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et en chirurgie de la main, a retenu les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de tendinite de De Quervain droite (janvier 2018), trapézectomie et plastie de suspension à droite le 18 avril 2017 et rhizarthrose à gauche. Il relevait que l'assurée présentait une maladie chronique et devait éviter, dans le cadre de son activité professionnelle habituelle qu'elle pouvait exercer à 100 % dès le mois de mars 2018, les mouvements répétitifs de pince afin de prévenir la réapparition des douleurs.

Dans une étude ergonomique de poste du 6 juin 2018, établie à la demande de l'Office AI, M. F._____, ergonomiste CREE/ergothérapeute, a exposé que l'assurée décrivait des douleurs au niveau de la colonne du pouce, des deux côtés.

Par rapport du 16 octobre 2018 adressé à l'Office AI, le Dr D._____ a relevé que l'assurée présentait des douleurs et une faiblesse au niveau des deux pouces, tout en soulignant qu'elle était en mesure d'exercer son activité professionnelle à plein temps moyennant une diminution de rendement de 50 % engendrée par les douleurs chroniques.

Par rapport du 17 décembre 2018 destiné à G._____, le Dr J._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de rhizarthrose bilatérale très symptomatique, opérée du côté droit avec douleurs résiduelles et état dépressif réactionnel. Sa patiente présentait une incapacité de travail à 100 % dès le 4 octobre 2018 et une reprise de l'activité professionnelle n'était pas prévue.

Le 14 janvier 2019, l'assurée a bénéficié d'une intervention chirurgicale au poignet gauche (trapézectomie gauche) auprès du Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : CHUV).

Par rapport du 12 juillet 2019 adressé au service de rhumatologie de K._____ (ci-après : K._____), le Dr J._____ a indiqué que l'assurée souffrait d'arthralgie diffuse avec status post-opération des deux côtés de rhizarthrose avec persistance d'importantes douleurs avec impotence de la pince des deux côtés. Il indiquait que, parallèlement au développement des rhizarthroses douloureuses, l'assurée avait également développé, ces trois dernières années, par intermittence, des douleurs articulaires principalement au niveau sterno-claviculaire, acromio-claviculaire et scapulaire. Il ajoutait, qu'en raison de la mauvaise évolution des status post-trapézectomie des deux côtés, l'assurée était en arrêt de travail depuis bientôt deux ans, ce qui avait engendré un état dépressif chez elle, cette dernière n'attendant que de retourner au travail.

Par rapport du 21 janvier 2020 adressé à l'Office AI, le Dr J._____ a réaffirmé le diagnostic – incapacitant – de rhizarthrose bilatérale opérée. La capacité de travail était nulle tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée.

Par rapport médical du 14 décembre 2020 adressé à l'Office AI, le Dr L._____, spécialiste en rhumatologie et médecin à K._____, a mis en évidence les diagnostics – incapacitants depuis le mois d'octobre 2019 – de spondylarthropathie axiale, troubles dégénératifs multi-étagés du rachis cervico-dorso-lombaire et douleurs de la base des pouces réfractaires à des cures chirurgicales bilatérales de rhizarthrose. Selon ce médecin, l'assurée pouvait raisonnablement travailler, avec une baisse de rendement, trois heures par jour au maximum dans l'activité exercée jusqu'à ce jour et six heures par jour dans une activité adaptée sans réaliser des mouvements répétitifs, de force ou contraignants avec les mains/doigts, porter des charges égales ou supérieures à 2 kg, maintenir des positions statiques de façons prolongée (plus de trente minutes), soumettre le rachis à des contraintes, marcher sur de longues distances/de façons prolongée/de façons répétée et travailler avec les bras au-dessus de la tête.

Par communication du 23 février 2021, l'Office AI a pris en charge les frais relatifs à un stage d'observation générale à un taux de 75 % du 2 mars au 4 mai 2021 auprès du M._____ (ci- après : M._____).

Dans le cadre du stage précité, l'assurée a été mise au bénéfice d'une incapacité de travail à 70 % dès le 8 mars 2021 pour une durée indéterminée en raison de ses douleurs aux mains. Finalement, le stage a dû être interrompu le 1^{er} avril 2021 compte tenu de la péjoration de l'état de santé de l'assurée et l'augmentation de ses absences pour cause de maladie.

Par rapport du 30 avril 2021 adressé à l'Office AI, le Dr J._____ a exposé qu'il n'y avait que peu ou pas d'amélioration de l'état de santé de l'assurée depuis son précédent rapport du 21 janvier 2020.

Par rapport non daté, reçu par l'Office AI le 7 juin 2021, Mme P._____, psychologue FSP, a retenu les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de polyarthrite rhumatoïde chronique et d'épisode dépressif. Elle soulignait que l'incapacité de travail de l'assurée tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée était de 100 % depuis que cette dernière avait entamé un suivi dans son cabinet le 25 mars 2021.

Par rapport du 9 août 2021 adressé à l'Office AI, la Dre BB._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé le diagnostic - incapacitant - de polyarthrite rhumatoïde chronique et - sans incidence sur la capacité de travail - d'épisode dépressif (mars 2021). Elle exposait que l'assurée présentait une incapacité de travail à 100 % dans une activité adaptée, tout en soulignant qu'une réadaptation professionnelle n'était, pour le surplus, pas envisageable.

Par rapport du 23 septembre 2021, faisant suite au séjour de l'assurée à la N._____ du 12 au 30 juillet 2021, adressé à la Dre BB._____, les Drs BD._____ et BF._____, ont mis en évidence le diagnostic d'épisode dépressif moyen à sévère. Ils exposaient, qu'à l'entrée, l'assurée avait rapporté une péjoration de son état anxio-dépressif depuis 2019 à la suite de la perte de son emploi, puis le divorce d'avec son mari et le décès de sa mère sans toutefois rapporter d'idées noires ou suicidaires.

Dans un avis du 8 novembre 2021, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) a sollicité la mise en œuvre d'une expertise bi-disciplinaire comportant un volet en rhumatologie et en psychiatrie.

Les 28 avril, 10 et 17 mai 2022, l'assurée a été examinée par les Drs BG._____, spécialiste en rhumatologie, BC._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et BJ._____, spécialiste en médecine interne générale et en endocrinologie-diabétologie du Centre médical d'expertises BK._____. Dans un rapport du 12 juillet 2022, les experts ont posé les diagnostics - incapacitants - de gonalgie droite sur syndrome

fémoro-patellaire (M22.2), douleur thoracique antérieure gauche et du visage à gauche sur névralgie d'Arnold gauche (G52.8), douleurs des deux pouces dans les suites d'une chirurgie pour rhizarthrose en 2017 à droite et 2019 à gauche (M19.0), douleurs rachidiennes sans aucune irradiation sur troubles dégénératifs multi-étagés (M47.9), épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, résistant au traitement actuel (F32.11), probable maladie de Ménière avec hypoacousie (H81.0 et H91.9). Les experts ont retenu que les différents diagnostics rhumatologiques impliquaient les limitations fonctionnelles suivantes : pas d'effort de soulèvement à partir du sol de plus de 5 kg et ceci avec les deux mains, pas de porte-à-faux du buste ou du rachis cervical, port de charge proche du corps limité à 5 kg avec les deux mains, pas de mouvement de préhension et de pronosupination forcés, pas de mouvement fin et répétitif de la pince pouce-index, pas de position à genoux et accroupie maintenue, pas de montées et descentes d'escaliers répétées, pas de travail en hauteur et la possibilité d'un changement régulier de position. Ils ont estimé que la capacité de travail de l'assurée dans son activité habituelle d'opératrice en emboîtage était définitivement nulle depuis l'opération du pouce droit le 18 avril 2017 pour des raisons rhumatologiques. S'agissant de la capacité de travail dans une activité adaptée, elle était complète sur le plan rhumatologique – en respectant les limitations fonctionnelles – jusqu'en novembre 2019 ; elle était depuis lors limitée à 70 % pour des raisons psychiatriques. Enfin, les experts ont précisé que, sur le plan de la médecine interne, la capacité de travail de l'assurée était de 100 % depuis toujours dans toute activité, mais qu'il fallait s'attendre à un absentéisme augmenté en raison de l'impossibilité de travailler lors des crises de vertiges.

Par projet de décision du 23 février 2023, l'Office AI a informé l'assurée qu'il envisageait de lui dénier le droit à une rente d'invalidité, compte tenu d'un degré d'invalidité insuffisant en lien avec ses atteintes à la santé (rhumatologique et psychiatrique).

L'assurée, sous la plume de Me David Métille, a formulé des objections à l'encontre du projet de décision précité par courriers des 20

mars, 30 juin et 30 août 2023. Etaient jointes à ses écritures diverses pièces, notamment :

- un rapport de la Dre BM._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie du 17 avril 2023, posant les diagnostics d'épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotique (F32.2) et de trouble anxieux (F41), faisant état d'un passage à l'acte avec ingestion de médicaments le 13 mars 2023, motivant une hospitalisation de deux semaines en milieu psychiatrique à BN._____ et exposant que la reprise d'une quelconque activité professionnelle n'était pas envisageable;
- un rapport du Dr J._____ du 28 août 2023 exposant qu'il suivait l'assurée, depuis l'automne 2021, pour des gonalgies droites, une névralgie du nerf d'Arnold, des problèmes de tension artérielle et d'acouphènes avec un déficit cochléo-vestibulaire avec augmentation de pression auriculaire, hypoacousie, vertiges, acouphènes compatibles avec une maladie de Ménières bilatérale et dysfonction de l'articulation temporo-mandibulaire. Le Dr J._____ mentionnait qu'une éventuelle capacité de travail nouvelle pouvait se discuter si l'on arrivait à atténuer nettement les douleurs de rhizarthrose de l'assurée, faute de quoi il ne voyait guère d'activité professionnelle pouvant être compatible avec celles-ci. Il ajoutait que l'activité adaptée montrait de telles restrictions qu'il était, de son point de vue, impossible de la trouver, tout en spécifiant qu'il faudrait que dite activité soit purement intellectuelle, l'assurée n'ayant toutefois pas les ressources de formations nécessaires pour cela.

Par rapport du 27 mars 2023, faisant suite à l'hospitalisation de l'assurée du 14 au 24 mars 2023 au BL._____, adressé à la Dre BM._____, les Dres BP._____ et CC._____, ont posé le diagnostic principal d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques [ICD-10/F 32.2]. Elles exposaient que l'assurée bénéficiait d'un suivi psychiatrique depuis plusieurs années dans le cadre d'une dépression sévère en lien notamment avec la perte de son travail d'horlogère.

Par projet de décision du 9 février 2024, annulant et remplaçant celui du 23 février 2023, l'Office AI a informé l'assurée qu'il entendait désormais lui reconnaître le droit de bénéficiaire, à compter du 1^{er} janvier 2024, d'une rente s'élevant à 37.5 % d'une rente entière d'invalidité, basée sur un degré d'invalidité de 45 %.

L'assurée a formulé des objections à l'encontre du projet de décision précité par courriers des 15 mars, 30 avril et 30 mai 2024. Était joint à son écriture du 30 mai 2024 un rapport de la Dre BM._____ du 21 mai 2024 posant les diagnostics d'épisode dépressif réactionnel chronifié et résistant, d'intensité sévère (F32.2), de trouble anxieux (F41) et évoquant également la présence d'une modification durable de la personnalité (F62.1). La Dre BM._____ exposait qu'il n'y avait eu aucune amélioration notable de l'état de santé de l'assurée depuis décembre 2023, une aggravation de l'état dépressif ayant même été constaté. Elle relevait que l'assurée ne s'était jamais remise de la perte de sa capacité de travail (notamment à cause de ses mains) et de son emploi, malgré les traitements psychotropes et psychothérapeutiques, et ce depuis cinq ans au moins, ajoutant qu'elle présentait une incapacité de travail à 100 %, depuis au moins l'échec de réinsertion de 2019.

Par rapport du 2 septembre 2024 adressé à l'Office AI, la Dre BM._____ a exposé que, depuis l'expertise, l'état de santé de l'assurée s'était détérioré ; elle spécifiait que l'on observait un effondrement narcissique profond conduisant au diagnostic de modification durable de la personnalité de l'assurée.

Par projet de décision du 9 octobre 2024, annulant et remplaçant celui du 9 février 2024, l'Office AI a informé l'assurée qu'il entendait lui reconnaître le droit de bénéficiaire, à compter du 1^{er} avril 2023, d'une rente entière d'invalidité.

L'assurée a formulé de nouvelles objections à l'encontre du projet de décision précité par courriers des 30 octobre et 5 décembre 2024.

Par projet de décision du 21 janvier 2025, annulant et remplaçant celui du 9 octobre 2024, l'Office AI a informé l'assurée qu'il entendait lui reconnaître, à compter du 1^{er} novembre 2020, le droit à une rente entière d'invalidité.

L'assurée a formulé des observations à l'encontre du projet de décision précité par courriers des 19 février et 27 mars 2025. En substance, elle faisait valoir que les limitations fonctionnelles reconnues par le BK._____ rendaient une réinsertion extrêmement difficile, relevant que le Dr J._____ avait souligné l'absence d'activité adaptée compte tenu de ses douleurs persistantes et de son absence de formation spécifique pour un emploi intellectuel. Elle ajoutait que l'impact psychologique de son licenciement et de la dégradation de son état général avait encore aggravé son incapacité de travail. En définitive, l'assurée alléguait que l'évaluation de l'Office AI sous-estimait gravement son invalidité réelle en ne tenant pas compte de la cumulativité de ses pathologies et de ses limitations fonctionnelles, en refusant tout abattement et en se basant sur une expertise psychiatrique contradictoire, tout en réaffirmant qu'elle ne pouvait, tout au plus, présenter qu'une capacité de travail de 30 % dans un emploi adapté.

Par décision du 17 juillet 2025, l'Office AI a confirmé son projet de décision du 21 janvier 2025.

B. **a)** Par acte du 12 septembre 2025, B._____, par l'entremise de son conseil, a recouru contre la décision de l'Office AI du 17 juillet 2025, en concluant principalement à son annulation (*recte* : sa réforme) en ce sens qu'une rente entière d'invalidité lui soit allouée dès le 1^{er} avril 2018, et, subsidiairement, à la mise en œuvre d'une expertise sur un plan psychiatrique et en médecine interne aux fins d'établir les diagnostics avec influence sur son taux de capacité de travail, respectivement au renvoi de la cause à l'Office AI aux fins qu'il procède lui-même à une telle expertise. Pour l'essentiel, elle faisait valoir que, compte tenu de ses restrictions fonctionnelles, combinées à ses douleurs persistantes et aux crises occasionnelles, il se justifiait de retenir, sur un plan somatique, un taux de

baisse de rendement d'au moins 30 % si ce n'est d'avantage, lequel devait être additionné à celui résultant des affections psychiatriques ; elle en voulait pour preuve que son stage professionnel débuté le 1^{er} avril 2021 (*recte* : 2 mars 2021) avait dû être interrompu pour des motifs de santé. Sur le plan psychiatrique, elle alléguait que l'expertise psychiatrique du Dr BC._____ présentait plusieurs faiblesses qui en diminuaient sa force probante, notamment une contradiction et des constatations s'écartant sensiblement des rapports concordants des Dres BM._____ et BB._____ décrivant une dépression sévère, résistante au traitement, marquée par des idées suicidaires et justifiant une incapacité de travail totale depuis au moins 2019. En outre, elle relevait que sa tentative de passage à l'acte le 13 mars 2023 ne pouvait que constituer un indice allant dans le sens d'un épisode dépressif moyen à sévère justifiant une incapacité de travail des plus conséquentes, et non pas seulement de 30 %. En conclusion, elle réaffirmait que son taux de capacité de travail ne pouvait pas être supérieur à 20 %, voire 30 % au maximum dans le cadre d'un emploi adapté, et ce pour la période du 1^{er} avril 2018 au 1^{er} mars 2023, tout en contestant le calcul de son revenu d'invalidé et le taux d'invalidité retenu.

b) Par réponse du 6 novembre 2025, l'Office AI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Il faisait valoir que l'interruption du stage débuté par l'assurée en avril 2021 (*recte* : mars 2021) – soit bien plus d'un an après l'aggravation déjà retenue en novembre 2019 –, ainsi que l'évolution sur le plan psychiatrique à partir de la date précitée n'étaient pas pertinents s'agissant de la période litigieuse à analyser. Or, pour la période antérieure au mois de novembre 2019, aucune pièce médicale au dossier n'allait dans le sens d'une incapacité de travail durable et significative sur un plan psychiatrique ; sur le plan somatique, des limitations fonctionnelles avaient d'ores et déjà été prises en considération, une série d'activités respectant ces limitations ayant été énumérées.

c) Par réplique du 27 janvier 2026, l'assurée a confirmé ses conclusions. Elle alléguait que les rapports médicaux figurant au dossier, notamment ceux des Drs BM._____, BB._____, BD._____ et

BF._____, étaient concordants et démontraient l'existence d'une atteinte psychique significative, installée et invalidante bien avant la période litigieuse. Elle ajoutait que les atteintes somatiques entraînaient des limitations fonctionnelles importantes, incompatibles avec toute activité impliquant des efforts, des gestes fins répétitifs ou des postures prolongées et qu'elles devaient être cumulées avec l'atteinte psychiatrique.

d) Par duplique du 17 février 2026, l'Office AI a persisté dans ses conclusions.

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 – compte tenu des fêtes judiciaires d'été – auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGa notamment), le recours est recevable.

2. Le litige a pour objet le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement la question de savoir si elle peut prétendre à une rente pour la période du 1^{er} avril 2018 au 31 octobre 2020, étant pour le surplus précisé qu'il n'est pas contesté que l'intéressée peut prétendre à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} novembre 2020.

3. a) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201)

et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l’absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l’application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l’examen d’une demande d’octroi de rente d’invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si ce droit est né avant le 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu’au 31 décembre 2021.

b) En l’espèce, la recourante a déposé sa demande de prestations le 18 septembre 2017, si bien qu’elle pouvait – le cas échéant – prétendre à une rente d’invalidité au plus tôt à compter du 1^{er} mars 2018 (art. 29 al. 1 et 3 LAI), soit antérieurement aux modifications législatives. Dès lors, il convient d’appliquer, s’il y a lieu, le droit dans sa teneur en vigueur jusqu’au 31 décembre 2021.

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 un marché du travail équilibré dans son domaine d’activité, 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 dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2020, modifié au 1^{er} janvier 2021). Quant à l’incapacité de travail, elle est définie par l’art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l’aptitude de l’assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d’activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d’une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d’incapacité de travail de longue durée, l’activité qui peut être exigée de l’assuré peut aussi relever d’une autre profession ou d’un autre domaine d’activité.

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGa).

c) Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière.

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).

6. a) A titre liminaire, on relèvera qu'il n'est pas contesté que la recourante présente, depuis le 1^{er} novembre 2019, une incapacité totale de travailler dans toute activité pour des motifs psychiatriques, ouvrant le droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} novembre 2020.

b) Demeure litigieuse la question du droit de la recourante à une rente d'invalidité pour la période allant du 1^{er} avril 2018 au 31 octobre 2020.

7. En l'espèce, l'intimé, se fondant sur l'ensemble de la documentation médicale, notamment le rapport d'expertise du 12 juillet 2022 de BK._____, a nié à la recourante le droit à une rente invalidité pour la période litigieuse.

a/aa) Sur le plan somatique, il ressort des pièces au dossier que la recourante a présenté, en raison de ses problèmes aux pouces (rhizarthrose bilatérale), des périodes d'incapacité de travail transitoires entre le 18 avril 2017 (date de la trapézectomie à droite) et le 3 octobre 2018, puis une incapacité totale de travailler à compter du 4 octobre 2018

ordonnée par son médecin traitant, le Dr J._____. A cet égard, le Dr D._____ relevait, dans un rapport du 28 février 2018, que la recourante présentait une maladie chronique et devait éviter, dans le cadre de son activité professionnelle qu'elle était en mesure d'exercer à 100 %, les mouvements répétitifs de pince afin de prévenir une réapparition des douleurs. Dans un rapport du 16 octobre 2018, ce même médecin estimait que la recourante présentait des douleurs et une faiblesse aux deux pouces, tout en soulignant qu'elle était en mesure d'exercer son activité professionnelle à plein temps moyennant une diminution de rendement de 50 % engendrée par les douleurs chroniques. Le 14 janvier 2019, la recourante a bénéficié d'une intervention chirurgicale au poignet gauche (trapézectomie gauche) qui n'a pas amélioré la situation. Dans son rapport du 12 juillet 2022, le BK._____ a retenu que, sur le plan rhumatologique, la capacité de travail de la recourante était définitivement nulle dans son activité habituelle d'opératrice en emboîtage depuis le 18 avril 2017, soit dès l'opération du pouce droit, tandis qu'elle était de 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (pas d'effort de soulèvement à partir du sol de plus de 5 kg et ceci avec les deux mains, pas de porte-à-faux du buste ou du rachis cervical, port de charge proche du corps limité à 5 kg avec les deux mains, pas de mouvement de préhension et de pronosupination forcés, pas de mouvement fin et répétitif de la pince pouce-index, pas de position à genoux et accroupie maintenue, pas de montées et descentes d'escaliers répétées, pas de travail en hauteur et la possibilité d'un changement régulier de position) jusqu'au mois de novembre 2019. Il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions de l'expertise, dès lors que celles-ci résultent d'une analyse exhaustive de la situation médicale de la recourante et tiennent compte de l'ensemble des rapports médicaux figurant au dossier. Il n'existe aucun document médical susceptible de jeter le doute sur les conclusions de l'expertise. En particulier, les rapports des 21 janvier 2020 et 30 avril 2021 du Dr J._____ ne permettent pas de susciter le doute. Premièrement, ceux-ci sont antérieurs à l'expertise et ont été pris en compte par celle-ci. En outre, ces rapports se contentent de mentionner que la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée est nulle, sans expliquer les raisons pour lesquelles une activité qui ménagerait les pouces ne serait pas envisageable. Dans son rapport du

28 août 2023, Dr J._____ affirme, d'une part, qu'il ne voit pas d'activité professionnelle pouvant être compatible avec les douleurs de la recourante si celles-ci ne sont pas atténuées, et, d'autre part, que l'activité adaptée montre de telles restrictions qu'il est impossible de la trouver. Ces affirmations ne permettent toutefois pas d'exclure le caractère exigible d'une activité adaptée antérieurement au 1^{er} novembre 2019.

bb) Pour le reste, il ressort du rapport d'expertise du 12 juillet 2022 que la recourante présente également des douleurs au rachis ainsi qu'une douleur au genou droit à la suite d'un faux mouvement. Pour autant, le dossier ne contient aucun document antérieur au mois de novembre 2019 qui ferait mention de ces problématiques, respectivement d'une influence de celles-ci sur la capacité de travail de la recourante. En ce qui concerne les douleurs au rachis, elles ne sont évoquées ni dans le rapport initial de l'intimé du 8 janvier 2018 – lequel met uniquement en évidence le diagnostic de rhizarthrose bilatérale – ni dans l'étude ergonomique établie par M. F._____ le 6 juin 2018 à la demande de l'intimé. De même, dans le rapport médical qu'il a adressé le 12 juillet 2019 au service de rhumatologie de K._____, le Dr J._____ ne mentionne que des douleurs au niveau de la ceinture scapulaire. Certes, il ressort du rapport d'expertise du 12 juillet 2022 qu'une radiographie lombaire et du bassin a été réalisée le 1^{er} octobre 2019 ; celle-ci ne montre toutefois aucune anomalie des articulations sacro-iliaques et coxo-fémorale et met, pour le surplus, uniquement en évidence une discopathie L1-L2 et une uncarthrose débutante C5-C6. Le dossier rhumatologique de la recourante comporte également une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) du rachis et des sacro-iliaques datée 31 octobre 2019 montrant différentes affections (discopathies cervicales essentiellement en C5-C6 sans compression disco radiculaire, signes dégénératifs lombaire essentiellement en L1-L2 avec arthrose postérieure lombaire basse, remaniement dégénératif au niveau des sacro-iliaques avec un léger remaniement inflammatoire du pied des sacro-iliaques prédominant à droite), ainsi qu'un compte rendu daté du 10 février 2020 mentionnant que la recourante présenterait une spondylarthropathie axiale avec des troubles dégénératifs rachidiens (cf. expertise BK._____, pp. 25-26). Le rapport médical du Dr L._____ du 14 décembre 2020 retient, pour

sa part, le diagnostic de troubles dégénératifs multi-étagés du rachis cervico-dorso-lombaire depuis le mois d'octobre 2019 – date qui pourrait toutefois correspondre au début de sa prise en charge. Force est de constater que ces diverses problématiques ont toutes été examinées par le Dr BG._____ lors de l'expertise. Celui-ci a estimé que les différentes atteintes rhumatologiques de la recourante engendraient des limitations fonctionnelles mais aucune incapacité de travail dans une activité adaptée. Il n'existe aucun document médical versé au dossier remettant en cause les conclusions de l'expert, dont il n'y a dès lors pas lieu de s'écarter. Pour le surplus, les atteintes au rachis sont encore évoquées – sans plus amples détails – dans le rapport médical du Dr J._____ du 30 avril 2021, soit subséquemment à la période litigieuse à analyser. En ce qui concerne la douleur au genou droit, il est indiqué qu'elle est apparue trois semaines avant la consultation d'expertise rhumatologique du 28 avril 2022, soit bien postérieurement au mois de novembre 2019 (cf. expertise BK._____, p. 22).

b) Sur le plan psychiatrique, il n'existe aucun document qui laisse à penser que des troubles psychiques avaient une influence sur la capacité de travail de la recourante antérieurement au mois de novembre 2019. Certes, le Dr J._____ a évoqué dans un rapport du 17 décembre 2018 établi à l'attention de G._____ un « état dépressif réactionnel » ; il sied toutefois de constater que ce médecin n'évoque plus ce diagnostic dans le rapport qu'il a adressé le 12 juillet 2019 au service de rhumatologie de K._____ et dans le rapport qu'il a établi à la demande de l'intimé le 21 janvier 2020. Cela démontre que l'état dépressif de la recourante n'était, ni grave, ni incapacitant durant la période litigieuse à analyser, faute de quoi le Dr J._____ l'aurait retenu à titre de diagnostic – incapacitant – dans ses rapports subséquents. En outre, il ressort du rapport d'expertise du 12 juillet 2022 que la recourante a admis que l'élément déclencheur de son état dépressif était son licenciement. Or, selon les pièces figurant au dossier, la date de son licenciement est le 24 novembre 2019. La recourante a spécifiquement évoqué un épisode dépressif survenu à la suite de son licenciement en 2019, sans épisode dépressif antérieur (cf. expertise BK._____, pp. 4, 15 et 17). Ainsi, force est de constater que

la recourante a présenté un état dépressif uniquement à compter du mois de novembre 2019, ce que confirme d'ailleurs les experts qui parviennent à la conclusion suivante : « *nous ne retenons pas de trouble dépressif récurrent car il n'existe pas d'antécédent d'épisode dépressif. Cet épisode dépressif a débuté en novembre 2019, il résiste au traitement actuel* » (cf. expertise BK._____, p. 17). De même, il ressort du rapport médical établi le 23 septembre 2021 par les Drs BD._____ et BF._____, que l'état anxio-dépressif de la recourante date de 2019. Enfin, de l'aveu même de la recourante, son état anxio-dépressif – moyen à sévère selon son appréciation – peut être rattaché à l'échec de sa réinsertion en 2019 (cf. observations complémentaires de la recourante du 27 mars 2025, p. 8). Pour le surplus, on relèvera que les rapports médicaux des 7 juin, 9 août 2021, 27 mars, 17 avril 2023, 21 mai et 2 septembre 2024 demeurent sans incidence sur la présente problématique, dès lors que ceux-ci mettent en lumière la péjoration de l'état psychique/psychiatrique de la recourante, toutefois pour la période postérieure au mois de novembre 2019.

c) Compte tenu des éléments qui précèdent, il sied de relever que l'intimé n'a pas violé le droit fédéral en reconnaissant une incapacité de travail totale à compter du mois de novembre 2019 et en allouant à la recourante une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} novembre 2020. Partant, la mise en œuvre d'une expertise telle que requise subsidiairement par la recourante ne se justifie pas.

8. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision litigieuse confirmée.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr., sont mis à la charge de la recourante qui succombe. En outre, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD et 61 let. g LPGa).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 17 juillet 2025 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de B._____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me David Métille (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 :