

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 14 février 2022

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
MM. Bonard et Perreten, assesseurs
Greffière : Mme Chaboudez

Cause pendante entre :

V. _____, à [...], recourante, représenté par Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 28 LAI

E n f a i t :

A. V. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1955, a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 2 novembre 2013, à la suite d'une procédure de détection précoce. Elle a indiqué qu'elle se trouvait en arrêt de travail depuis le 1^{er} mai 2013 dans son activité d'infirmière assistante, qu'elle exerçait à 70 %. A cette date, elle a été victime d'un accident à l'étranger lors duquel une partie d'un arbre lui est tombée dessus, lui causant de multiples fractures. Elle a été hospitalisée en soins aigus jusqu'au 25 juin 2013, d'abord à l'étranger puis en Suisse, et a ensuite été hospitalisée en réadaptation jusqu'au 16 août 2013.

Selon la lettre de sortie des E. _____ (ci-après : E. _____) du 11 septembre 2013, l'assurée présentait les atteintes suivantes :

« Diagnostic principal :

- Polytraumatisme sur chute d'un arbre sur le MID [membre inférieur droit] avec :
 - Fracture ouverte de la diaphyse proximale et supra-condylaire du fémur droit traitée par enclouage
 - Fracture du bassin traitée conservativement
 - Plaie de Morel-Lavallée traitée par fermeture partielle et greffe de peau mince le 07.06.2013 compliquée d'une surinfection de la plaie à Pseudomonas
 - Probable polyneuropathie du MID
 - TVP [thrombose veine profonde] avec embolie pulmonaire nécessitant la mise en place d'un filtre cave le 15 mai
 - Traitement par fondaparinux en raison d'une thrombopénie induite par l'héparine

Comorbidités - diagnostics secondaires :

- Status post-anémie postopératoire nécessitant la transfusion de plusieurs culots érythrocytaires
- Status post-hyponatrémie actuellement résolue
- Defect atrioseptal observé sur une échographie cardiaque du 13 mai 2013, masse paravertébrale droite observée sur un CT-Scan thoracique
- Infection urinaire basse avec un uricult positif à E. coli, actuellement sous antibiothérapie par Ciprofloxacine »

Ce rapport évoquait également l'existence d'un trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxio-dépressive à la suite de l'accident et mentionnait l'introduction d'un traitement antidépresseur.

Dans un rapport du 27 novembre 2013, le Dr R._____, médecin traitant généraliste, a posé comme diagnostic un polytraumatisme sur chute d'un arbre sur le membre inférieur droit. L'incapacité de travail était totale.

Le 7 décembre 2013, O._____ a fait savoir à l'OAI que si elle n'avait pas été atteinte dans sa santé, elle aurait continué à travailler comme infirmière-assistante à 70 % par nécessité financière, précisant qu'elle aidait également dans l'exploitation agricole familiale, sans être rémunérée, à hauteur de 9 heures par semaine en automne et en hiver, et 17 heures par semaine au printemps et en été.

Dans un rapport du 7 février 2014, le Dr T._____, spécialiste en neurologie, a constaté une discrète hypoesthésie diffuse sur la face antéro-externe de la cuisse droite, sans francs arguments évocateurs pour une souffrance du nerf fémoro-cutané latéral. L'assurée présentait également une relative hyporéflexie rotulienne droite, vraisemblablement plutôt dans les suites des interventions subies. Il n'y avait pas d'arguments faisant suspecter une atteinte du nerf crural. Les douleurs neuropathiques étaient secondaires au traumatisme par compression et étirement, et il n'y avait pas d'éléments évocateurs d'une souffrance plus proximale, notamment radiculaire ou plexulaire.

L'assurée a séjourné à la L._____ (ci-après : L._____) du 26 mars au 7 mai 2014. Dans leur rapport du 6 mai 2014, en plus des diagnostics déjà posés, les médecins de la L._____ ont retenu comme comorbidités un trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive, un hallux valgus droit, une masse para-vertébrale droite et un défaut atrioseptal. Sur le plan psychiatrique, l'assurée présentait des signes anxiodépressifs réactionnels, dans une situation de surcharge, notamment au niveau familial. Ses capacités d'adaptation étaient limitées. La situation médicale n'était pas encore stabilisée, mais pourrait l'être dans un délai de trois à six mois. Les limitations fonctionnelles provisoires suivantes étaient retenues : marche et position debout prolongées, port de

charge, positions contraignantes pour la hanche et le genou (accroupie et à genou), monter et descendre les escaliers. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité était défavorable pour des facteurs médicaux, et était favorable dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles décrites.

Selon un rapport du 21 mai 2014 émanant des E._____, l'évolution était globalement bonne mais la situation n'était pas encore stabilisée. L'assurée présentait des douleurs persistantes au niveau de la hanche et du genou, qui nécessitaient un traitement antalgique conséquent.

Un essai de reprise d'activité à but thérapeutique à 10 % a été tenté à partir de juillet 2014 auprès de l'employeur de l'assurée. Il s'agissait d'une activité de bureau, nouvelle pour l'assurée. Son rendement y était de 50 % et elle rencontrait des difficultés lors de la position assise prolongée (cf. note d'entretien de l'OAI du 17 septembre 2014).

Dans un rapport du 16 octobre 2014, le Dr Q._____, spécialiste en chirurgie vasculaire et thoracique, a indiqué avoir procédé, le 1^{er} octobre 2014, à l'excision par thoracoscopie de la lésion lobaire inférieure droite, découverte fortuitement dans le cadre du bilan du polytraumatisme subi en 2013. Il a posé le diagnostic de tumeur fibreuse solitaire, précisant que l'examen avait montré l'absence de cellules malignes.

Il ressort de la note d'un entretien du 16 janvier 2015 avec un spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI que l'assurée ne prenait plus d'antidépresseurs depuis deux mois et semblait avoir retrouvé un équilibre psychologique.

Par communication du 22 janvier 2015, l'OAI a pris en charge des cours d'informatique en faveur de l'assurée.

Dans un avis médical du 19 février 2015, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a constaté que la situation médicale n'était pas stabilisée, qu'une reprise de l'activité habituelle pouvait déjà être exclue et qu'une activité adaptée pouvait être envisagée avec une reprise progressive, estimant la capacité de travail pour le moment limitée à 50 %.

La Dre M._____, psychiatre traitante de l'assurée, a établi un rapport le 18 mars 2015, dans lequel elle a posé le diagnostic de trouble de l'adaptation avec perturbation d'autres émotions (F43.23). L'assurée avait présenté un épisode dépressif moyen à sévère dans les suites de son accident, aggravé par l'atteinte physique et l'altération du schéma corporel. Grâce au traitement, la situation s'était améliorée sur le plan dépressif, mais une fragilité psychique persistait, dans le cadre de soucis familiaux multiples et très pesants, ainsi qu'une anticipation anxieuse de l'avenir. L'assurée pouvait exercer une activité à temps partiel entre 30 et 40 %, tenant compte de sa fatigabilité, du besoin d'être valorisée dans son travail et de sa tolérance diminuée au stress.

A partir du mois de mars 2015, le taux de présence de l'assurée dans le cadre de sa reprise thérapeutique a été peu à peu augmenté jusqu'à atteindre un 40 % en avril. Son rendement était estimé à 50 % de ce 40 %, l'assurée étant par ailleurs toujours en phase d'apprentissage en bureautique (notes d'entretien des 16 et 30 avril 2015).

Dans un rapport du 20 avril 2015, la Dre X._____ a indiqué que l'état clinique était stable, avec la persistance de douleurs. L'assurée était actuellement à 40 % à l'essai et sa capacité de travail était évaluée à 50 % pour cette activité de bureau. Ses limitations fonctionnelles étaient liées aux douleurs importantes, à une légère limitation des amplitudes et à une grande fatigue.

Dans une note du 21 avril 2015, l'OAI a retenu que l'assurée collaborait dans l'exploitation agricole familiale à hauteur de 30 %, à côté de son activité professionnelle à 70 %.

Lors d'un entretien à l'OAI le 4 juin 2015, il a été mentionné que la rentabilité de l'assurée était de 70 % sur un taux de présence de 40 %, mais qu'elle présentait davantage de fatigue et de fragilité psychique. Elle devait par ailleurs faire face à une charge de travail supplémentaire à domicile à la suite du décès de sa belle-mère, qui participait aux tâches ménagères. Il a alors été décidé de diminuer son taux de présence à 30 %.

Le 24 juin 2015, la Dre M. _____ a transmis à l'OAI un rapport identique au précédent.

Le 20 juillet 2015, l'assurée a fait savoir qu'elle ne collaborait plus aux travaux de la ferme.

Dans des rapports des 2 février et 8 septembre 2015, comportant une partie manuscrite difficilement lisible, la Dre D. _____, spécialiste en rhumatologie, a noté que l'assurée se déplaçait en boitant mais de manière autonome, qu'elle présentait une symptomatologie algique rachidienne dans le cadre également d'une scoliose thoracolumbaire associée à quelques discopathies symptomatiques, une persistance de troubles sensitifs et de douleurs neuropathiques du membre inférieur droit, avec une tendance au flessum des hanches et genoux de quelques degrés. La médication antalgique avait pu considérablement diminuer.

Il ressort de la note d'entretien du 2 décembre 2015 que le rendement de l'assurée atteignait maintenant quasi 100 % pour son taux de présence de 30 %, malgré une grande fatigue et des douleurs. Son employeur et sa responsable administrative estimaient qu'il s'agissait du maximum qu'elle pouvait faire sans s'épuiser.

Dans un rapport du 4 janvier 2016 adressé à l'assureur-accidents de l'assurée, la Dre M. _____ a mentionné une amélioration de l'épisode dépressif et la présence d'une atteinte narcissique importante. Le processus de guérison était influencé par la situation familiale de l'assurée et le soutien limité dans le milieu rural.

A l'initiative du SMR (avis médical du 29 septembre 2015), un examen rhumato-psychiatrique a été réalisé par le Dr B. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et le Dr S. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

Dans son rapport du 11 janvier 2016, le Dr B. _____ a retenu les diagnostics de symptômes résiduels d'un trouble de l'adaptation et d'épisode dépressif moyen à sévère actuellement en rémission, tous deux sans répercussion sur la capacité de travail de l'assurée. Il a estimé que la capacité de travail sur le plan psychiatrique avait été nulle depuis l'accident, le 1^{er} mai 2013, et que l'assurée avait retrouvé une pleine capacité de travail dès le mois de décembre 2014, au vu de l'arrêt du traitement antidépresseur et de l'espacement des consultations avec la psychiatre traitante.

Le SMR a jugé cet examen clinique convaincant, dans son avis médical du 1^{er} mars 2016.

Dans un rapport d'expertise du 25 mai 2016, le Dr S. _____ a pris les conclusions suivantes :

« DIAGNOSTICS

Avec répercussion sur la capacité de travail :

- 1-Status après fracture des branches ischio et ilio-pubiennes des 2 côtés avec forte comminution de l'ischion droit, consolidé avec un fragment de tubérosité ischiatique déplacée caudalement (01.05.2013)
- 2-Status après fracture bifocale de la diaphyse du fémur droit, traitée par enclouage centromédullaire verrouillé (09.05.2013)
- 3-Lésion de Morel-Lavallée de la cuisse droite, traitée par greffe de peau mince, le 07.06.2013, compliquée par une surinfection à Pseudomonas.
- 4-Scoliose lombaire à concavité gauche, probablement d'origine dégénérative, peu symptomatique. Discopathie L3-L4, L4-L5, L5-S1.

- 5-Ossifications para-articulaires de la hanche droite.
- 6-Coxarthrose probablement primaire hanche gauche évoluant depuis l'automne 2015.

Sans répercussion sur la capacité de travail :

- Status après TVP avec embolie pulmonaire, nécessitant la mise en place d'un filtre sur la veine cave (15.05.2013).
- Status après thrombopénie induite par l'Héparine (mai 2013)
- Défect atrial septal découvert en mai 2013.
- Status après thoracoscopie et excision d'une tumeur fibreuse solitaire, lobaire inférieure (01.10.2014).
- Hallux valgus à droite avec chevauchement du 2^{ème} orteil.
- Status après cure chirurgicale d'hallux valgus à droite (2008).

[...]

Les limitations fonctionnelles somatiques dues aux diverses atteintes ostéo-musculaire[s] font que l'assurée est apte uniquement à exercer une activité sédentaire ou semi-sédentaire dans laquelle elle puisse alterner à sa guise la position debout avec la position assise. De courts déplacements à plats sont possibles. Elle doit éviter de se mettre accroupie ou à genoux. Elle doit éviter la position debout statique prolongée. Elle doit éviter le port de charges supérieures à 15 kg. Elle doit éviter de marcher en terrain irrégulier et de monter ou descendre les escaliers à répétitions. Ces limitations fonctionnelles sont dues aux diverses atteintes somatique[s]. Il existe d'autres facteurs non pris en considération par l'AI qui jouent un rôle dans l'évolution de ce cas. L'assurée est actuellement âgée de 61 ans. Elle exerce aussi une activité non salarié[e] dans le domaine familial telle que les tâches de bureau et la tenue de la comptabilité.

[...]

VI. Capacité de travail

1. Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici.

Le métier d'infirmière assistante n'est pas compatible avec les limitations fonctionnelles préalablement décrites.

2. Capacité de travail dans une activité correspondant aux aptitudes de l'assuré

La capacité de travail de l'assurée, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles est, à mon avis, complète avec une possible diminution du rendement de 25%, en raison des douleurs et de la nécessité de changer fréquemment de position. »

Dans son avis du 14 juin 2016, le SMR a repris les conclusions de cette expertise.

Le rapport de l'enquête agricole effectuée chez l'assurée, établi le 31 octobre 2016, a proposé de retenir une incapacité de gain de 30 % pour le domaine agricole, qui occupait l'assurée à 30 % en bonne santé.

Selon le rapport d'enquête ménagère du 31 octobre 2016, l'invalidité de l'assurée pour les activités du ménage était de 23,3 %. Il a été constaté qu'avant son atteinte à la santé, l'assurée travaillait 30 heures par semaine comme salariée, 13 heures par semaine dans l'exploitation agricole et effectuait 28 heures de ménage par semaine, de sorte qu'elle assumait 71 heures par semaine.

Dans un avis juriste du 8 décembre 2016, l'OAI a estimé que l'assurée devait être considérée comme active à 100 % puisqu'elle travaillait à 70 % comme infirmière-assistante et à 30 % comme collaboratrice agricole. Vu qu'elle n'était plus en mesure d'exercer son activité agricole, on pouvait exiger d'elle qu'elle reprenne une activité adaptée à 100 % depuis décembre 2014, avec une baisse de rendement de 25 %. Son revenu d'invalidé, tenant compte de la baisse de rendement et d'un abattement de 5 % en raison de son âge, était de 38'327 fr. 50. Son revenu sans invalidité pour l'activité d'infirmière-assistante à 70 % était de 42'396 fr. 70. Quant au revenu issu de l'exploitation agricole, l'OAI a estimé qu'il était difficile à évaluer sur la base de la comptabilité compte tenu des changements intervenus dans l'exploitation agricole (atteinte à la santé de l'époux, reprise par le fils, association avec les voisins, etc.), de sorte qu'il s'est référé au revenu moyen suisse de la main d'œuvre familiale et l'a fixé à 15'850 fr. 80 pour la part agricole à 30 %. Il en découlait un degré d'invalidité de 34,2 %.

Par projet de décision du 9 décembre 2016, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait lui octroyer une rente entière d'invalidité du 1^{er} mai 2014 au 28 février 2015.

L'assurée a fait valoir ses objections par courrier de son mandataire du 30 janvier 2017, alléguant pour l'essentiel que son emploi à 30 % correspondait au maximum de ses possibilités. Elle a complété ses objections le 2 mars 2017 en produisant plusieurs rapports médicaux :

- Dans un rapport du 26 janvier 2017, la Dre D._____ a indiqué que l'assurée présentait des douleurs chroniques ainsi que des séquelles fonctionnelles et inesthétiques.
- Dans un rapport du 15 février 2017, la Dre M._____ a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent dans les suites d'un accident (F33), avec sur le plan cognitif une perte d'attention et de concentration entraînant une fatigabilité importante, en lien certainement avec le traitement antalgique. L'assurée faisait environ 30 % des tâches qu'elle effectuait auparavant à domicile, ce qui dans son milieu rural équivalait à une perte de rôle et de fonction très importante, et l'amenait à être considérée comme inutile. Le pourcentage actuel de sa capacité de travail, à savoir 30 % d'un 100 %, était le maximum exigible, étant relevé qu'elle avait dû récemment effectuer ce temps en trois demi-journées, car une journée complète était impossible.
- Dans un rapport du 23 février 2017, le Dr N._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a noté que l'assurée était en incapacité de travail à 100 % depuis la date du traumatisme le 1^{er} mai 2013, qu'une réintroduction progressive dans un poste de travail avait été effectuée mais que sa capacité se limitait à 30 % et qu'une capacité de travail supérieure restait limitée. Compte tenu de la symptomatologie de la hanche gauche en lien avec la coxarthrose, la réalisation d'une prothèse totale de hanche était indiquée.

Le SMR a considéré, dans un avis du 6 avril 2017, que les rapports produits n'amenaient pas d'argument en faveur d'une modification significative de l'état de santé de l'assurée depuis les expertises de 2016 et que si une nouvelle intervention chirurgicale était indiquée avec la mise en place d'une prothèse totale de hanche gauche, celle-ci ne devrait qu'apporter une amélioration de l'état fonctionnel de l'assurée. Au niveau psychiatrique, le SMR a observé que le traitement antidépresseur avait été mal toléré par l'assurée, mais qu'on pouvait

raisonnablement admettre que si elle en avait besoin, d'autres traitements médicamenteux pourraient être essayés.

L'OAI a répondu aux objections de l'assurée par lettre du 4 juillet 2017.

Par courrier du 12 juillet 2017, l'assureur-accidents de l'assurée a fait parvenir à l'OAI le rapport de l'expertise bidisciplinaire qu'il avait mise en œuvre auprès du G._____ de [...] (ci-après : G._____). Dans ce document, établi le 29 juin 2017, les Drs K._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et W._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont pris les conclusions suivantes :

« Sur le plan orthopédique,

Groupe 1

- Ancienne fracture de fémur droit, segmentaire, ouverte Gustilo II.
- Ancienne ORIF [réduction ouverte avec fixation interne] de cette fracture. (x2)
- Ancienne fracture des branches ischio et ilio-pubienne à droite.
- Pseudarthrose ischio-pubienne.
- Ossification para-articulaire hanche droite.
- Ancienne fracture de la colonne antérieure du cotyle à gauche.
- Cal vicieux de la fracture de la colonne antérieure du cotyle à gauche.
- Coxarthrose gauche.
- Ancien décollement cutané de type Morel-Lavallée cuisse droite.
- Greffes cutanées multiples avec important système cicatriciel de la cuisse droite.
- Réduction fonctionnelle du genou droit (surcharge du compartiment interne).
- Ancienne embolie pulmonaire.
- Filtre cave.
- Syndrome post-traumatique du membre inférieur droit.
- Syndrome douloureux chronique.

Groupe 2

- Hallux valgus bilatéral (opéré à gauche).
- Scoliose lombaire.

Sur le plan psychique, actuellement aucun. Trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (F43.21) en rémission depuis début 2016.

[...]

A) Résulte-t-il de l'accident du 01.05.2013 une diminution permanente de la capacité de travail de Mme V._____ dans sa

profession d'infirmière ? Si oui, dans quelles activités spécifiques et sous quelle forme se manifeste-t-elle ?

Sur le plan orthopédique oui, les séquelles présentes rendent Madame V. _____ inapte à l'exercice de cette profession.

Sur le plan psychique, non.

[...]

C) Quel serait le taux de capacité de travail concevable de Mme V. _____ dans l'hypothèse où celle-ci ne serait affectée que de handicaps liés aux séquelles strictement post-traumatiques de l'accident concerné, dans une profession adaptée ?

Sur le plan orthopédique, il n'y a que des handicaps liés à l'accident. Nous avons ici une situation dans laquelle un traitement médicamenteux lourd est réalisé pour le contrôle de la douleur. D'autre part, les séquelles sont présentes aussi bien au niveau du genou droit que des deux hanches.

Ceci compromet l'exercice d'une profession à plein temps, même en position assise et même dans une profession ne demandant que peu de déplacements. Il est peu probable qu'une profession légère puisse être exercée à plus de 50 %.

Sur le plan psychique, 100%. »

Par décision du 25 avril 2018, l'OAI a alloué à l'assurée une rente entière d'invalidité du 1^{er} mai 2014 au 28 février 2015.

B. **a)** Par acte de son mandataire du 29 mai 2018, V. _____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'elle soit mise au bénéfice d'une rente d'invalidité entière dès le 24 mars 2014, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle décision. Elle a fait valoir que son emploi à 30 % correspondait au maximum de ses possibilités, qu'il mettait pleinement en valeur sa capacité résiduelle de travail et que son revenu d'invalidité devait dès lors être fixé sur les revenus qu'elle percevait concrètement, à savoir 18'025 fr. 80. Elle a soutenu qu'il fallait tenir compte de la baisse de rendement de 25 % et d'un abattement de 10 % compte tenu de son âge avancé et de ses importantes limitations fonctionnelles, de sorte que son revenu d'invalidité devait être fixé à 11'716 fr. 75. Elle a estimé qu'on ne pouvait exiger d'elle qu'elle travaille à 100 % dans une activité adaptée, avec toutes les démarches que la reprise d'une autre activité

professionnelle impliquerait, alors qu'elle était à une année de l'âge de la retraite. Quant à son revenu sans invalidité, elle a demandé de tenir compte d'un revenu d'infirmière-assistante de 45'155 fr. 55 et non de 42'396 fr. 70, ce qui, compte tenu du salaire de 15'850 fr. 80 comme collaboratrice agricole et de l'indexation, donnait un revenu de 61'006 fr. 35, et par conséquent un degré d'invalidité de 80,7 %. Elle a requis une audience de débats publics.

Dans sa réponse du 14 août 2018, l'OAI a proposé le rejet du recours.

Par réplique du 16 janvier 2019, la recourante a requis la mise en œuvre d'une expertise médicale, au motif que les effets secondaires des médicaments et le tableau algique n'avaient pas été pris en compte par les Drs B._____ et S._____. Elle a maintenu sa requête de débats publics et a conclu à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} mai 2014, subsidiairement au renvoi de la cause pour complément d'instruction.

Dans sa duplique du 7 février 2019, l'OAI a renvoyé aux observations contenues dans l'examen psychiatrique, lesquelles excluaient des limitations psychiques incapacitantes, et à l'avis du SMR du 28 janvier 2019 produit en annexe. Ce dernier a conclu à l'absence d'élément médical nouveau et a relevé que l'expertise réalisée par l'assureur-accidents s'écartait quelque peu de l'exigibilité retenue par le Dr S._____, précisant qu'elle tenait compte de la pathologie bilatérale des hanches, avec des douleurs décrites en aggravation à gauche depuis une année.

b) A la demande de la juge instructrice, l'assureur-accidents de l'assurée a transmis la nouvelle expertise pluridisciplinaire qu'il a fait réaliser auprès du G._____ et dont le rapport est daté du 4 avril 2019. Il en ressort qu'une prothèse totale de hanche gauche a été mise en place le 20 décembre 2017, que l'assurée a par la suite été en arrêt de travail à 100 % et qu'elle a pu reprendre son poste à 30 % dans le courant du mois

mars 2018. Le 17 octobre 2018, elle a fait une glissade dans sa salle de bains et s'est rattrapée avec la main droite, ce qui a entraîné des douleurs de l'épaule droite. Une radiographie et une échographie de l'épaule droite réalisées le 20 novembre 2018 ont mis en évidence une importante tendinopathie du long chef du biceps et une subluxation interne, une déchirure partielle de la portion supérieure du sus-scapulaire, une déchirure importante du tendon supra-épineux, probablement transfixiante et même complète avec bursite sous-acromiale très marquée, ainsi qu'une atteinte cervicale dégénérative très marquée en C4-C6 prédominant à gauche. L'assurée était à la retraite depuis le 31 janvier 2019. Le Dr J._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé des diagnostics analogues à ceux retenus dans la précédente expertise du G._____, y rajoutant ceux de déchirure de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite (depuis le 17 octobre 2018), de spondylarthrose étagée (lombaire et cervicale) en installation progressive et de tumeur fibreuse solitaire au lobe inférieur du poumon excisé par thoracoscopie du 1^{er} octobre 2014, découverte de manière fortuite. Le Dr W._____ a conclu à l'existence d'un trouble de l'adaptation, réaction dépressive prolongée (F43.21) depuis août 2018, qu'il jugeait non incapacitant. L'examen neuropsychologique réalisé a mis en évidence un fléchissement exécutif chez l'assurée. Sa capacité de travail médico-théorique demeurait inchangée depuis la précédente expertise, soit 50 % dans une activité adaptée, sans perte de rendement. Cette activité devait être sans charges, avec alternance des positions assise et debout, avec des déplacements courts, sans monter à des échelles et sans s'accroupir. Les experts ont précisé que les effets secondaires des médicaments antalgiques étaient plutôt légers et n'étaient pas de nature à limiter la capacité de travail ni le rendement. A cette expertise étaient joints plusieurs rapports médicaux, dont un établi le 27 mars 2018 par le Dr N._____, qui autorisait la recourante à reprendre son activité professionnelle à 30 % de son 70 %, comme cela était le cas avant son intervention, dès le 2 avril 2018.

Par courrier du 14 juillet 2020, la recourante s'est déterminée sur cette expertise en critiquant plusieurs points. Elle a estimé nécessaire qu'une nouvelle expertise soit mise en œuvre.

Dans ses déterminations du 27 août 2020, l'OAI a suivi l'avis du SMR du 11 août 2020, produit en annexe, et a proposé de retenir que de décembre 2014 à mai 2017, la capacité de travail de la recourante était de 75 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, puis de 50 % dès mai 2017, qu'elle avait ensuite été en totale incapacité de travail des suites de l'intervention chirurgicale de décembre 2017 et avait retrouvé une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée dès mars 2018.

L'OAI a maintenu sa position le 29 septembre 2020.

Le 22 octobre 2020, la recourante a reproché au SMR de ne pas s'être prononcé sur les points qu'elle avait soulevés dans sa précédente écriture.

Par courrier du 30 septembre 2021, la recourante a confirmé sa requête d'audience avec débats publics avant de finalement y renoncer en date du 13 janvier 2022.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. a) Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité au-delà du 28 février 2015.

b) Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 25 avril 2018 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

3. a) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. 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).

b) Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 LAI).

c) Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA, dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable ; l'art. 29bis est toutefois applicable par analogie (art. 88a al. 2 RAI). Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 133 V 263 consid. 6.1 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

d) 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_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

e) Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

4. a) A titre préliminaire, il convient de rappeler 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. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1). Le juge doit cependant prendre en compte les faits survenus postérieurement 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 99 V 98 consid. 4 ; TF 8C_239/2020 du 19 avril 2021 consid. 7.2.1).

b) En l'espèce, la décision litigieuse a été rendue le 25 avril 2018, tandis que la seconde expertise du G._____ est datée du 4 avril 2019. Il va toutefois en être tenu compte dans la mesure où elle se rapporte à la situation antérieure à la décision attaquée.

5. a) Sur le plan somatique, les médecins retiennent de manière concordante que la recourante souffre des séquelles de l'accident qu'elle a subi le 1^{er} mai 2013, ayant entraîné une fracture ouverte du fémur droit traitée par enclouage, une fracture du bassin traitée conservativement, une plaie de Morel-Lavallée de la cuisse droite traitée par fermeture partielle et greffe de peau, compliquée par une surinfection à *Pseudomonas*. Elle a par la suite souffert d'une thrombose veineuse profonde avec embolie pulmonaire nécessitant la mise en place d'un filtre cave, avec persistance d'un syndrome post-thrombotique du membre inférieur droit. Il est admis que la recourante présente une limitation fonctionnelle du genou droit depuis cet accident ainsi que des douleurs chroniques du membre inférieur droit. La situation a évolué avec la présence d'ossifications para-articulaires de la hanche droite et une coxarthrose droite, une consolidation non anatomique de la fracture du cotyle gauche, une coxarthrose gauche et une pseudarthrose ischio-pubienne.

L'assurée présente en outre une scoliose lombaire à concavité gauche, probablement d'origine dégénérative, peu symptomatique, une spondylarthrose étagée, lombaire et cervicale, un défaut atrial septal découvert en mai 2013 et un hallux valgus bilatéral, opéré à gauche. Le 1^{er} octobre 2014, elle a été opérée d'une tumeur fibreuse solitaire dans le lobe inférieur du poumon droit, découverte fortuitement.

Il ressort de la nouvelle expertise du G._____ que la recourante a fait une chute en octobre 2018, qui a entraîné une déchirure de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite. Il n'y a toutefois pas lieu de

tenir compte de cette atteinte dans le cadre du présent litige, dans la mesure où celle-ci est postérieure à la décision attaquée (cf. consid. 4 *supra*).

b) Au niveau psychiatrique, les médecins de la L._____ ont posé le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive (rapport du 6 mai 2014) et la Dre M._____ celui de trouble de l'adaptation avec perturbation d'autres émotions (F43.23 ; rapport du 18 mars 2015). Dans son rapport d'examen clinique du 11 janvier 2016, le Dr B._____ a conclu à l'existence de symptômes résiduels d'un trouble de l'adaptation et d'un épisode dépressif moyen à sévère actuellement en rémission. La psychiatre traitante a ensuite retenu le diagnostic de trouble dépressif récurrent dans les suites d'un accident (F33 ; rapport du 15 février 2017). Quant aux experts du G._____, ils ont posé le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (F43.21), qu'ils ont jugé en rémission depuis début 2016, puis réactivé à partir d'août 2018 (rapports d'expertise des 29 juin 2017 et 4 avril 2019).

Les médecins s'accordent ainsi sur le fait que la recourante a souffert d'un trouble de l'adaptation dans les suites de son accident, qui a évolué vers un épisode dépressif prolongé.

6. a) En ce qui concerne l'évaluation de la capacité de travail, il est constant que la recourante s'est retrouvée en totale incapacité de travail à la suite de son accident du 1^{er} mai 2013. Il est admis que son activité habituelle d'aide-infirmière n'est plus exigible, de même que la majeure partie de ses activités de collaboratrice agricole, qui impliquent des déplacements et des travaux de force. Dans la décision litigieuse, l'OAI a estimé qu'elle avait retrouvé une capacité de travail à 100 % dans une activité adaptée depuis le mois de décembre 2014, avec une baisse de rendement de 25 %, sur la base des rapports d'examen des Drs B._____ et S._____. A réception de la nouvelle expertise réalisée par le G._____ en avril 2019, l'OAI a proposé de retenir, dans ses déterminations du 27 août 2020 et sur la base de l'avis du SMR du 11 août

2020, que la capacité de travail de la recourante était de 75 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles de décembre 2014 à mai 2017 comme fixé par le Dr S._____, puis de 50 % dès mai 2017, en raison d'une aggravation manifeste de la problématique des hanches. Il s'est ainsi rallié à l'appréciation de l'exigibilité faite par les experts orthopédistes du G._____ pour la période postérieure à mai 2017. L'OAI admet également l'existence d'une totale incapacité de travail à la suite de l'intervention chirurgicale de décembre 2017, puis la récupération d'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée dès mars 2018.

b) Il convient dans un premier temps d'examiner la date à partir de laquelle la recourante a retrouvé une capacité de travail sur le plan somatique, ainsi que la hauteur de cette capacité de travail.

aa) L'OAI considère que la recourante a récupéré, dès décembre 2014, une capacité de travail totale avec une baisse de rendement de 25 %, respectivement d'une capacité de travail de 75 % dans une activité adaptée. Il se base sur les conclusions du Dr S._____, qui a considéré que la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles était complète avec une possible diminution du rendement de 25 %, en raison des douleurs et de la nécessité de changer fréquemment de position. Le Dr S._____ ne précise toutefois pas la date à partir de laquelle cette capacité de travail pouvait être exigée. Il indique dans son rapport du 25 mai 2016 que « l'assurée est désormais apte aux mesures de réadaptation professionnelle », qu'elle travaille actuellement à 30 % et qu'on « ne comprend pas pourquoi cette patiente ne peut pas faire au moins un 50 %, voire 75 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles avec répartition uniforme des horaires ». Dans son avis du 14 juin 2016, le SMR a estimé que cette capacité de travail existait depuis décembre 2014, se référant à la date à partir de laquelle les troubles psychiques n'étaient plus incapacitants. Dans son rapport du 11 janvier 2016, le Dr B._____ a en effet estimé que la recourante avait retrouvé une pleine capacité de travail sur le plan psychiatrique dès le mois de décembre 2014, au vu de

l'arrêt du traitement antidépresseur et de l'espacement des consultations avec la psychiatre traitante.

Il faut constater que les rapports et expertises au dossier ne sont pas très clairs sur la date à partir de laquelle la recourante a retrouvé une capacité de travail dans une activité adaptée sur le plan somatique. A l'instar des médecins de l'E. _____ (rapport du 21 mai 2014), les médecins de la L. _____ ont estimé en mai 2014 que la situation n'était pas encore stabilisée, mais ont précisé qu'une stabilisation pouvait être attendue dans un délai de 3 à 6 mois (rapport du 6 mai 2014). La situation s'est en effet progressivement améliorée puisque la recourante a pu commencer à effectuer une reprise thérapeutique dans une activité adaptée à partir de juillet 2014, d'abord à un taux de 10 %. Cette reprise a dû être momentanément interrompue en raison de l'intervention réalisée le 1^{er} octobre 2014, avec l'excision par thoracoscopie de la lésion lobaire inférieure droite découverte fortuitement lors du bilan fait dans les suites de l'accident. L'assurée a ensuite pu continuer la reprise thérapeutique. Dans un avis du 19 février 2015, le SMR a constaté sur la base des pièces au dossier que la situation n'était pas encore stabilisée, tout en précisant qu'il y avait lieu de demander au médecin orthopédiste s'il considérait la situation sur le plan somatique comme stabilisée. Selon le SMR, une reprise de l'activité habituelle pouvait déjà être exclue et une activité adaptée pouvait être envisagée avec une reprise progressive, avec une capacité de travail pour le moment limitée à 50 %. Dans un rapport daté du 2 février 2015 et complété manuscritement à la suite d'une consultation du 25 mars 2015, la Dre D. _____ faisait état d'une stabilité correcte de l'ensemble des symptômes et s'interrogeait si le taux de 50 % envisagé s'appliquait à un 100 % ou à la précédente activité à 70 %. A partir du 7 avril 2015, l'assurée a pu augmenter son taux de présence à 40 %, avec un rendement estimé à 50 %. Selon la note d'entretien du 30 avril 2015, cette baisse de rendement était notamment en lien avec l'apprentissage de la bureautique, qui était en cours. Dans un rapport du 20 avril 2015, la Dre X. _____ a indiqué que l'état clinique était stable, avec la persistance de douleurs, et a évalué la capacité de travail pour cette activité de bureau à 50 %. On peut encore relever que les experts du

G._____ ont précisé qu'il n'y aura jamais d'état définitif et que le traitement de physiothérapie doit être poursuivi sur le long terme pour maintenir une qualité de vie quotidienne acceptable (expertise de 2019 p. 30). Au vu de l'évolution progressive de la situation et de la stabilisation constatée par les Dres D._____ et X._____, il convient de retenir que la recourante a retrouvé une capacité de travail dans une activité adaptée dès mars 2015.

bb) Dans son avis du 11 août 2020, le SMR considère que la recourante a d'abord récupéré une capacité de travail de 75 % dans une activité adaptée et qu'on peut retenir à partir de mai 2017, date de la première expertise du G._____, une aggravation manifeste de la problématique des hanches, qui justifie ensuite de limiter la capacité de travail à 50 %. Il relève qu'il a été nécessaire de mettre en place une prothèse totale de hanche gauche en décembre 2017 et que lors de l'expertise de 2019, la recourante rapportait une aggravation des douleurs de la hanche droite, elles aussi en lien avec une coxarthrose.

Contrairement à ce que retient le SMR, il ne ressort pas des expertises du G._____ qu'il y aurait eu une aggravation de l'état de santé de la recourante en mai 2017. Certes, celle-ci se plaignait de douleurs à la hanche gauche en aggravation depuis une année environ lors de l'expertise de 2017 (rapport p. 6). La lecture des expertises du G._____ démontre toutefois que ce n'est pas cet élément qui a justifié la capacité de travail limitée à 50 % dans une activité adaptée, mais que celle-ci résulte de l'ensemble du syndrome douloureux présent, qui nécessite une utilisation d'antalgiques majeurs. Dans leur rapport du 29 juin 2017, les experts observent que les fractures sont consolidées, à l'exception de la branche ischio-pubienne droite, dont un fragment présente une pseudarthrose. Les deux hanches étaient en train d'évoluer de manière protrusive, de manière plus importante à gauche qu'à droite et il n'était pas exclu qu'un traitement ultérieur soit nécessaire en cas d'aggravation de la symptomatologie, principalement à gauche. Au niveau de la hanche droite, une importante ossification para-articulaire était visible en position sus-trochantérienne. La fracture de la colonne

antérieure du cotyle gauche était consolidée avec un cal vicieux qui modifiait la forme du cotyle. Cette modification augmentait le volume cotyloïdien et était à l'origine d'une protrusion acétabulaire de la tête fémorale avec évolution en coxarthrose. Les experts ont dès lors constaté que la recourante présentait des séquelles considérables de son accident, au niveau des deux hanches, de la branche ischio-pubienne droite, de la cuisse droite et du genou droit (expertise de 2017 pp. 15-16). Ils jugeaient peu probable qu'une profession légère puisse être exercée à plus de 50 % au vu des séquelles présentes, aussi bien au niveau du genou droit que des deux hanches, et du traitement médicamenteux lourd pour le contrôle de la douleur. Ils expliquent que les séquelles ont un effet considérable sur les activités réalisables en position debout, et que la pathologie bilatérale des hanches d'une telle sévérité est également un handicap dans une activité en position assise, ainsi que pour passer de la position assise à la position debout, et vice-versa. Ils notent en outre qu'il n'est pas bon que l'une des branches ischio-pubienne présente une pseudarthrose, étant précisé qu'on est assis sur celles-ci (expertise de 2017 p. 22). Dans l'expertise de 2019, les experts du G. _____ relèvent que la mise en place de la prothèse totale de hanche gauche a diminué les douleurs localement, mais précisent que cela n'a rien changé à l'état général de l'assurée depuis l'expertise précédente (expertise de 2019 p. 31). Interrogée sur ce qui justifiait la poursuite d'une médication antalgique majeure malgré l'amélioration de la hanche gauche, la recourante a signalé les douleurs en lien avec la racine du membre inférieur droit, l'appui sur l'ischion en position assise, ainsi que des douleurs dans la fesse, la cuisse et également le genou droit. Elle mentionne aussi une péjoration de la hanche droite (expertise de 2019 p. 11). Les experts ont observé que la recourante présentait des douleurs debout et assise, sans exagération par rapport à l'évaluation objective (expertise de 2019 pp. 31-32). Leur évaluation de la capacité de travail de la recourante résulte par conséquent d'une appréciation globale des conséquences de l'accident, sans que l'existence de douleurs plus ou moins intenses au niveau des hanches ne viennent influencer celle-ci, puisqu'ils concluent à une capacité de travail inchangée malgré la pose de prothèse de hanche

gauche. Ils précisent en outre que la capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée est définitive (expertise de 2019 p. 32).

cc) Si le Dr S._____ a arrêté la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée à 75 %, il faut relever qu'il a tout d'abord évoqué une capacité de travail d'au moins 50 %, voire de 75 % (rapport d'expertise p. 11). Il n'a cependant pas expliqué pourquoi il a finalement penché pour une capacité de travail de 75 %. De son côté, la Dre X._____ concluait à une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée dans son rapport du 20 avril 2015. Comme vu ci-dessus, les experts du G._____ ont ensuite affirmé que la capacité de travail de la recourante ne pouvait pas dépasser un 50 % dans une activité légère. Dans le cadre de sa reprise progressive, la recourante a dû revenir à un taux d'occupation de 30 % après avoir fait un essai à 40 % qu'elle n'a pu poursuivre en raison d'une fatigue et d'une fragilité psychique (cf. entretien du 4 juin 2015). Certes, son taux de présence a été influencé par ses activités annexes, comme cela va être précisé ci-dessous (cf. consid. 6e/aa). Cela étant, il ressort de l'ensemble du dossier que la recourante n'a jamais ménagé ses efforts et les différents experts n'ont pas décelé chez elle de tendance à l'exagération des symptômes. Dès lors, même s'il était raisonnablement exigible qu'elle se consacre prioritairement à une activité lucrative, il est difficile d'imaginer qu'elle aurait pu travailler à 75 % comme le retient le Dr S._____, alors qu'elle n'est parvenue à exercer qu'un 30 %. Au vu des circonstances concrètes du cas d'espèce et des conclusions motivées et convaincantes des experts du G._____, il y a lieu de conclure que c'est une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée qui pouvait être exigée de la recourante depuis la stabilisation de son état de santé, au mois de mars 2015.

Au niveau des limitations fonctionnelles, les experts se rejoignent et retiennent que cette activité doit être légère, sédentaire ou semi-sédentaire, et permettre l'alternance des positions debout et assise (rapport du Dr S._____ pp. 9-10, expertise du G._____ de 2017 p. 22). Le Dr S._____ précise qu'elle doit également être sans position debout statique prolongée, sans position accroupie ou à genoux, sans

déplacement en terrain irrégulier ni montée ou descente d'escaliers à répétition et sans port de charges supérieures à 15 kg, limitations qui rejoignent celles fixées par les médecins de la L._____ (rapport du 6 mai 2014).

c) Sur le plan psychique, le Dr B._____ a considéré, à l'issue de son examen clinique du 11 janvier 2016, que l'incapacité de travail de la recourante avait été totale à la suite de son accident, puis qu'elle avait retrouvé une pleine capacité de travail sur le plan psychiatrique dès le mois de décembre 2014. Il explique que le diagnostic de trouble de l'adaptation n'est jamais incapacitant à lui seul, puisqu'il est posé lorsqu'aucun des symptômes présents n'est suffisamment grave ou marqué pour justifier un diagnostic plus spécifique. En se basant notamment sur le rapport de la Dre M._____ du 24 juin 2015, qui indiquait que la recourante avait présenté un épisode dépressif moyen à sévère à son retour en Suisse à la suite de l'accident et de sa longue hospitalisation, le Dr B._____ considère que l'incapacité de travail a été totale dès le jour de l'accident, le 1^{er} mai 2013. Il poursuit en exposant que le status observé lors de son examen n'objective pas d'épisode dépressif, ce qu'il détaille en passant en revue les différents critères de ce diagnostic (rapport p. 6). Il fait remonter la récupération d'une pleine capacité de travail à décembre 2014 au vu de l'arrêt du traitement antidépresseur en novembre 2014 et de l'espacement progressif des consultations avec la psychiatre traitante. Celles-ci n'avaient lieu qu'à raison d'une fois tous les deux mois au moment de l'examen clinique (rapport p. 7). L'arrêt du traitement antidépresseur n'avait en outre pas eu d'influence significative sur les symptômes puisque la recourante rapportait que son état était relativement stable depuis l'arrêt du médicament, avec des hauts et des bas (rapport p. 6). Par ailleurs, le Dr B._____ citait une note d'entretien de l'OAI du 20 janvier 2015, selon laquelle la recourante ne prenait plus d'antidépresseur depuis deux mois et semblait avoir retrouvé un équilibre psychologique (rapport p. 5).

De son côté, la Dre M._____ fait également état d'une amélioration sur le plan dépressif dans son rapport du 18 mars 2015,

amélioration qu'elle a confirmée en date des 24 juin 2015 et 4 janvier 2016. A partir de mars 2015, elle a reconnu que la recourante était en mesure d'exercer une activité à temps partiel, entre 30 et 40 %, activité qu'elle avait déjà reprise. Comme limitations fonctionnelles, l'activité devait tenir compte de sa fatigabilité, du besoin d'être valorisée et d'une tolérance diminuée au stress. La psychiatre traitante n'explique toutefois pas pourquoi une capacité de travail plus grande ne pouvait pas être attendue sur le plan psychique. Il n'est d'ailleurs pas clair de savoir si son appréciation tenait également compte des atteintes physiques puisqu'elle relève, parmi les limitations fonctionnelles, la nécessité d'avoir une activité adaptée au handicap. Au niveau du pronostic, la Dre M. _____ a reconnu que la recourante montrait des capacités de résilience importantes et a estimé qu'elle pouvait retrouver une meilleure capacité de travail dans un emploi adapté (rapports des 18 mars et 24 juin 2015).

Dans son rapport du 15 février 2017, elle se ravise toutefois en indiquant que le 30 % effectué par la recourante est le maximum de ce qui pouvait être exigé d'elle, étant précisé qu'elle avait dû récemment effectuer ce temps en trois demi-journées, car une journée complète était impossible. Le taux de reprise d'activité n'est toutefois pas pertinent en l'espèce puisqu'il est influencé par des facteurs somatiques et qu'il s'agit de déterminer la capacité de travail médico-théorique sur le plan psychique. La psychiatre traitante indique que la recourante était triste, démotivée par l'incompréhension de ses proches et les tracasseries administratives. Elle était culpabilisée, très fatigable, souffrait d'anhédonie, d'une perte de l'élan vital, de dévalorisation et d'une estime de soi abaissée. La Dre M. _____ considère que l'atteinte narcissique est massive avec une perte de rôle et de fonction sur le plan personnel, familial et professionnel. Elle mentionne que l'assurée est incapable de se projeter dans l'avenir qui, pour elle, n'est porteur que d'ennuis et de problèmes. Elle fait état d'une perte d'attention et de concentration entraînant une fatigabilité importante, en lien certainement avec le traitement antalgique. Elle conclut à la présence d'un trouble dépressif récurrent. Or, comme le relève le SMR dans son avis du 6 avril 2017, aucun traitement antidépresseur n'a toutefois été réintroduit, alors qu'il

était possible d'essayer un autre médicament que celui que la recourante avait mal toléré précédemment. De même, il faut constater que les consultations auprès de la psychiatre traitante n'avaient lieu qu'une fois par mois, ce qui ne va pas dans le sens d'une aggravation de la situation et de la présence d'un épisode dépressif.

Une aggravation de l'état psychique peut également être niée sur la base de l'expertise du G._____, qui a été réalisée quasiment à la même période, l'examen psychiatrique s'étant tenu le 17 mai 2017. Dans cette expertise, le Dr W._____ estime que le trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée est en rémission depuis début 2016. Il se base sur le fait qu'en janvier 2016, la psychiatre traitante a opté pour un autre diagnostic et que, de plus, la recourante ne prenait plus d'antidépresseur depuis fin 2014. L'expert psychiatre observe qu'il reste quelques discrets signes résiduels d'état de stress post-traumatique sous la forme d'évitements d'approcher des arbres, ainsi qu'une tristesse et un sentiment de culpabilité du fait qu'elle ne peut plus être aussi active qu'avant l'accident. Il explique que ces symptômes résiduels n'atteignent pas une sévérité suffisante pour rentrer dans le cadre d'un diagnostic psychiatrique (expertise du G._____ de 2017 p. 17). Il conclut ainsi à l'existence d'une pleine capacité de travail sur le plan psychique, sans diminution de rendement, précisant que la fatigue et les difficultés de concentration légères que la recourante mettait en avant pouvaient être attribuées aux effets secondaires du traitement antalgique majeur qu'elle prenait. Il n'indique cependant pas clairement depuis quand cette capacité de travail existe. Par définition, la capacité de travail est forcément totale depuis que le trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée est en rémission, soit depuis janvier 2016. Le Dr W._____ semble même écarter toute incapacité de travail pour des raisons psychiques puisqu'à la question de savoir si l'incapacité de travail actuelle est toujours uniquement imputable aux conséquences de l'accident du 1^{er} mai 2013, il répond qu'il n'y a jamais eu d'incapacité de travail de ce point de vue (expertise G._____ de 2017 p. 21). L'appréciation du Dr W._____ étant toutefois très succincte sur ce point, il convient de donner la préférence aux conclusions du Dr B._____, qui sont détaillées et motivées.

Il faut relever que tant le Dr B. _____ que le Dr W. _____ ont apprécié la gravité des symptômes présents et les traitements en cours, ont procédé à un examen clinique complet de la recourante, y compris sur le plan de la personnalité, ont pris en considération sa capacité de réadaptation dans le cadre de la reprise progressive d'une activité adaptée à ses limitations physiques, son contexte social, ses ressources et ont analysé les répercussions de l'atteinte à la santé dans les différents domaines de vie. Leurs rapports, quand bien même ils ont été établis avant l'extension de la procédure probatoire structurée à l'ensemble des troubles psychiques, tiennent déjà compte des indicateurs qui sont désormais applicables à l'évaluation des atteintes psychiques (cf. consid. 3e supra).

Au vu de ce qui précède, il convient de retenir que la recourante a récupéré une pleine capacité de travail sur le plan psychique depuis décembre 2014.

d) Il convient d'examiner si la capacité de travail de la recourante sur les plans somatique et psychique a évolué jusqu'au moment où la décision litigieuse a été rendue, à savoir le 25 avril 2018.

aa) Sur le plan somatique, la nouvelle expertise réalisée par le G. _____ en avril 2019 précise que la capacité de travail de 50 % en raison des séquelles de l'accident est restée la même et qu'elle est définitive. La recourante a cependant eu une nouvelle période d'incapacité de travail à la suite de la pose de la prothèse de hanche gauche effectuée le 20 décembre 2017. Selon le rapport d'expertise (p. 11), l'assurée a déclaré qu'elle avait pu reprendre son poste à 30 % comme avant l'opération dans le courant du mois de mars 2018. Il ressort toutefois de plusieurs pièces médicales que ce n'est qu'en avril 2018 que les médecins se sont déclarés d'accord avec la reprise de son activité à 30 %. En effet, parmi les documents résumés au début de l'expertise figure un rapport du 9 février 2018 du Dr N. _____, qui prolongeait l'arrêt de travail jusqu'au 26 mars 2018. En outre, un rapport de ce même médecin, daté du 27

mars 2018 et annexé à l'expertise, indique que la recourante est autorisée à reprendre son activité professionnelle comme avant l'opération à partir du 2 avril 2018. La période de totale incapacité de travail liée à la pose de la prothèse de hanche s'étend par conséquent jusqu'à fin mars 2018. On peut dès lors considérer qu'à partir d'avril 2018, la recourante a retrouvé la capacité de travail qu'elle avait avant l'opération, à savoir 50 % dans une activité adaptée, comme établi ci-dessus.

Il n'y a pas lieu, dans le cadre du présent litige, d'examiner les conséquences de la glissade survenue le 17 octobre 2018 et les douleurs à l'épaule droites qui s'en sont suivies, étant donné que cette atteinte est postérieure à la décision attaquée (cf. consid. 4 et 5a *supra*). On peut au demeurant relever que selon les experts du G._____, la rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite dont a souffert la recourante l'a limitée dans certaines activités, mais n'a pas eu d'incidence sur sa capacité résiduelle de travail liée à l'accident du 1^{er} mai 2013 et n'a pas fait l'objet d'un arrêt de travail (expertise de 2019 pp. 29-30).

bb) Au niveau psychiatrique, les experts du G._____ retiennent dans cette nouvelle expertise la réapparition d'un trouble de l'adaptation, réaction dépressive prolongée (F43.21) depuis août 2018. Cette symptomatologie dépressive légère est attribuée par la recourante au fait qu'elle accepte mal de devoir demander de l'aide pour certaines tâches en raison de son syndrome douloureux chronique lié à l'accident et qu'elle était inquiète pour la santé de sa petite-fille à l'époque (rapport d'expertise pp. 28-29). Dans la mesure où les experts datent la réapparition des symptômes dépressifs au mois d'août 2018, il s'agit d'éléments postérieurs à la décision litigieuse, qui n'ont dès lors pas à être pris en compte en l'espèce (cf. consid. 4 *supra*). Cela étant, on peut mentionner que cette symptomatologie dépressive est jugée non incapacitante par les experts (rapport d'expertise pp. 27 et 31).

e) Durant la procédure de recours, la recourante a émis divers griefs à l'encontre des expertises au dossier.

aa) Dans son mémoire de recours, elle fait notamment valoir qu'il lui est impossible de travailler à plus de 30 %, rappelant que les diverses tentatives d'augmentation de son taux de travail ont échoué et que son employeur a estimé qu'elle était au maximum de ses possibilités. Il faut toutefois relever qu'à côté du 30 % d'activité que la recourante exerce auprès de son ancien employeur, elle a continué à participer à l'entreprise familiale agricole en faisant la comptabilité et les tâches de bureau, en plus de se charger d'une partie du ménage (expertise du Dr S. _____ pp. 2 et 9, expertise G. _____ de 2017 pp. 10 et 16, expertise du G. _____ de 2019 pp. 13 et 1). Elle estime que les tâches administratives lui prennent une heure et demie par semaine (expertise G. _____ de 2017 p. 10). Elle cultive par ailleurs un jardin de 400m² avec l'aide de son fils et fait beaucoup d'auto-provisionnement (confiture, remplissage à chaud, congélation) avec les fruits et légumes du jardin et du verger (rapport d'enquête ménagère du 31 octobre 2016 pp. 3-4). Lors d'un entretien du 4 juin 2015, le spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI avait d'ailleurs noté que la charge de travail ménagère effectuée par l'assurée semblait entraver la partie professionnelle. Lors d'un nouvel entretien le 29 septembre 2015, la recourante a elle-même exposé qu'elle ne se voyait pas augmenter son taux d'activité professionnelle car elle avait beaucoup de choses à faire à côté à la maison. Dans le même sens, le Dr S. _____ a relevé, comme facteurs non pris en considération par l'assurance-invalidité, le fait notamment que l'assurée exerce une activité non salariée dans le domaine familial (rapport p. 10). L'enquête agricole effectuée le 31 octobre 2016 a mis en évidence que la recourante était très active avant son accident et que sa semaine de travail atteignait 71 heures entre son emploi salarié, sa participation aux travaux agricoles et ses activités ménagères. En raison des conséquences de son accident, la recourante n'est plus en mesure de supporter un tel rythme de travail. Sa capacité de travail a été déterminée par des experts en lien avec un emploi à 100 %, dans le cadre d'une semaine de travail « normale ». Cela étant, compte tenu de l'obligation générale de diminuer le dommage (à ce sujet, voir ATF 138 I 205 consid. 3.2), il lui appartenait d'organiser ses activités annexes, quitte à renoncer à certaines, afin de pouvoir exercer une activité professionnelle adaptée à 50 %.

bb) Par réplique du 16 janvier 2019, la recourante a requis la mise en œuvre d'une expertise médicale, au motif que les effets secondaires des médicaments et le tableau algique n'avaient pas été pris en compte par les Drs B._____ et S._____.

Contrairement à cette affirmation, il faut constater que le Dr B._____ a tenu compte de la fatigue dont se plaignait la recourante, en reconnaissant l'existence d'une réduction de l'énergie, fluctuante, avec des « coups de pompe » survenant en particulier à la fin de la journée de travail complète de l'assurée. Il a constaté que de façon générale, cette fatigue était directement en relation avec le niveau d'activité de la recourante et non d'origine dépressive. Il n'a par ailleurs pas observé de diminution de la concentration durant son examen. Il a toutefois relevé une diminution marquée de la libido, en bonne partie liée au traitement antalgique (rapport p. 6). Lors de l'expertise réalisée par le Dr S._____, la recourante ne semble pas avoir émis de plainte en lien avec les effets secondaires de son traitement antalgique car rien ne figure à ce sujet dans la rubrique « plaintes actuelles » (rapport p. 4). Dans le cadre de l'expertise du G._____ de 2017, elle a fait savoir qu'elle ne se sentait pas capable de travailler à plus de 30 %, d'une part à cause des douleurs et de la fatigue, qu'elle attribue aux effets secondaires des médicaments, et d'autre part au fait de devoir travailler devant l'ordinateur (rapport pp. 6-7). Elle a mentionné que les douleurs la distraient de temps à autre, mais que dans l'ensemble, sa concentration et sa mémoire étaient plutôt conservées (rapport p. 7). Le Dr W._____ n'a observé ni ralentissement psychomoteur, ni déficit attentionnel, ni troubles de la mémoire à court ou long terme (rapport pp. 12-13). Il a considéré que la fatigue et les difficultés de concentration légères que la recourante mettait en avant pouvaient être attribuées aux effets secondaires du traitement antalgique majeur qu'elle devait prendre, tout en précisant qu'il n'y avait aucune limitation fonctionnelle d'ordre psychiatrique (rapport p. 17).

Il ressort de ce qui précède que les différents spécialistes ont pris en compte les plaintes formulées par la recourante en lien avec les

effets secondaires des médicaments. Les experts du G._____ ont par ailleurs répondu précisément à la question de la recourante relative à l'impact des effets secondaires des médicaments sur sa capacité de travail lors de l'expertise de 2019. Ils ont retranscrit ses plaintes de fatigue, parfois de somnolence, et d'un ralentissement, précisant qu'ils n'avaient pas constaté de manifestations d'une fatigabilité ou d'un ralentissement psychomoteur durant l'entretien, qui avait duré 1h30. Ils se sont ensuite basés sur la description des activités quotidiennes faite par la recourante pour constater qu'elle restait active et qu'elle se reposait durant une heure sans dormir. Ils en ont conclu que les effets secondaires des médicaments antalgiques étaient plutôt légers et n'étaient pas de nature à limiter la capacité de travail ni le rendement (rapport p. 34).

Quant aux douleurs, leur existence a systématiquement été prise en compte par l'ensemble des médecins ayant examiné la recourante, de sorte que ce grief peut être écarté en renvoyant aux différentes expertises et examens cliniques au dossier. Les experts orthopédiques ont d'ailleurs interrogé la recourante sur ce qu'elle était encore en mesure de faire ou non comme activité et pendant quelle durée (expertise du Dr S._____ p. 4 et expertise du G._____ de 2017 p. 6).

cc) Dans ses observations du 14 juillet 2020, la recourante conteste différents faits retenus dans le rapport d'expertise du G._____ de 2019. Ce rapport retient que la recourante aide son mari dans l'exploitation agricole, mais précise bien qu'elle n'effectue aucun travail de force ou nécessitant des déplacements importants. La recourante a d'ailleurs elle-même indiqué à plusieurs reprises qu'elle aidait pour les tâches administratives et la comptabilité du domaine agricole, comme déjà mentionné ci-dessus (cf. consid. 6e/aa).

S'agissant de ses liens avec l'association [...], si elle ne fait plus partie du comité depuis début 2015 comme elle l'affirme, elle a tout de même continué à participer à certaines activités de cette association, notamment la fabrication de bricolages, comme elle l'a indiqué aux experts du G._____ en 2017 (expertise de 2017 p. 10).

Les experts n'ignoraient par ailleurs pas qu'elle avait eu besoin d'engager une aide au ménage (expertise de 2019 p. 16). De même, il a été tenu compte du fait qu'elle notait tous ses rendez-vous sur des post-it pour ne pas les oublier (expertise de 2019 p. 14).

Il n'est pas crédible de retenir qu'elle est isolée socialement depuis son accident comme elle le prétend, puisque tant dans l'examen clinique du Dr B. _____ en 2016 (rapport p. 2) que lors de l'expertise G. _____ en 2017 (rapport p. 10), elle a indiqué bénéficier d'un réseau social constitué de plusieurs amies qu'elle voit de temps en temps.

Quant aux affirmations médicales faites par le mandataire de la recourante, il est renvoyé aux appréciations des experts du G. _____ et du spécialiste en neuropsychologie qui se sont explicitement prononcés sur les effets secondaires des médicaments pris par la recourante, à l'issue de leur examen clinique et en pleine connaissance de son dossier, et qui excluent l'existence d'un syndrome de dépendance aux opiacés.

dd) Dans sa prise de position du 22 octobre 2020, la recourante revient sur la fatigue qu'elle présente ainsi que le fléchissement exécutif mis en évidence par l'examen neuropsychologique. Quoi qu'elle en dise, ces éléments ont été dûment pris en compte par les experts du G. _____, qui se sont prononcés sur sa capacité de travail exigible en connaissance de cause (rapport pp. 26, 27 et 34).

f) En résumé, il y a lieu de retenir que la recourante s'est retrouvée en totale incapacité de travail depuis le 1^{er} mai 2013. Sur le plan psychique, elle a retrouvé une pleine capacité de travail en décembre 2014, qui est ensuite restée stable. Au niveau somatique, elle a récupéré une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée en mars 2015, puis a présenté une nouvelle incapacité totale de travail du 20 décembre 2017 à fin mars 2018, avant de retrouver une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée dès avril 2018.

7. L'OAI a retenu un statut de 100 % active pour la recourante, au motif qu'avant son atteinte à la santé, elle travaillait à 70 % comme infirmière-assistante et à 30 % dans l'exploitation agricole familiale. Ce point n'est pas contesté et peut en effet être confirmé.

8. a) Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 134 V 322, consid. 4.1 ; 129 V 222). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2).

b) Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée.

aa) Le revenu effectivement réalisé par la personne assurée après la survenance de l'atteinte à la santé doit être pris en considération si l'activité exercée repose sur des rapports de travail stables et qu'elle met pleinement en valeur la capacité résiduelle de travail et de gain raisonnablement exigible (ATF 139 V 592 consid. 2.3). Un éventuel salaire social versé par l'employeur n'est pas pris en considération. La preuve d'un tel salaire social est toutefois soumise à des exigences strictes, car on peut partir du principe que les salaires payés équivalent normalement à une prestation de travail correspondante (ATF 141 V 351 consid. 4.2).

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

Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1_skill_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222).

cc) L'assuré peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3 ; 126 V 75).

c) Lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du

salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (ATF 145 V 2 consid. 5.3.1 ; 138 V 457 consid. 3.1 ; TF 8C_188/2019 du 10 septembre 2019 consid. 7.2 ; TF 9C_899/2015 du 4 mars 2016 consid. 4.3.1).

9. Il convient de calculer le taux d'invalidité de la recourante à la suite de l'amélioration de son état de santé et de la récupération d'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée à partir du mois de mars 2015.

a) L'OAI a retenu qu'en l'absence d'atteinte à la santé, la recourante aurait touché en 2014 un revenu de 42'396 fr. 70 comme infirmière-assistante et de 15'850 fr. 80 pour son activité dans l'exploitation agricole. Dans son recours, la recourante considère que son revenu d'infirmière-assistante doit être fixé à 45'155 fr. 55 avant indexation. Elle n'explique cependant pas comment elle parvient à ce montant, ni n'apporte aucune preuve à ce sujet. L'attestation que son employeur a fait parvenir à l'OAI le 27 novembre 2013 indique qu'elle a touché en 2013 un revenu de 42'060 fr. 20. Rien ne justifie de s'écarter de ce montant. Dans la mesure où c'est en mars 2015 et non en décembre 2014 que la reprise d'une activité professionnelle est devenue exigible, il convient d'effectuer la comparaison des gains par rapport à l'année 2015. Le salaire que la recourante aurait touché en 2015 pour son activité d'infirmière-assistante se serait monté à 42'693 fr. 20 (l'évolution des salaires nominaux des femmes ayant été de + 1 % en 2014 et + 0.5 % en 2015).

En ce qui concerne le revenu issu de l'exploitation agricole, l'OAI l'a calculé sur la base du revenu moyen suisse de la main d'œuvre familiale ressortant des données statistiques d'Agroscope, étant donné que les différents changements intervenus dans l'exploitation familiale rendaient difficile l'obtention d'un revenu précis. La recourante n'émet aucun grief à ce sujet. Il convient cependant de se baser sur les chiffres publiés par Agroscope pour l'année 2015 (Dépouillement centralisé des

données comptables, rapport de base 2015) puisque c'est durant cette année-là qu'interviendrait la modification du droit à la rente. Il apparaît par ailleurs plus adéquat de se fonder sur le revenu moyen de la main d'œuvre familiale des exploitations dans les régions de plaine, soit 54'680 fr. pour un plein temps. Compte tenu du taux d'occupation à 30 % de la recourante dans l'exploitation familiale, c'est un revenu de 16'404 fr. qu'il convient de prendre en compte.

Son revenu sans invalidité doit dès lors être arrêté à 59'097 fr. 20.

b) L'OAI a fixé le revenu d'invalidé sur la base de l'ESS 2014 en tenant compte d'une pleine capacité de travail dans des activités manuelles simples avec une baisse de rendement de 25 % et un abattement de 5 % dû à l'âge, ce qui donne un montant de 38'327 fr. 51.

Dans son recours, la recourante se prévaut de son âge avancé et estime qu'on ne pouvait pas exiger d'elle qu'elle change d'activité. Il faut relever qu'en 2016, lorsqu'il a été constaté qu'un retour à l'emploi était exigible sur le plan médical, la recourante était âgée de 61 ans et il lui restait donc moins de trois ans avant d'arriver à l'âge de la retraite. Cela étant, son parcours montre qu'elle a des capacités d'adaptation particulièrement grandes puisqu'elle a été en mesure de reprendre une activité salariée comme infirmière-assistante après 33 ans d'éloignement du marché du travail salarié, durant lesquels elle a œuvré dans l'entreprise agricole familiale. Elle est ainsi parvenue, à 56 ans, à mettre à jour ses compétences d'infirmière-assistante grâce à une formation puis à décrocher un emploi. Dans le cadre de la reprise thérapeutique, elle a également réussi à se mettre à la bureautique. Elle bénéficie par ailleurs de compétences dans les domaines de l'administration et de la comptabilité, domaines qu'elle gérait, du moins en partie, dans l'exploitation familiale. Ses limitations fonctionnelles, à savoir le fait de pouvoir alterner les positions assises et debout, d'éviter les déplacements et le port de charges lourdes sont tout à fait compatibles avec un grand nombre d'emplois. Dès lors, c'est à juste titre que l'OAI a considéré qu'il

était raisonnablement exigible d'attendre d'elle qu'elle trouve une activité adaptée malgré son âge.

La recourante estime qu'il y a lieu de tenir compte du salaire qu'elle a effectivement réalisé dans son emploi à 30 % auprès de son ancien employeur. Il s'agit selon elle d'un montant de 18'025 fr. 80. On constate qu'elle a, cette fois-ci, repris le salaire annoncé dans l'attestation d'employeur, soit 42'060 fr. 20 pour un 70 %, qu'elle a ramené à un taux d'activité de 30 %. Or, rien n'indique qu'il s'agit-là du salaire que son ancien employeur lui aurait proposé pour une activité administrative, différant de celle d'infirmière-assistante qu'elle exerçait auparavant. On ignore d'ailleurs quel aurait été le salaire que son employeur lui aurait versé puisque la reprise d'emploi a été couverte par le paiement d'indemnités journalières de l'assurance-accidents. Tel était toujours le cas lors de la clôture du mandat de réadaptation de l'OAI en septembre 2016 (cf. note d'entretien de l'OAI du 1^{er} septembre 2014 et rapport final REA du 29 septembre 2016). Pour la suite, la recourante a indiqué aux experts du G. _____ en 2019 que son employeur ne l'avait jamais payée jusqu'à ce qu'elle arrive à la retraite et qu'elle n'avait touché que les indemnités de l'assureur-accidents (rapport p. 12). Son employeur devait communiquer à l'OAI dans quelle mesure il pouvait garantir à la recourante un poste à 30 % selon la note d'entretien du 2 décembre 2015, mais rien n'a été fait par la suite, ce qui ne permet pas d'établir si son budget lui aurait réellement permis de rémunérer la recourante. Finalement, on ne sait pas non plus si l'employeur aurait pu lui proposer un emploi adapté à 50 %, correspondant à sa capacité de travail exigible. Cela ne semble pas être le cas d'après ce qu'elle a indiqué au Dr S. _____ en 2016 (rapport d'expertise p. 9). Dans ces circonstances, il n'est pas possible en l'occurrence de se référer au poste occupé par la recourante pour calculer son revenu d'invalidé. Il n'est au demeurant pas inutile de préciser que le fait de rapporter son ancien salaire à une activité à 50 % lui est moins favorable que le recours aux données statistiques de l'ESS.

Il convient donc, comme l'a fait l'OAI, de se référer aux données salariales ressortant de l'ESS 2014. Le salaire que pouvaient toucher les femmes en 2014 pour des activités manuelles simples était de 53'793 fr. comme indiqué par l'OAI. Il convient d'indexer ce salaire à 2015 (+ 0,5 %), ce qui donne 54'061 fr. 97. Compte tenu d'une capacité de travail de 50 %, ce revenu doit être ramené à 27'030 fr. 50. Un abattement de 5 % en raison de l'âge de la recourante paraît effectivement adéquat puisque ses limitations fonctionnelles ont déjà largement été prises en considération dans le taux de capacité de travail, qu'elle est de nationalité suisse et qu'elle travaillait déjà à temps partiel précédemment. On obtient ainsi un revenu d'invalidité de 25'679 fr. 43 et un taux d'invalidité de 56,55 %, qu'il y a lieu d'arrondir à 57 % et qui lui donne droit à une demi-rente d'invalidité. A noter que même si l'on appliquait un taux d'abattement de 10 % comme la recourante le requiert, cela ne changerait rien puisqu'on obtiendrait un taux d'invalidité de 59 % (arrondi de 58,83 %), donnant également droit à une demi-rente de l'assurance-invalidité.

c) En application de l'art. 88a al. 1 RAI, c'est après une période de trois mois d'amélioration durable de l'état de santé qu'intervient la modification du degré d'invalidité. En conséquence, la recourante a droit à une rente d'invalidité entière du 1^{er} mai 2014 au 31 mai 2015, puis à une demi-rente d'invalidité à partir du 1^{er} juin 2015. La recourante a ensuite présenté une nouvelle incapacité totale de travail du 20 décembre 2017 à fin mars 2018 en raison de la pose de la prothèse de hanche totale. Dans la mesure où cela a conduit à une diminution de sa capacité de gain durant plus de trois mois, il y a lieu, en application de l'art. 88a al. 2 RAI, de tenir compte de ce changement pour l'accroissement du droit aux prestations. Le Tribunal fédéral a en effet eu l'occasion de préciser que contrairement à l'art. 88a al. 1 RAI, il n'était pas nécessaire, dans le cadre de l'art. 88a al. 2 RAI, que la modification, après avoir duré trois mois sans interruption notable, doive vraisemblablement se poursuivre. L'exigence légale d'une modification durable est en principe remplie à l'expiration du délai d'attente de trois mois (TF 9C_675/2016 du 18 avril 2017 consid. 2.3.1 ; TF 9C_530/2012 du 21 septembre 2012 consid. 5.2). Il

convient ainsi de reconnaître à la recourante à nouveau le droit à une rente entière d'invalidité pour la période du 1^{er} mars 2018 au 30 juin 2018, puis à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} juillet 2018.

Certes, la décision attaquée, qui détermine l'objet de la contestation, a été rendue le 28 avril 2018. Cependant, pour des motifs d'économie de procédure, la procédure juridictionnelle administrative peut être étendue à une question en état d'être jugée qui excède l'objet de la contestation, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins (ATF 130 V 501 consid. 1.2 p. 503 ; 122 V 34 consid. 2a p. 36 et les références). Ces principes, développés en premier lieu en lien avec un élargissement matériel du procès, sont en principe également valables lorsque la contestation a pour objet un état de fait qui produit des effets au-delà de la période délimitée par la décision litigieuse (élargissement temporel ; ATF 130 V 138 consid. 2.1 p. 140 ; TF 9C_711/2011 du 26 avril 2012 consid. 3.1). En l'occurrence, on est en présence d'un état de fait commun puisqu'il est question des conséquences, sur le droit à la rente, de la période d'incapacité de gain transitoire découlant de l'intervention de la recourante, qui a eu lieu avant que la décision litigieuse ne soit rendue. De plus, l'augmentation du droit à la rente qui en découle doit intervenir à partir du 1^{er} mars 2018, date qui est encore comprise dans l'objet de la contestation. L'OAI a par ailleurs eu l'occasion de se prononcer sur ces éléments dans sa prise de position du 27 août 2020. Il convient dès lors d'étendre l'objet de la contestation aux conséquences, pour le droit à la rente de la recourante, de la période d'incapacité de gain transitoire liée à la pose de sa prothèse de hanche.

10. Il faut constater que les pièces médicales au dossier permettent à la Cour de céans de statuer, sans qu'il apparaisse nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. Une telle mesure ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit. La requête de la

recourante en ce sens doit ainsi être rejetée par appréciation anticipée des preuves (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

11. **a)** Le recours est par conséquent admis et la décision attaquée réformée en ce sens que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité à partir du 1^{er} mai 2014, puis à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} juin 2015, puis à une rente entière du 1^{er} mars 2018 au 30 juin 2018, et à une demi-rente d'invalidité à compter du 1^{er} juillet 2018.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 400 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige.

c) La partie 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 3'110 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 la partie intimée.

**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 28 avril 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que V._____ a droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} mai 2014 au 31 mai 2015, puis à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} juin 2015, puis à nouveau à une rente entière du 1^{er} mars

2018 au 30 juin 2018, et à une demi-rente d'invalidité à compter du 1^{er} juillet 2018.

III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre 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 V._____ une indemnité de 3'110 fr. (trois mille cent dix francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

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