

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 19 septembre 2023

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
Mme Röthenbacher, juge, et M. Bonard, assesseur
Greffière : Mme Chaboudez

Cause pendante entre :

G. _____, à [...], recourante, représentée par Me Philippe Nordmann,
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. a) G._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le [...] 1961, travaillait depuis le 16 septembre 2002 en tant qu'aide extrahospitalière à raison de 60 % auprès de la Fondation [...]. L'employeur, dans un questionnaire du 24 octobre 2008, a attesté d'un salaire annuel de 38'705 fr. 50 depuis le 1^{er} janvier 2008, soit un salaire mensuel de 3'251 fr. 70 auquel s'ajoutait une prime de fidélité annuelle de 1'104 fr. 45.

L'assurée a été victime d'un accident de la circulation routière le 10 mars 2008. Les suites de cet accident ont été prises en charges par C._____ (ci-après : C._____).

L'assurée a déposé le 6 octobre 2008 une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Elle a annoncé, que sans atteinte à la santé, elle travaillerait à 60 % par nécessité financière (formulaire indexé le 30 octobre 2008).

Dans un rapport médical du 1^{er} décembre 2008, le Dr U._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé les diagnostics de status post-entorse « UE + UI » de la cheville droite, de tendinopathie des péroniers latéraux et de maladie de Sudeck (pied et cheville droits) depuis le 10 mars 2008. Il a évoqué une évolution lentement favorable, attesté d'une incapacité de travail de 100 % depuis le 9 avril 2008 et pronostiqué une reprise à 50 % dès le 2 décembre 2008.

C._____ a transmis son dossier à l'OAI le 9 janvier 2019. Celui-ci contenait notamment les documents suivants :

- Dans un rapport médical du 4 juin 2008, le Dr W._____ a posé les diagnostics d'entorse cervico-scapulaire droite, de contusion lombaire droite et d'entorse de la cheville droite. S'agissant de la

colonne dorso-lombaire, il notait une discopathie modérée L5-S1 et une spondylose dorsale pluri-étagée.

- Dans un rapport du 27 novembre 2008, le Dr H._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a attesté d'une capacité de travail nulle dans l'activité d'aide extrahospitalière et une capacité de travail de 50 % dans une activité assise dès que la cheville aurait retrouvé une mobilité permettant de longs déplacements (½-1h de marche) et la possibilité de conduire une voiture.

C._____ a mis en œuvre une expertise auprès du Dr V._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans son rapport du 2 mars 2009, le Dr V._____ a retenu les diagnostics d'entorse de la cheville droite stade I, d'entorse cervicale stade I, de tendinopathie chronique des péroniers, de cervicarthrose étagée C2-C3, de contusion lombaire droite et d'hypertension artérielle. Selon lui, l'assurée n'avait pas présenté de maladie de Sudeck et, en tout état de cause, cette maladie était guérie au vu de son examen clinique et de la scintigraphie osseuse du 2 février 2009. Il a estimé que l'événement du 10 mars 2008 n'entraînait plus de limitation de la capacité de travail.

Le 28 juin 2009, l'OAI a fait procéder à une enquête ménagère. Le statut de l'assurée y était estimé à 60 % active et 40 % ménagère, avec, dans cette dernière activité, une invalidité de 18,5 %.

Dans un rapport du 13 août 2009, le Dr S._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué que son examen était compatible avec une maladie de Sudeck. Dans un rapport du 3 octobre 2009, il a attesté d'une incapacité de travail totale depuis le 10 mars 2008. Il évoquait à titre de limitations fonctionnelles l'impossibilité pour l'assurée de rester debout de manière prolongée, de porter de lourdes charges et de marcher en terrain irrégulier. Il indiquait qu'une activité respectant les limitations

fonctionnelles pouvait être exercée à raison de 3-4 heures par jour avec un rendement de 100 %.

Sollicité par C._____, le Dr Z._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, s'est prononcé le 1^{er} octobre 2009 sur la base du dossier et a exclu la présence d'une maladie de Sudeck au vu de la scintigraphie osseuse pratiquée.

Le 28 juin 2010, le Dr L._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin auprès du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a examiné l'assurée. Dans son rapport du 12 juillet 2010, il a posé le diagnostic de douleurs chroniques de la cheville droite, de status après entorse bénigne du LLE (ligament latéral externe) et de cervico-dorsalgies. Il a noté une discopathie débutante C3-C4, C4-C5. Il a admis une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle, et a conclu à une capacité de travail de 100 % depuis le 10 juin 2008 dans une activité adaptée.

Le SMR s'est rallié aux conclusions du Dr L._____ dans son avis du 22 juillet 2010.

Des mesures d'ordre professionnel ont été octroyées à l'assurée par l'OAI de 2011 à début 2013 (rapport final du service de réadaptation [REA] du 31 janvier 2013).

Dans un rapport du 31 janvier 2011, le Dr P._____ a posé les diagnostics de syndrome lombovertébral aigu avec lombosciatalgies gauches en raison de discopathies L5-S1 avec protrusion postérieure prédominant à gauche, scoliose lombaire à convexité gauche, lordose lombaire à long rayon de courbure, de même qu'une calcification partielle du ligament longitudinal antérieur en C4-C5, D12-L1 et L1-L2, ainsi que d'algoneurodystrophie du membre inférieur droit dans les suites d'une entorse de la cheville droite, avec rétractions musculaires étagées et aponévrosite plantaire.

Par avis médical du 14 février 2011, le SMR a considéré que le probable malaise vagal subi par l'assurée dans le contexte de sciatalgies gauches et de violentes douleurs au pied droit (rapport du Dr P. _____ du 8 février 2011) ne remettait pas en question ses conclusions du 22 juillet 2010, les limitations fonctionnelles retenues tenant compte de l'atteinte rachidienne.

Prenant position sur le rapport du Dr P. _____ du 25 février 2011 qui réaffirmait l'existence d'une algodystrophie, le SMR a retenu que l'étiquette diagnostique n'avait aucune incidence sur les limitations fonctionnelles déterminées par le Dr L. _____ (avis du 9 mars 2011).

Dans un certificat médical du 14 juin 2011, le Dr P. _____ a attesté d'une totale incapacité de travail du 10 mars 2008 au 24 mai 2011, puis d'une capacité de travail de 50 % dès le 25 mai 2011 dans une activité adaptée, avec les restrictions suivantes :

- « - travail en position assise avec possibilité de se lever chaque 2 heures
- pas de marche répétée de plus de 20 minutes
- pas de travail accroupi ou à genoux
- pas de marche sur terrain irrégulier ou en pente
- pas de montées/descentes des escaliers répétées
- pas de position soutenue en flexion ou arc-bouté ou en port[e] à faux
- pas de port de charge répété de plus de 5 kg, port de charge occasionnel de 10 kg. »

Dans le cadre de la procédure de recours ouverte contre une décision sur opposition de l'assureur-accidents, une expertise judiciaire a été mise en œuvre auprès du Dr A. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, compte tenu des avis contradictoires au dossier. Dans son rapport d'expertise du 31 octobre 2011, l'expert a confirmé l'existence d'une algodystrophie, dans le cadre d'un traumatisme du pied et de la cheville avec une entorse de l'articulation tarso-métatarsienne de Lisfranc. Il a conclu à une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle d'aide extrahospitalière et indiqué, s'agissant d'une activité de substitution, que seule une observation pratique dans des stages était susceptible de

permettre de répondre à la question, étant précisé qu'une station assise prolongée pouvait se traduire par un œdème douloureux s'aggravant au fil des heures. Par arrêt du 30 mai 2012, la Cour des assurances sociales a notamment qualifié l'expertise du Dr A. _____ de probante et retenu le diagnostic de syndrome douloureux régional complexe (cause AA 34/10 - 46/2012).

Le Dr P. _____ a attesté, dans un certificat médical du 1^{er} décembre 2011, d'une incapacité de travail de 40 % du 1^{er} octobre 2011 au 31 janvier 2012 avec les mêmes restrictions qu'évoquées précédemment, si ce n'est que la marche répétée était désormais limitée à 30 minutes.

Le 23 janvier 2012, le médecin-conseil du Service de l'emploi, la Dre R. _____, spécialiste en médecine interne générale, a estimé la capacité de travail de l'assurée à 50 % jusqu'au 31 janvier 2012, puis à 60 % dès le 1^{er} février 2012, dans une activité tenant compte de limitations fonctionnelles identiques à celles évoquées par le Dr P. _____.

Dans un rapport du 9 août 2012, le Dr P. _____ a repris les diagnostics d'algoneurodystrophie du membre inférieur droit et de syndrome lombo-vertébral aigu récidivant avec sciatalgies gauches, et désormais aussi à droite début juin 2012. Il a mentionné que l'assurée présentait également des gonalgies gauches et a fait état, comme antécédents et comorbidités, d'un épisode de précordialgies avec palpitation en décembre 2011 dans le contexte d'une hypertension artérielle traitée et d'une surcharge pondérale, de douleurs pariétales thoraciques sterno-claviculaires et costo-chondro-sternales, d'une discrète neuropathie sensitive du nerf médian 3 dans le canal carpien et de signes en faveur d'une discrète neuropathie sensitive du nerf cubital droit, ainsi que d'une notion d'hydronéphrose congénitale et d'une suspicion de glaucome.

Le certificat du Dr P. _____ du 28 janvier 2013 reprenait les limitations fonctionnelles déjà retenues et faisait état des incapacités de travail suivantes :

« 50 % du 10.03.2008 au 24.05.2011
50 % du 25.05.2011 au 30.09.2011
40 % du 01.10.2011 au 15.12.2011
100 % du 16.12.2011 au 17.01.2012
50 % du 18.01.2012 au 31.01.2012
40 % du 01.02.2012 au 09.07.2012
50 % du 10.07.2012 au 13.01.2013
100 % du 14.01.2013 au 18.01.2013
50 % du 19.01.2013 au 11.03.2013. »

Dans un rapport médical du 22 avril 2013, le Dr P._____ a admis un état de santé stationnaire et la possibilité pour sa patiente d'exercer une activité adaptée dans la mesure des incapacités attestées dans son certificat du 28 janvier 2013, sans baisse de rendement si le travail permettait de varier les positions. Dans le cas contraire, il concluait à une diminution de rendement de 20 % et à une perte de rendement supplémentaire en raison d'éventuelles rechutes.

Le 27 mai 2014, l'assurée a transmis à l'OAI l'expertise orthopédique du 23 janvier 2014 réalisée par le Dr N._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, à la demande de C._____. Dans son rapport, l'expert a posé les diagnostics de statut après entorse externe de la cheville droite et entorse du Lisfranc du pied droit, ainsi que de statut après syndrome régional douloureux complexe du membre inférieur droit. Au titre des limitations fonctionnelles, il reconnaissait à l'assurée des difficultés à marcher de façon prolongée, en terrain irrégulier, à la montée ou la descente répétée d'escaliers, d'échelles ou d'échafaudages. Des limitations dans les travaux accroupis ou à genoux devaient également être reconnues, une profession permettant l'alternance des positions assise ou debout était selon lui souhaitable. S'agissant de la capacité de travail, il reconnaissait une incapacité totale dans son ancienne activité d'aide hospitalière, en considérant en revanche, s'agissant des suites de l'événement du 10 mars 2008, la possibilité pour l'assurée de faire valoir une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Le rapport du 7 octobre 2014 du Dr P._____, qui faisait état d'une incapacité de travail de 50 % dans une activité adaptée à l'état de

santé de l'assurée, a été soumis aux médecins du SMR qui, dans un avis du 5 février 2015, ont indiqué que les affirmations du médecin traitant ne permettaient pas d'arriver à une solution différente de celle exprimée auparavant.

Par décision du 21 juillet 2015, l'OAI a refusé à l'assurée l'octroi d'une rente d'invalidité, le degré d'invalidité déterminé étant de 26.51 %.

b) Dans le cadre du recours que l'assurée a déposé contre cette décision, elle a produit un rapport d'IRM du genou droit du 13 juin 2014 et des rapports médicaux du Dr P. _____ des 27 août 2014 et 16 mars 2016. Dans ce dernier rapport, le Dr P. _____ a posé, en plus des diagnostics déjà retenus dans ses précédents rapports, les diagnostics de cervico-brachialgies bilatérales avec troubles statiques et dégénératifs du rachis, et celui de maladie hyperostose diffuse (DISH). Il a évoqué la présence d'une dystonie au pied droit et a rapporté les conclusions de l'examen neurologique effectué le 9 mars 2016 par la Dre Q. _____, spécialiste en neurologie. Il a modifié son appréciation antérieure de la capacité de travail (50 à 80 %), en ce sens que cette capacité de travail n'était que de 20 % à partir du 1^{er} janvier 2011, en raison de l'évolution des stages effectués et de l'absentéisme prévisible.

Dans un rapport du 14 avril 2016, le Dr N. _____ a pris position sur le rapport du Dr P. _____ du 16 mars 2016, écartant notamment une éventuelle dystonie de la cheville et du pied droit.

Par arrêt du 19 janvier 2017 (AI 232/15 - 27/2017), la Cour des assurances sociales a admis le recours de l'assurée et renvoyé la cause à l'OAI pour complément d'instruction au sens des considérants. Celui-ci était invité à compléter l'instruction par une expertise à tout le moins rhumatologique, voire orthopédique si l'expert devait le considérer nécessaire, étant ici expressément réservée la faculté d'y associer, le cas échéant, toute autre spécialité qu'il jugerait opportune. Une fois l'expertise rendue, l'intimé était invité à procéder à une nouvelle enquête

ménagère qui prendrait en considération la situation médicale complète. En parallèle, il lui était demandé de compléter l'instruction concernant le montant du revenu sans invalidité.

c) Reprenant l'instruction du dossier, l'OAI a soumis le dossier au SMR, qui a recommandé la réalisation d'une expertise uniquement orthopédique (avis du 5 avril 2017). Celle-ci a été confiée au Dr L._____, ce dont l'assurée a été informée par courrier du 22 juin 2017. Cette dernière a fait savoir, par courrier du 11 septembre 2017, que son état s'était aggravé depuis Noël 2016 et que le diagnostic de maladie de Forestier (DISH) avait été posé.

Dans un rapport du 10 novembre 2017, le Dr P._____ a retenu les diagnostics suivants :

- « - Algoneurodystrophie du membre inférieur droit dans les suites d'une entorse de la cheville droite et perte des amplitudes articulaires de 50% environ de l'articulation sous astragalienne (Dr A._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique) le 10.03.2008 (mécanisme complexe lors d'un accident de la circulation) avec rétraction musculotendineuse étagée et dystonie.
- Notion d'hydronéphrose congénitale du rein droit, status après traitement chirurgical du K._____ en juin 2017.
- Hyperuricémie.
- Syndrome lombovertébral aigu récidivant avec lombosciatalgies droites et gauches.
 - o Discopathie L5-S1.
 - o Scoliose lombaire à convexité gauche, lordose lombaire à long rayon de courbure.
- Maladie de Forestier
 - o Calcifications partielles du ligament longitudinal antérieur en C4-C5, D12-L1 et L1-L2
 - o Enthésopathies d'insertions calcifiées de l'aponévrose plantaire, du tendon d'Achille et de l'insertion du tendon quadricipital.
- Neuropathie médiane bilatérale débutante aux tunnels carpiens (bilan neurologique 09.03.2016).

Facteurs de risque cardiovasculaire

- HTA, dyslipidémie, excès pondéral, intolérance au glucose versus diabète, anamnèse familiale positive. »

Le 16 novembre 2017, l'assurée a déposé une demande d'allocation pour impotent auprès de l'OAI. Celle-ci a été rejetée par décision du 23 mai 2018.

Le Dr L._____ a rendu son rapport d'expertise le 28 novembre 2017 et a posé les diagnostics suivants :

« Avec répercussion sur la capacité de travail

- Cervicalgies chroniques
 - o Discopathies pluriétagées de C5 à D1 prédominante en C6-C7
 - o Status après Hernie discale C6-C7 à base large (IRM février 2016)
 - o Status après probable entorse cervicale bénigne (10 mars 2008)
- Gonalgies bilatérales
 - o Enthésopathie ossifiée des tendons quadricipitaux des deux côtés.
- Enthésopathie des tendons d'Achilles et des fascias plantaires des deux côtés (Probable syndrome de DISH).
- Douleurs persistantes de la cheville et du pied droit
 - o Status après entorse bénigne du LLE (10 mars 2008)
 - o Séquelles de probable maladie de Sudeck cheville et pied droit
- Lombalgies chroniques
 - o Discopathie prédominante en L5-S1

Sans répercussion sur la capacité de travail

- Pré-obésité avec BMI à 29,7
- Hypertension artérielle en traitement
- Dyslipidémie
- Neuropathie des nerfs médians du tunnel carpien débutante (EMG du 9 mars 2016)
- Hydronéphrose à droite sur maladie de la jonction, traitée chirurgicalement le 17 juin 2017. »

Le Dr L._____ a conclu que l'assurée n'était plus apte à exercer le métier d'aide extrahospitalière ou un autre métier de ce type depuis mars 2018 et qu'elle pouvait exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles avec une diminution de rendement de l'ordre de 25 % en raison des douleurs et des multiples atteintes. Il s'est prononcé comme suit sur les limitations fonctionnelles de l'assurée :

« Elle peut exercer uniquement une activité sédentaire, essentiellement assise, dans laquelle elle puisse alterner la position debout avec la position assise à sa guise (table de bureau à hauteur variable). Elle doit utiliser une chaise de travail ergonomique. Elle ne doit évidemment pas se mettre à genoux ni accroupie. Des courts

déplacements à plat sont possibles. Elle ne doit pas monter ou descendre les escaliers ou les pentes à répétitions ni marcher en terrain irrégulier. En raison de son arthrose de la nuque, elle doit éviter les positions statiques prolongées de celle-ci en particulier en flexion. Elle doit aussi éviter la position debout statique de plus de 15 minutes. Des moyens de transports adaptés pour les déplacements du lieu de domicile au lieu du travail sont nécessaires. »

Le SMR s'est rallié aux conclusions de l'expertise du Dr L. _____ dans son avis du 9 janvier 2018.

Une nouvelle enquête économique sur le ménage a eu lieu le 7 février 2018 et a conclu à un taux d'invalidité de 14,30 % pour la part ménagère de 40 %.

Interpellé par la recourante quant au fait que seule une expertise orthopédique avait été mise en œuvre (courrier du 11 juin 2018), l'OAI a également fait réaliser une expertise rhumatologique, laquelle a été confiée à la Dre Y. _____, spécialiste en rhumatologie, médecine physique et réadaptation. Dans son rapport du 21 janvier 2019, celle-ci a pris les conclusions suivantes :

« 6. DIAGNOSTICS

Avec répercussion sur la capacité de travail

Mars 2008, status après entorse, de grade I (n'intéressant que le ligament latéral externe, faisceau antérieur) et séquelles d'enraidissement de la cheville, de l'articulation tibio-astragaliennne suite à une algo-neuro-dystrophie ; équin de la cheville droite de 10°, défaut d'extension 5°.

Cervicalgies et lombalgies intermittentes sur maladie de Forestier intéressant les cervicales C4-C5 et quelques vertèbres au niveau lombaire D12-L1 et L1-L2 ; enraidissement (pas de déficit de l'ampliation thoracique) Schober dorsal 30-32 cm et réduction du Schober lombaire 10-12,5 cm. Enraidissement de la colonne cervicale surtout en rotation 52° à gauche 27° à droite. Le jour de l'expertise aucune constatation objective d'inflammation ni locale ostéo articulaire, aucune contracture musculaire de voisinage.

Sans répercussion sur la capacité de travail

2005 : discopathie L5-S1, épisodes de lumbago 2003, 2005, 2011, 2016, 2018.

2005 : discrète neuropathie sensitive du nerf médian droit et du cubital droit (sans traduction objective, pas d'intervention prévue).

2007 : névralgies du membre supérieur gauche au décours, névralgies d'Arnold (diagnostic non confirmé).

2008 : cervico-brachialgies droites avec paresthésies C7 résolues.

Gonalgies gauches et gonalgies droites sur enthésophytes calcifiées du tendon quadricipital du ligament rotulien des deux côtés sans traduction objective de douleur ce jour.

Tendinopathie d'Achille au décours avec enthésophytes calcifiés.

Status après atteinte du fascia plantaire (en mars 2017 au K._____, en consultation rhumatologique, lors des ultrasons, diagnostic sur ces enthésophytes calcifiées, l'échodoppler pulsé était négatif, confirmant l'absence d'une inflammation à ce moment).

2013 : hyperuricémie sans crise goutteuse.

Hypertension artérielle traitée.

Excès pondéral.

19.02.2016, discopathies étagées C5-C6, C6-C7 et C7-D1 avec une hernie discale à protrusion large de large base à droite en C6-C7, une ébauche d'uncarthrose C7-D1 avec rétrécissement foraminaux.

juin 2017 : opération pour hydronéphrose, sur maladie de jonction pyélo-urétérale à droite.

[...]

Limitations fonctionnelles pour la cheville droite : éviter les déplacements répétés sur de longues distances, l'emprunt répété des escaliers, le travail en hauteur sur des échelles ou des escabeaux, le travail accroupi ou à genoux, travail privilégiant la position assise avec possibilités de se lever toutes les 1h30 pendant 1 minute.

Pour les cervicales : pas de travail debout le tronc penché en porte-à-faux, pas de travaux les membres supérieurs en élévation au-dessus de la ligne des épaules de manière maintenue. Pas de mouvement répétitif en rotation.

Limite des ports de charges à 5 kg de chaque côté, sur un trajet limité de manière non répétitive. Pas de flexion-extension ni rotation-extension du rachis dorsal et lombaire de manière répétitive.

8. RÉPONSES AUX QUESTIONS DU MANDANT CONCERNANT LA CAPACITÉ DE TRAVAIL

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

100 % le 10.03.2008 motif accident

8.2. Capacité de travail dans une activité correspondant aux aptitudes de l'assurée

0 % 10.03.2008 motif accident

50 % dès 25.05.2011 (P._____, le 14.06.2011)

60 % dès 01.02.2012 (absentéisme au stage à cause du déplacement de 1h30 pour s'y rendre) Taux du stage aux D._____
[D._____] à la réception.

70 % dès la même date pour l'experte, dès le 1.02.2012, car Madame n'hésite pas à partir en vacances en Italie et par la suite en Inde, en République Dominicaine, à l'île Maurice. »

En réponse aux questions complémentaires du SMR (avis du 18 avril 2019), la Dre Y._____ a précisé, par courrier du 15 mai 2019, que l'expertise comportait une erreur d'écriture et que la capacité de travail de l'assurée dans son activité habituelle était bien de 0 % depuis le

10 mars 2008, et que sa capacité de travail dans une activité adaptée était de 70 % depuis le 1^{er} février 2012.

Dans son avis du 22 mai 2019, le SMR s'est rallié aux conclusions de l'expertise de la Dre Y._____.

Dans un rapport du 14 août 2019, le Dr P._____ a réitéré que la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée était de 20 %.

L'assurée a contesté le projet de décision de l'OAI du 17 octobre 2019 par courrier du 14 novembre 2019, faisant notamment valoir que son statut était de 80 % active et 20 % ménagère.

Une nouvelle évaluation économique sur le ménage a eu lieu le 14 février 2020. A l'issue de celle-ci, l'enquêtrice a retenu un statut de 70 % active et 30 % ménagère depuis 2008 et de 80 % active et 20 % ménagère dès 2011. Le degré d'invalidité dans les activités ménagères a été évalué à 27,2 % (rapport du 12 mars 2020).

Le 12 mai 2020, l'OAI a établi un nouveau projet de décision, annulant et remplaçant celui du 17 octobre 2019, et a pris position sur les arguments de l'assurée. L'assurée a présenté ses objections par courrier du 28 mai 2020, auxquelles l'OAI a répondu les 3 et 22 juin 2020.

Par décision du 18 novembre 2020, l'OAI a octroyé à l'assurée une rente entière d'invalidité du 1^{er} avril 2009 au 31 août 2011, puis une demi-rente d'invalidité du 1^{er} septembre 2011 au 30 avril 2012 et un quart de rente dès le 1^{er} janvier 2018, conformément à son projet de décision.

B. Par acte du 17 décembre 2020, G._____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à sa réforme en ce sens qu'elle a droit à une rente entière d'invalidité au-delà d'août 2011, subsidiairement à ce qu'une expertise médicale et professionnelle soit ordonnée en vue de déterminer s'il existe sur le marché général du travail une activité de substitution

exigible. Reprenant les arguments de sa prise de position du 14 novembre 2019, elle a soutenu que ses limitations fonctionnelles ne permettaient pas d'envisager son retour à l'emploi, que les évaluations professionnelles auxquelles l'OAI se référait étaient anciennes et a estimé que l'OAI et les expertises n'avaient pas tenu compte du caractère totalement invalidant et surtout imprévisible de la maladie de Forestier. Elle s'est prévalué du rapport du Dr P._____ du 14 août 2019 selon lequel sa capacité de travail dans une activité adaptée était de 20 %. Sur proposition du Dr P._____, elle avait été vue au Service d'orthopédie et de traumatologie du K._____ (ci-après : K._____) où elle a été opérée le 16 octobre 2020.

Dans sa réponse du 12 février 2021, l'OAI a conclu au rejet du recours.

Par avis des 6 avril 2021 et 22 mai 2023, la juge instructrice a rejeté les requêtes de la recourante tendant à la réalisation d'une expertise judiciaire.

La procédure a été suspendue du 7 juin 2021 au 19 janvier 2023 en attendant le rapport de l'expertise mise en œuvre en matière d'assurance-accidents.

Par courrier du 8 février 2023, la recourante a produit l'expertise réalisée « dès le 23 novembre 2021 » par le Dr M._____, médecin praticien spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lequel a posé les diagnostics suivants :

- «- Status post hypertension artérielle traitée, date inconnue
- Status post diminution de l'antétorsion fémorale droite, pathologie congénitale
- Status post pied creux varus équin droit, pathologie congénitale
- Status post longue anomalie rachidienne rotatoire thoracolombaire sinistroconvexe, pathologie congénitale
- Status post maladie discale dégénérative C5/C6 et C6/C7 avec ossification de l'annulus antérieur du disque C4/C5 le 23.09.03
- Status post maladie discale dégénérative L5/S1 avec protrusion gauche sans signe de conflit le 19.12.05
- Status post ponts osseux corporéaux rachidiens antérieurs débutants sur 3 étages et une ébauche partielle le 10.03.08

- Status post enthésopathie bilatérale d'insertion des fessiers au grand trochanter le 10.03.08
- Status post contusion cervicale le 10.03.08
- Status post contusion lombaire le 10.03.08
- Status post entorse de grade I du plan ligamentaire externe de la cheville droite le 10.03.08
- Status post surcharge mécanique des articulations sacro-iliaques le 21.11.21
- Status post tendinite quadricipitale bilatérale et une mobilisation algique du tendon rotulien à gauche le 21.11.21 »

Il ressort de ce rapport que l'assurée a été opérée le 16 octobre 2020, avec réalisation d'un Strayer de la jambe droite, résection du conflit antéromédial et plastie du ligament latéral externe à droite.

Suivant l'avis du SMR du 16 mars 2023, l'OAI a considéré, dans ses déterminations du même jour, qu'il n'y avait pas d'éléments médicaux lui permettant de s'écarter des résultats de son instruction.

La recourante s'est encore déterminée en date des 24 mai et 12 juin 2023.

E n d r o i t :

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

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les

autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente entière d'invalidité au-delà du 31 août 2011, en lieu et place de la demi-rente qui lui a été reconnue du 1^{er} septembre 2011 au 30 avril 2012 et du quart de rente qui lui a été alloué dès le 1^{er} janvier 2018.

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). Compte tenu cependant du principe de droit intertemporel prescrivant l'application des dispositions légales qui étaient en vigueur lorsque les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3), le droit applicable reste, en l'occurrence, celui qui était en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 dès lors que la décision administrative litigieuse a été rendue avant cette date.

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). 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.

c)

aa) 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 avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant

l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]).

bb) L'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'ils en entreprennent une est évaluée en fonction de l'incapacité d'accomplir leurs travaux habituels (méthode « spécifique » d'évaluation de l'invalidité ; art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]). Par travaux habituels, il faut en principe entendre l'activité usuelle dans le ménage, ainsi que les soins et l'assistance aux proches (art. 27 al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201] ; cf. Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, Bâle 2018, n° 52 ad art. 16 LPGA).

cc) Pour les personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel ou travaillent sans être rémunérées dans l'entreprise de leur conjoint, d'une part, et qui accomplissent par ailleurs des travaux habituels aux sens des art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), d'autre part, il convient d'abord de déterminer quelle part de son temps, exprimée en pourcentage, la personne assurée aurait consacrée à l'exercice de son activité lucrative ou à l'entreprise de son conjoint, sans atteinte à la santé, et quelle part de son temps elle aurait consacrée à ses travaux habituels. Le taux d'invalidité en lien avec l'exercice de l'activité lucrative ou de l'activité dans l'entreprise du conjoint est établi conformément aux art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021 ; comparaison des revenus), étant toutefois précisé que le revenu qui aurait pu être obtenu de cette activité à temps partiel est extrapolé pour la même activité exercée à plein temps. Le taux d'invalidité pour la part de son temps consacrée par la personne assurée à ses travaux habituels est établi conformément aux art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI (dans sa teneur

en vigueur au 31 décembre 2021 ; méthode spécifique). Les taux d'invalidité ainsi calculés sont ensuite pondérés en proportion de la part du temps consacrée à chacun des deux domaines d'activité, avant d'être additionnés pour fixer le taux d'invalidité globale. C'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI et 27bis al. 2 à 4 RAI [dans leur teneur en vigueur au 31 décembre 2021]).

dd) Jusqu'au 31 décembre 2017, la méthode mixte utilisait également la méthode générale de comparaison des revenus pour la part de l'activité lucrative et la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité pour le temps consacré aux travaux habituels au sens des art. 28a al. 2 LAI et 8 al. 3 LPGA. En revanche, le revenu qui aurait pu être obtenu de l'activité à temps partiel n'était pas extrapolé pour la même activité exercée à plein temps. L'invalidité totale de la personne assurée résultait de l'addition des taux d'invalidité pondérés dans les deux domaines (art. 27bis RAI dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2017 ; ATF 137 V 334 ; 131 V 51 consid. 5.1.2).

ee) En dépit des termes utilisés aux art. 28a al. 2 s. LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021) et 8 al. 3 LPGA, le choix de l'une ou l'autre méthode d'évaluation de l'invalidité ne dépend pas du point de savoir si la personne assurée exerçait ou non une activité lucrative avant l'atteinte à la santé ni si l'exercice d'une activité lucrative serait raisonnablement exigible de sa part. Il s'agit plutôt de déterminer si cette personne exercerait une telle activité, et à quel taux, dans des circonstances semblables, mais en l'absence d'atteinte à la santé (ATF 144 I 28 consid. 2.3 ; 133 V 504 consid. 3.3 ; 125 V 146 consid. 2c).

d) 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 ou la capacité d'accomplir les travaux habituels a duré trois mois sans

interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 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 145 V 209 consid. 5.3 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

e) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

4. A titre liminaire, il faut constater que la recourante ne conteste plus, au stade du recours, le statut qui lui a été reconnu. Après avoir fait réaliser une nouvelle enquête à domicile au cours de la procédure d'audition, l'OAI a, sur la base de celle-ci, retenu un statut de 70 % active et 30 % ménagère depuis 2008 et de 80 % active et 20 % ménagère dès 2011. Cette appréciation n'est pas critiquable au vu du rapport d'enquête du 12 mars 2020, qui expose la situation familiale, financière et professionnelle de la recourante plus en détails que les précédents rapports. Il est néanmoins étonnant que la recourante n'ait soulevé aucun

grief au sujet du statut retenu dans la décision précédemment rendue par l'OAI le 21 juillet 2015, annulée sur recours par l'arrêt de renvoi de la Cour des assurances sociales du 19 janvier 2017. L'on constate même que, dans la prise de position du 20 janvier 2015 relative au projet de décision du 16 décembre 2014, son mandataire avait indiqué que « sur la répartition entre l'activité professionnelle (60 %) et l'activité ménagère (40 %), en application de la méthode mixte, ma cliente peut se déclarer d'accord ». Quoi qu'il en soit, dans la mesure où la question du statut n'a pas été discutée dans l'arrêt de renvoi du 19 janvier 2017 et que la décision du 21 juillet 2015 a été annulée par cet arrêt, l'OAI pouvait faire une nouvelle appréciation du statut.

5. a) En l'occurrence, à l'issue de l'instruction complémentaire effectuée, l'OAI a repris les conclusions de la Dre Y. _____ selon lesquelles la recourante a présenté une totale incapacité de travail en toutes activités dès le 6 mars 2008, puis a recouvré une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée dès le 25 mai 2011, puis de 70 % dès le 1^{er} février 2012.

b) L'expertise de la Dre Y. _____ peut se voir reconnaître une pleine valeur probante. Celle-ci s'est en effet prononcée en pleine connaissance du dossier, qui a été résumé de la page 4 à la page 39, et s'est procuré l'historique pharmaceutique pour la période du 31 décembre 2013 au 8 janvier 2019. Elle a recueilli l'anamnèse de la recourante sur les plans familial, personnel, social, professionnel et par systèmes, ainsi que la description de sa journée. Elle a pris note de ses plaintes, qu'elle lui a demandé de classer par ordre d'importance, et a procédé à un examen clinique minutieux. Elle s'est également entretenue par téléphone avec le Dr P. _____ et la physiothérapeute de la recourante. La Dre Y. _____ a finalement rendu ses conclusions de manière motivée et convaincante.

L'expertise réalisée le 28 novembre 2017 par le Dr L. _____ n'est pas dénuée de toute valeur probante. Celui-ci a en effet rendu ses conclusions de manière motivée en connaissance du dossier et de l'anamnèse, sur la base d'un examen clinique détaillé. Il ne se détermine

cependant pas sur les autres avis médicaux au dossier et, en particulier, n'explique pas pourquoi il s'écarte de l'appréciation du Dr P. _____ relative à la capacité de travail de la recourante. Il convient de relever que le Dr L. _____ était déjà intervenu comme expert pour la recourante, ayant rendu une première expertise le 12 juin 2010. Celle-ci n'a toutefois soulevé aucune objection à ce qu'il soit à nouveau mandaté par l'OAI pour l'examiner. De manière générale, le fait qu'un expert a déjà eu à se prononcer au cours d'une procédure dans laquelle une des parties était impliquée n'exclut pas sa nomination en qualité d'expert (ATF 132 V 93 consid. 7.2.2). La jurisprudence exige cependant que l'issue de la cause ne soit pas prédéterminée, mais qu'elle demeure au contraire indéterminée quant à la constatation des faits et à la résolution des questions juridiques (TF 9C_689/2012 du 6 juin 2013 consid. 2.2 et les références). Rien ne permettait de douter que telle fût le cas en l'occurrence et il faut d'ailleurs constater que le Dr L. _____ a pris des conclusions différentes de celles de sa première expertise.

Au cours de la présente procédure de recours, l'expertise du Dr M. _____ du 23 novembre 2021 a été produite par la recourante. Celle-ci s'inscrit dans le contexte particulier de l'assurance-accidents avec pour but de déterminer la relation de causalité entre l'événement accidentel et les atteintes présentées par la recourante. En raison de cette spécificité et des autres atteintes incapacitantes dont souffre la recourante, l'expertise du Dr M. _____ ne présente pas de grande utilité dans le cadre du présent litige. C'est en outre à juste titre que le SMR retient dans son avis du 16 mars 2023, que cette expertise ne contient pas d'éléments médicaux qui n'auraient pas été pris en compte par les Drs L. _____ et Y. _____. Cette expertise nous informe en revanche sur les éléments qui ont eu lieu postérieurement à l'expertise de la Dre Y. _____, à savoir notamment l'opération de la cheville droite le 16 octobre 2020.

c) La recourante présente plusieurs atteintes incapacitantes ainsi que divers troubles sans influence sur sa capacité de travail.

aa) La Dre Y._____ a retenu l'existence d'un status après entorse de grade I (n'intéressant que le ligament latéral externe, faisceau antérieur) et de séquelles d'enraidissement de la cheville, de l'articulation tibio-astragaliennne suite à une algo-neuro-dystrophie ; équin de la cheville droite de 10°, défaut d'extension 5°. Le Dr L._____ a posé le diagnostic de douleurs persistantes de la cheville et du pied droits dans le cadre d'un status après entorse bénigne du LLE et de séquelles de probable maladie de Sudeck. Comme déjà constaté dans l'arrêt de renvoi du 17 janvier 2019, l'existence d'une algoneurodystrophie a été admise à la suite de l'expertise judiciaire du Dr A._____ (cf. également arrêt de la Cour des assurances sociales du 30 mai 2012, en la cause AA 34/10 - 46/2012).

L'existence d'une dystonie, mentionnée par le Dr P._____ dans ses rapports des 16 mars 2016 et 10 novembre 2017, n'a pas été retrouvée par les autres médecins, que ce soit la Dre Q._____ (cf. rapport du Dr P._____ précité) ou le Dr N._____ (rapport du 14 avril 2016), et n'est pas non plus mentionnée par les Drs L._____ et Y._____.

Les Drs L._____ et Y._____ retiennent de manière concordante que la recourante a subi une entorse légère qui a touché le ligament latéral externe uniquement. L'argumentation contenue dans l'expertise du Dr M._____, qui écarte une lésion du Lisfranc comme l'avait retenu les Drs N._____ et A._____, va dans le même sens (expertise du Dr M._____ pp. 69 et 74s.). Quoi qu'il en soit, ces divergences restent sans conséquence en l'occurrence puisque ce n'est pas le diagnostic précis qui est déterminant, mais son impact sur la capacité de travail (voir dans ce sens ATF 143 V 418 consid. 5.2.2 ; TF 9C_273/2018 du 28 juin 2018 consid. 4.2).

A cet égard, la Dre Y._____ a examiné en détails les répercussions de l'atteinte au pied droit en tenant compte de ses observations cliniques et des informations fournies par la recourante. Elle confirme une boiterie chez la recourante en raison d'un mauvais déroulement du pied lié à l'existence d'une raideur en extension. Elle

souligne cependant que la recourante ne se plaint pas d'instabilité à la marche et qu'elle déclare d'ailleurs pouvoir marcher en terrain inégal lorsqu'elle se balade en forêt. Interrogée explicitement sur l'influence de cette atteinte sur une éventuelle activité lucrative, la recourante a indiqué que si seule cette problématique existait, elle pourrait travailler en se levant de temps en temps. L'expertisée place d'ailleurs cette atteinte en dernier au regard des limitations (expertise pp. 61-62).

Il ressort des indications données par la recourante et de l'expertise du Dr M. _____ que cette dernière a bénéficié d'une opération de Strayer à droite en date du 16 octobre 2020, ainsi que d'une résection du conflit antéromédial et d'une plastie du ligament latéral externe à droite.

bb) Les experts ont tous deux retenu l'existence chez la recourante de cervicalgies chroniques. La Dre Y. _____ a interrogé la recourante sur les douleurs qu'elle ressent, leur localisation et les empêchements qu'elles impliquent (expertise p. 48). Le jour de l'examen, elle n'a pas constaté d'inflammation objective. Elle a noté une nette discordance entre les douleurs mentionnées à une intensité de 6/10 et la naissance de mimiques algiques aux tests. La Dre Y. _____ a observé chez la recourante des mouvements spontanés du chef, qui parlent contre des douleurs aiguës, et relève que celle-ci exécute l'entièreté des tâches ménagères, lorsque ses douleurs le lui permettent (expertise p. 61).

cc) Les experts ont également retenu la présence de douleurs dorsales et de lombalgies intermittentes. Interrogée par la Dre Y. _____, la recourante a indiqué que si seules les douleurs dorsales existaient, elle pourrait travailler (expertise p. 61).

dd) Le Dr L. _____ a conclu à un probable syndrome de DISH en lien avec l'enthésopathie des tendons d'Achille et des fascias plantaires. La Dre Y. _____ a, quant à elle, constaté une amélioration de la situation et posé le diagnostic, non incapacitant, de tendinopathie d'Achille au décours avec enthésophytes calcifiés et de status après

atteinte du fascia plantaire. Elle a revanche explicitement retenu l'existence de la maladie de Forestier, indiquant que les cervicalgies et lombalgies s'inscrivaient dans ce contexte de maladie de Forestier. Elle conclut à un enraidissement global et lentement progressif du rachis cervical, dorsal et lombaire, en lien avec cette maladie. Elle ajoute que le DISH se manifeste aussi sur le plan périphérique par des poussées intercurrentes au niveau des genoux et des tendons d'Achille. La Dre Y._____ n'a en revanche pas eu l'impression de douleurs chroniques de type inflammatoires aux niveaux cervical, dorsal et lombaire sur la base de son examen clinique (expertise p. 62).

ee) Les Drs L._____ et Y._____ ont également retenu l'existence de gonalgies. Ces dernières étaient considérées comme incapacitantes par le Dr L._____, alors que la Dre Y._____ constate une amélioration de la situation au moment de son expertise. Elle pose ainsi le diagnostic, non incapacitant, de gonalgies gauches et gonalgies droites sur enthésophytes calcifiées du tendon quadricipital du ligament rotulien des deux côtés sans traduction objective de douleur ce jour.

ff) Il est par ailleurs admis que la recourante présente ou a présenté plusieurs autres atteintes sans influence sur sa capacité de travail. Tel est notamment le cas de la discrète neuropathie des nerfs médian et cubital du tunnel carpien, de l'hydronéphrose à droite sur maladie de la jonction, traitée chirurgicalement en juin 2017. La Dre Y._____ relève également les diagnostics de névralgies du membre supérieur gauche au décours et de cervico-brachialgies droites avec paresthésies C7 résolues.

gg) Il ne ressort pas du dossier que la recourante présenterait d'autres atteintes qui n'auraient pas été appréciées par la Dre Y._____. On peut en particulier relever que les diagnostics listés par le Dr P._____ dans ses rapports médicaux des 16 mars 2016 et 10 novembre 2017 ont été pris en compte par la Dre Y._____.

d) A l'issue de son expertise, la Dre Y._____ a estimé que la recourante était totalement incapable de travailler dans son activité habituelle, ce qui correspond à l'appréciation de la plupart des médecins l'ayant examinée.

Dans une activité adaptée, elle a conclu à l'existence d'une totale incapacité de travail à partir du 10 mars 2008, puis à la récupération d'une capacité de travail de 50 % - dans un premier temps - dès le 25 mai 2011, date qu'elle a fixée sur la base des rapports du Dr P._____ (expertise de la Dre Y._____ p. 63). Dans plusieurs rapports, le Dr P._____ a en effet conclu à l'existence d'une capacité de travail de 50 % dès le 25 mai 2011 (certificats des 14 juin et 1^{er} décembre 2011, 28 janvier 2013 et 7 octobre 2014).

La Dre Y._____ a ensuite conclu à une amélioration de la situation dès le 1^{er} février 2012, avec l'existence d'une capacité de travail de 70 %. Elle explique qu'elle s'écarte du taux de 60 % auquel la recourante a exercé un stage aux [...] dès cette date au motif que celle-ci n'avait pas hésité à partir en vacances en Italie, puis par la suite en Inde, en République Dominicaine et à l'île Maurice (expertise p. 64). Il faut constater que le même motif vaut également pour justifier de s'écarter de la capacité de travail de 60 % retenue par la Dre R._____ à compter du 1^{er} février 2012 (rapport du 23 janvier 2012) et de la capacité de travail fluctuant entre 50 % et 60 % arrêtée par le Dr P._____ d'octobre 2011 à octobre 2014, en dehors de quelques incapacités totales passagères (certificats des 14 juin et 1^{er} décembre 2011, 28 janvier et 22 avril 2013 et 7 octobre 2014). La Dre Y._____ mentionne d'ailleurs qu'elle n'exclut pas quelques arrêts de travail ponctuels (expertise p. 64).

La Dre Y._____ estime en revanche que la capacité de travail arrêtée par le Dr L._____, à savoir 100 % avec une diminution de rendement de 25 %, sous-estime l'enraidissement global du rachis, prédominant sur le secteur cervical (expertise de la Dre Y._____ p. 64).

Il convient de suivre les conclusions motivées de la Dre Y._____. Celle-ci a en effet fait une évaluation très minutieuse de la capacité de travail de la recourante, en l'interrogeant précisément sur l'impact de chacune des atteintes et en appréciant ses réponses au regard de l'examen clinique et de l'ensemble des informations figurant au dossier. Elle souligne à cet égard que si l'on tient compte de l'entièreté des plaintes de la recourante, les douleurs sont mentionnées à une intensité qui ne se vérifie pas sur le plan objectif, à tous les niveaux observés (expertise p. 62). L'experte a également tenu compte des ressources de la recourante, à savoir qu'elle est bien entourée par sa famille, au sein de laquelle elle conserve un rôle important, qu'elle entretient de bonnes relations avec son entourage, ne fait pas face à un stress financier, qu'elle est capable d'exécuter toutes les tâches ménagères et de faire les courses et qu'elle est en mesure de partir loin en vacances, comme en Inde, à l'île Maurice ou en Italie. La Dre Y._____ relève en outre que la recourante ne souffre pas d'insomnie liée à des douleurs chroniques nocturnes (expertise p. 63).

S'agissant des limitations fonctionnelles, la Dre Y._____ retient, pour la cheville droite, d'éviter les déplacements répétés sur de longues distances, l'emprunt répété des escaliers, le travail en hauteur sur des échelles ou des escabeaux, le travail accroupi ou à genoux, et de privilégier un travail en position assise avec possibilités de se lever toutes les 1h30 pendant 1 minute. Pour les cervicales, elle recommande l'absence de travail debout le tronc penché en porte-à-faux, de travaux les membres supérieurs en élévation au-dessus de la ligne des épaules de manière maintenue et de mouvement répétitif en rotation. Les ports de charges doivent être limités à 5 kg de chaque côté, sur un trajet limité de manière non répétitive. La recourante ne doit pas faire de flexion-extension ni rotation-extension du rachis dorsal et lombaire de manière répétitive. Ces limitations fonctionnelles rejoignent celles retenues par les autres médecins, notamment les Drs L._____ et P._____.

e) La recourante a été opérée à la cheville droite postérieurement à l'expertise de la Dre Y._____ en lien avec de

l'arthrose varisante de l'articulation tibio-talienne droite sur un conflit antéroexterne. A cette occasion, elle a bénéficié d'un Strayer de la jambe droite, de la libération de la gouttière interne et du conflit tibio-talien antérolatéral, ainsi que d'une plastie ligamentaire externe de la cheville droite. Lors du contrôle à un an post-opératoire, il est constaté que l'évolution est bonne du point de vue de la stabilité, même s'il persiste des douleurs à la position debout prolongée et que la mobilité reste restreinte en extension. Le bénéfice de l'opération n'est donc que partiel avec persistance des douleurs sans instabilité (expertise du Dr M._____ p. 9).

Il apparaît ainsi que cette opération a permis une légère amélioration de la situation. Cette intervention ne saurait remettre en cause les conclusions de l'expertise de la Dre Y._____. Dans son avis médical du 14 mars 2023, le SMR constate en effet que les status observés par les Drs L._____, Y._____ et M._____ sont globalement superposables. Il relève même des amplitudes supérieures en flexion plantaire de la cheville droite au status opéré par le Dr M._____, ainsi qu'un équin diminué. Il rappelle que ce dernier status est postérieur à l'intervention du 16 octobre 2020, qui est de nature à avoir amélioré l'état fonctionnel de la cheville droite. Il mentionne également des amplitudes articulaires au niveau cervical qui sont supérieures à celles retrouvées par la Dre Y._____. Il en conclut, de manière convaincante, qu'il n'y a pas lieu de changer le profil des limitations fonctionnelles ni le taux de la capacité de travail dans une activité adaptée à la lumière de ce rapport.

f) Dans son recours, la recourante estime que l'OAI n'a pas tenu compte du caractère totalement invalidant et surtout imprévisible de la maladie de Forestier. Elle se prévaut du rapport du Dr P._____ du 14 août 2019 selon lequel sa capacité de travail dans une activité adaptée est de 20 %.

Contrairement à qu'allègue la recourante, l'expertise de la Dre Y._____, sur laquelle l'OAI s'est fondé, a tenu compte de la maladie de Forestier. L'experte conclut à un enraidissement global et lentement progressif du rachis, cervical, dorsal et lombaire dans le contexte du DISH.

Elle mentionne que le DISH se manifeste aussi sur le plan périphérique par des poussées intercurrentes au niveau des genoux et des tendons d'Achille. Elle relève que le traitement anti-inflammatoire n'est pas chronique, voire plutôt discret, la consommation de Dafalgan étant d'un comprimé tous les trois à quatre jours. Elle précise qu'au moment de son examen, il n'y a pas de trace objectivement d'une décompensation inflammatoire à quelque niveau qu'il soit, rachidien ou articulation périphérique. Il y a une nette discordance entre l'intensité des douleurs arguées, leur caractère plus ou moins récurrent mais très proche, presque chronique, et les données par exemple ultra-sonographiques de mars 2017, qui dénotent qu'il n'y a pas au niveau périphérique d'inflammation autour des enthésophytes calcifiées. A l'examen clinique, l'experte constate que toutes les mobilisations sont indolores, précisant que l'expertisée « ne bronche pas ». Elle en conclut que l'évolution du DISH se fait à bas bruit, plus que sur le mode de crises inflammatoires durables, ce qui se vérifie aussi au niveau de l'historique pharmaceutique (expertise p. 62).

La Dre Y. _____ a donc pris ses conclusions en tenant compte de l'impact de la maladie de Forestier sur la capacité de travail de la recourante. Comme déjà mentionné plus haut, son appréciation est convaincante et motivée. Telle n'est pas le cas de celle du Dr P. _____ lorsqu'il conclut à une capacité de travail de 20 % dans une activité adaptée dès le 1^{er} janvier 2011 (voir également à ce sujet l'arrêt AA 55/15 - 6/2017 du 19 janvier 2017 consid. 5c). Les raisons qu'il invoque pour justifier le passage d'une capacité de travail reconnue à hauteur de 50 % - 80 % à une capacité de 20 % sont l'évolution, les stages effectués et l'absentéisme prévisible. Or, comme le soulignent les Drs Y. _____ (expertise pp. 58-59) et N. _____ (rapport du 14 avril 2016), l'argumentaire du Dr P. _____ n'apporte aucun élément probant permettant de revenir sur la capacité de travail de la recourante. Son examen clinique ne montre notamment pas d'évolutivité mis à part le diagnostic posé de maladie hyperostosante « diffuse » et il n'a pas fait mention de la chronicité de ces douleurs au fil de ses rapports. La Dre Y. _____ précise qu'elle ne voit pas au fil du temps, ce qui pourrait faire

revenir le Dr P._____ sur une capacité de travail de l'ordre de 50 ou 60 %, étant donné notamment que, dans l'historique pharmaceutique, relevé depuis décembre 2013, il n'existe pas de traitement antalgique ou anti-inflammatoire au long cours pouvant expliquer tout d'un coup pourquoi il ne retient plus qu'une capacité de 20 %.

g) Il convient par conséquent de retenir que la recourante était en totale incapacité de travail à partir du 10 mars 2008 et qu'elle a retrouvé une capacité de travail de 50 % dès le 25 mai 2011 dans une activité adaptée, puis de 70 % dès le 1^{er} février 2012.

6. a) Dans un autre grief, la recourante soutient que ses limitations fonctionnelles ne permettent pas d'envisager concrètement son retour à l'emploi.

b) La notion de marché équilibré du travail figurant à l'art. 16 LPGa est une notion théorique et abstraite qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques (ATF 134 V 64 consid. 4.2.1 ; 110 V 273 consid. 4b).

La référence à un marché du travail équilibré ne permet pas de prendre en considération une capacité de gain lorsque les activités envisagées ne peuvent être exercées que sous une forme tellement restreinte qu'en dehors de toute considération d'ordre conjoncturelle, elles n'existent pratiquement pas sur le marché général du travail ou que leur exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu pour la personne concernée de trouver un emploi correspondant (TF 8C_772/2020 du 9 juillet 2021 consid. 3.3 ; TF 9C_659/2014 du 13 mars 2015 consid. 5.3.2 ; TF 9C_941/2012 du 20 mars 2013 consid. 4.1.2 ; Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.],

Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 24 ad art. 7).

c) En l'occurrence, les limitations fonctionnelles de la recourante consistent en une épargne de la cheville droite et du rachis, notamment cervical. On ne voit pas en quoi celles-ci ne lui permettraient pas d'exercer une activité légère en position assise, dans laquelle elle aurait la possibilité de se lever régulièrement. L'argumentation figurant dans sa prise de position du 14 novembre 2019 ne saurait être suivie. Il existe en effet un éventail suffisant d'activités légères qui n'impliquent pas le franchissement régulier d'escaliers et qui permettent de garder la position assise sans devoir pencher le tronc ou exercer des mouvements répétitifs en rotation. Tel est notamment le cas des activités envisagées par le service de réadaptation de l'OAI, à savoir celle d'aide de bureau, dans le scannage de courrier, de réceptionniste/téléphoniste, de toute activité industrielle légère de type contrôle qualité ou conditionnement. De telles activités sont compatibles avec les limitations fonctionnelles de la recourante, quoi qu'elle en dise.

En ce qui concerne les problèmes de déplacement qu'elle fait valoir, la Cour ne peut que rester perplexe quant au fait que la recourante aurait eu de la difficulté à se rendre de son domicile à [...] jusqu'à [...], lieu de son stage, alors qu'elle a été en mesure de voyager ces dernières années jusqu'en Inde, en République Dominicaine et à l'île Maurice.

7. a) Dans son recours, la recourante se réfère à l'argumentation de sa prise de position du 14 novembre 2019, dans laquelle elle estimait qu'une évaluation de ses possibilités d'auto-réadaptation et de réadaptation était nécessaire, au motif qu'elle était âgée de plus de 55 ans.

L'OAI relève, dans son courrier du 22 juin 2020, faisant partie intégrante de la décision attaquée, que l'assurée a déjà bénéficié de mesures de réadaptation en 2012-2013, qui ont conclu qu'elle était employable dans l'économie dans une activité d'accueil-réception ou

d'aide de bureau. La fin de l'aide au placement, au motif que l'assurée ne s'estimait pas capable de reprendre une quelconque activité professionnelle pour le moment (rapport du 4 décembre 2013), ne saurait remettre cette employabilité en question. Selon l'OAI, rien ne permettait de conclure que ces activités ne seraient plus adaptées. De plus, en 2013, l'assurée n'avait pas 55 ans, de sorte que l'OAI ne se considérait pas obligé de se reposer la question des mesures professionnelles.

Dans son recours, la recourante considère que les évaluations professionnelles auxquelles l'OAI se réfère sont très anciennes et ne tiennent pas compte de la mauvaise évolution plus récente de son état de santé.

b) Il existe des situations dans lesquelles il convient d'admettre que des mesures d'ordre professionnel sont nécessaires, malgré l'existence d'une capacité de travail médico-théorique. Il s'agit des cas dans lesquels la réduction ou la suppression, par révision (art. 17 al. 1 LPGA) ou reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA), du droit à la rente concerne une personne assurée qui est âgée de 55 ans révolus ou qui a bénéficié d'une rente pendant quinze ans au moins. Cette jurisprudence, qui est également applicable lorsque l'on statue sur la limitation et/ou l'échelonnement en même temps que sur l'octroi de la rente (ATF 145 V 209 consid. 5), ne signifie pas que la personne assurée peut se prévaloir d'un droit acquis ; il est seulement admis qu'une réadaptation par soi-même ne peut pas, sauf exception, être exigée d'elle en raison de son âge ou de la durée du versement de la rente. Dans de telles situations, l'office de l'assurance-invalidité doit vérifier dans quelle mesure l'assuré a besoin de la mise en œuvre de mesures d'ordre professionnel, même si celui-ci a recouvré une capacité de travail et indépendamment du taux d'invalidité qui subsiste. Les organes de l'assurance-invalidité doivent se fonder sur le moment du prononcé de la décision de l'office AI pour déterminer si l'âge de référence de 55 ans est atteint (ATF 148 V 321 consid. 7.3).

c) En l'occurrence, la situation est particulière dans la mesure où l'OAI a rendu une première décision de refus de prestations en date du

21 juillet 2015 – alors que la recourante n’était pas encore âgée de 55 ans – qui a été annulée sur recours. La nouvelle décision de l’OAI, qui a fait suite à l’arrêt de renvoi, a été rendue alors que la recourante était âgée de plus de 55 ans. En admettant que la jurisprudence précitée s’applique à la recourante, il faut de toute manière constater que des mesures de réadaptation ne s’avèrent pas nécessaires en l’espèce. En effet, la recourante ne se trouve pas dans la situation d’un assuré qui aurait été éloigné du marché du travail en raison d’une atteinte à la santé et qui serait tout à coup, à la suite de la décision de l’OAI, renvoyé à l’exercice d’une activité professionnelle alors qu’il a plus de 55 ans. En l’espèce, le Dr P._____ a initialement reconnu à la recourante une capacité de travail d’au moins 50 % dans une activité adaptée dès le 25 mai 2011 – époque à laquelle la recourante n’était pas encore âgée de 55 ans – même s’il s’est ensuite ravisé en 2016 (rapport du 16 mars 2016).

Il faut en outre souligner que la recourante a déjà bénéficié de mesures professionnelles de la part de l’OAI dès 2011, dans un premier temps sous la forme d’un stage d’orientation professionnelle dans le domaine bureau-commerce auprès du Centre [...], prévu de janvier à avril 2011 (communication du 30 novembre 2010), mais interrompu le 4 février 2011. Le responsable de cette mesure a informé l’OAI que la recourante avait été très démonstrative face à ses douleurs durant ses rares jours de présence et qu’elle avait une attitude nonchalante (note téléphonique du 9 février 2011). Le rapport du Centre [...] du 18 mars 2011 relève que la recourante n’a pas démontré de volonté de découvrir un domaine adapté à ses limitations ni de détermination à s’engager dans un processus de réadaptation. La recourante a ensuite semble-t-il été inscrite au chômage entre 2012 et 2013 (cf. rapport de la Dre R._____, médecin au Service de l’emploi, et note de l’entretien à l’OAI du 25 avril 2013) et a expressément sollicité des mesures d’ordre professionnel auprès de l’OAI fin 2012 (note du 21 décembre 2012). Elle a ainsi bénéficié d’un stage d’observation professionnelle auprès des [...] à 60 % du 28 mai au 26 août 2012 (communication du 1^{er} mai 2012). Dans le cadre de cette mesure, elle a effectué un stage auprès du centre de culture des D._____, lequel a confirmé qu’elle avait les prérequis pour exercer une activité dans

l'accueil ou à la réception dans un EMS et qu'elle était capable de s'adapter à des travaux manuels de type industriels légers (conditionnement) avec des rendements proches de 100 %. Une mise à niveau en informatique s'avérait toutefois nécessaire pour améliorer son employabilité (note du service REA du 22 août 2012, rapport des [...] du 5 septembre 2012). Des cours d'informatique suivis d'un perfectionnement à la bureautique ont ainsi été octroyés à la recourante du 3 septembre au 31 janvier 2013. A l'issue de ces cours, il a été constaté que ses connaissances étaient exploitables dans l'économie (rapport final REA du 31 janvier 2013). Au vu de ce qui précède, il n'y a pas lieu de mettre en œuvre de nouvelles mesures de réadaptation. Contrairement à ce que soutient la recourante, sa situation n'a pas évolué défavorablement depuis la mise en place des mesures précitées étant donné que la Dre Y. _____ conclut à l'existence d'une capacité de travail de 70 % depuis le 1^{er} février 2012 pour une durée indéterminée. Les mesures précédemment mises en œuvre, qui ont démontré l'employabilité de la recourante, demeurent dès lors valables.

8. a) S'agissant du calcul du degré d'invalidité, l'on constate que l'OAI a omis d'instruire la question du revenu sans invalidité, en dépit de l'arrêt de renvoi du 19 janvier 2017 consid. 5c et a repris le montant de 38'705 fr. 50 de salaire annoncé par l'employeur dans son formulaire du 24 octobre 2018, qui ne concorde pas avec le salaire mensuel indiqué (soit 3'251 fr. 70). S'il aurait été utile d'interroger l'employeur à cet égard, il faut constater que les décomptes annuels de salaire versés au dossier permettent néanmoins de statuer. Il ressort du décompte relatif à l'année 2008 que la recourante a touché un revenu mensuel de base de 3'155 fr. 55 de janvier à juin 2008, de 3'222 fr. 70 de juillet à septembre 2008 et de 3'251 fr. 70 pour le mois d'octobre 2008. Il convient de se baser sur ces données, qui correspondent à la réalité et sont donc plus fiables que les indications retranscrites par l'employeur dans son formulaire. Il en ressort que le salaire de 3'251 fr. 70 n'a été perçu qu'à partir d'octobre 2008 et non pas janvier 2008. En définitive, le revenu sans invalidité pour l'année 2008 doit être fixé à 39'460 fr. 95 (soit 3'155 fr. 55 de janvier à juin 2008, 3'222 fr. 70 de juillet à septembre 2008 et 3'251 fr. 70 d'octobre à

décembre 2008, plus la prime de fidélité de 1'104 fr. 45). Ce revenu sera indexé en fonction de l'évolution du salaire nominal des femmes (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2 ; TF 9C_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2).

b) C'est à juste titre que l'OAI s'est fondé sur les données salariales statistiques ressortant de l'ESS pour calculer le revenu avec invalidité de la recourante, celle-ci n'ayant pas repris d'activité lucrative depuis son accident (voir à ce sujet ATF 143 V 295 consid. 2.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1). Les revenus avec invalidité arrêtés par l'OAI, qui ne sont pas contestés, peuvent être confirmés. La recourante ne critique pas l'abattement de 10 % appliqué par l'OAI dans ses calculs en raison de ses limitations fonctionnelles, respectivement également de son âge. Cet abattement peut en effet être confirmé (voir à ce sujet ATF 146 V 16 consid. 4.1 ; 126 V 75). Il convient néanmoins de faire remarquer que, dans un premier temps, lors de l'établissement du projet de décision du 17 octobre 2019, l'OAI avait tenu compte, pour l'année 2018, d'un taux d'abattement de 15 % sur le revenu d'invalidé en raison des limitations fonctionnelles et de l'âge de la recourante (cf. calcul du salaire exigible du 20 juin 2019). Cela étant, même si l'on applique un abattement de 15 % pour le calcul relatif à l'année 2018, cela n'influence pas le quart de rente reconnu à la recourante à partir de cette date.

c) En ce qui concerne les empêchements dans les activités ménagères, l'OAI s'est fondé sur la troisième enquête à domicile réalisée en février 2020, qui a conclu à l'existence d'une incapacité de travail pondérée de 27,2 % (rapport du 12 mars 2020). La recourante ne conteste pas les conclusions du rapport d'enquête ménagère, lequel peut en effet se voir reconnaître une pleine valeur probante (à ce sujet, cf. ATF 140 V 543 consid. 3.2.1 ; 130 V 61 consid. 6 et les références citées ; TF 9C_687/2014 du 30 mars 2015 consid. 4.2.1).

d) Etant rappelé que le statut de la recourante est de 70 % active et 30 % ménagère dès 2008, puis de 80 % active et 20 % dès 2011, les calculs des degrés d'invalidité se présentent dès lors comme suit :

Pour 2008 (application de l'ancienne méthode mixte de calcul de l'invalidité) :

Revenu sans invalidité à 70 % : 46'037 fr. 78

Revenu avec invalidité (totale incapacité de travail) : 0 fr.

Degré d'invalidité économique : 100 %

Degré d'invalidité pour la part active de 70 % :

% :

Empêchements ménagers : 27,20 %

Degré d'invalidité pour la part ménagère de 30 % :

30 % :

Degré d'invalidité global : **78,16 %**

Pour 2011 (application de l'ancienne méthode mixte de calcul de l'invalidité) :

Revenu sans invalidité à 80 % : 54'853 fr. 52

Revenu avec invalidité (capacité de travail de 50 %) : 24'015 fr. 45

Degré d'invalidité économique : 56,22 %

Degré d'invalidité pour la part active de 80 % :

% :

Empêchements ménagers : 27,20 %

Degré d'invalidité pour la part ménagère de 20 % :

20 % :

Degré d'invalidité global : **50,42 %**

Pour 2012 (application de l'ancienne méthode mixte de calcul de l'invalidité) :

Revenu sans invalidité à 80 % : 55'402 fr. 07

Revenu avec invalidité (capacité de travail de 70 %) : 32'407 fr. 91

Degré d'invalidité économique : 41,50 %

Degré d'invalidité pour la part active de 80 % :	33,20 %
Empêchements ménagers :	27,20 %
Degré d'invalidité pour la part ménagère de 20 % :	5,44 %
Degré d'invalidité global :	38,64 %

Pour 2018 (application de la nouvelle méthode mixte de calcul de l'invalidité) :

Revenu sans invalidité à 100 % :	71'996 fr. 79
Revenu avec invalidité (capacité de travail de 70 %) :	34'449 fr. 16
Degré d'invalidité économique :	52,15 %
Degré d'invalidité pour la part active de 80 % :	41,72 %
Empêchements ménagers :	27,20 %
Degré d'invalidité pour la part ménagère de 20 % :	5,44 %
Degré d'invalidité global :	47,16 %

Même si l'on applique le taux de 15 % d'abattement que l'OAI avait initialement appliqué lors de ses calculs du 20 juin 2019 préalable au premier projet de décision, on obtient un revenu avec invalidité de 32'535 fr. 32, ce qui conduit à un degré d'invalidité économique de 54,81 % et de 43,85 % pour la part active. En y ajoutant le degré d'invalidité de 5,44 % pour la part ménagère, on obtient un degré d'invalidité global de 49,29 %, qui ne donne donc pas davantage de droits à la recourante.

e) Si les taux d'invalidité précités s'écartent un peu de ceux retenus par l'OAI, cela n'influence cependant pas le droit à la rente de la recourante. C'est en effet à juste titre que l'OAI l'a mise au bénéfice d'une rente d'invalidité entière à partir du 1^{er} avril 2009, compte tenu du délai de six mois à compter de sa demande déposée le 6 octobre 2008 (art. 29

al. 1 LAI), puis d'une demi-rente du 1^{er} septembre 2009 au 30 avril 2012 (en application de l'art. 88a al. 1 RAI). Le droit à une rente s'ouvre à nouveau dès le 1^{er} janvier 2018, date de l'entrée en vigueur de la nouvelle méthode mixte de calcul de l'invalidité, sous la forme d'un quart de rente.

9. Au vu de ce qui précède, il faut constater que les pièces médicales au dossier permettent à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il y a dès lors lieu de confirmer le rejet de la requête d'expertise judiciaire de la recourante par appréciation anticipée des preuves. En effet, 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 (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

10. a) Le recours est par conséquent rejeté.

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 recourante, vu le sort de ses conclusions.

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPG).

**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 18 novembre 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de G._____.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Philippe Nordmann (pour G._____),
- 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 :