

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 28 décembre 2020

Composition : Mme DESSAUX, présidente
M. Métral et Mme Brélaz Braillard, juges
Greffière : Mme Jeanneret

Cause pendante entre :

K. _____, à [...], recourante,

et

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

Art. 6 ss, 16 et 17 LPGA ; 4 al. 1, 17 et 28 LAI ; 88a al. 1 RAI

E n f a i t :

A. K._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], exploite depuis 2008 un tea-room en qualité d'indépendante sous la raison individuelle Z._____. En fin d'année 2014, elle a subi deux interventions chirurgicales, l'une pour une atteinte à l'oreille et l'autre pour une atteinte à la cheville droite. L'assurée a interrompu son activité professionnelle à 100 % du 27 octobre 2014 au 8 février 2015, puis l'a reprise à 50 % dès le 9 février 2015.

Le 3 mars 2015, l'assurée 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) par l'intermédiaire de Q._____, assureur perte de gain en cas de maladie.

Un extrait du compte individuel AVS de l'assurée a été produit le 12 mars 2015, faisant état, depuis 1984, de revenus salariés auprès de divers employeurs ainsi que d'activités indépendantes, en dernier lieu depuis 2008.

Par courrier du 24 mars 2015, l'assurée a remis à l'OAI, notamment, ses déclarations d'impôt 2010 à 2013 ainsi que les bilans et comptes de pertes et profits de son tea-room pour la même période. Il apparaît que pour l'année 2010, l'intéressée a déclaré aux impôts un revenu tiré de son activité indépendante de 55'442 fr., ce qui correspond au résultat (arrondi) de l'exercice 2010 du tea-room ; pour 2011, ces mêmes chiffres s'élevaient à 39'752 fr., pour 2012 à 27'338 fr. et pour 2013 à 26'173 francs.

Selon le rapport d'enquête établi le 25 mars 2015 par Q._____, l'établissement de l'assurée est un café-bar d'une surface d'environ 100 m² comprenant quarante places assises et un bar, exploité de 6 heures à 19 heures du lundi au samedi et proposant de la petite restauration. L'assurée a déclaré qu'avant l'atteinte à sa santé, elle y

travaillait à 100 %, à raison de quarante-cinq heures par semaine, sur six jours. S'agissant de l'organisation de son travail, elle a indiqué que sa journée de travail type était partagée entre la mise en place (une heure) et l'accueil et le service de la clientèle (huit heures), tandis que son mari et son fils s'occupaient des courses et que l'aspect administratif était géré par son fils comptable et par une fiduciaire. Elle a encore précisé que, depuis l'atteinte à sa santé, elle faisait les mêmes activités, mais à 50 %, le reste étant réparti entre un employé à 30 %, des extras, son mari et son fils.

Dans un rapport du 26 mars 2015, le Dr V._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, de kyste tenosynovial au pied droit et, sans effet sur la capacité de travail, de pieds creux bilatéraux avec un pronostic réservé. Il a précisé qu'une résection d'un kyste au pied droit avait été pratiquée le 17 décembre 2014 mais qu'il persistait depuis lors une tuméfaction due à la déformation osseuse. Il relevait que sa patiente était serveuse et qu'il était difficile de lui demander de travailler debout toute la journée car elle ressentait rapidement des douleurs au niveau de son pied, raison pour laquelle son temps de travail avait été réduit de 50 %. Il confirmait ainsi une incapacité de travail totale du 8 décembre 2014 au 8 février 2015, puis de 50 % dès le 9 février 2015. S'agissant des travaux qui pouvaient encore être exigés de l'assurée, il mentionnait que les activités uniquement en position debout, dans différentes position ou exercées principalement en marchant (terrain irrégulier) n'étaient exigibles qu'à 50 % et que l'assurée ne devait pas monter sur une échelle ou un échafaudage.

Selon le rapport établi le 7 avril 2015, la Dre T._____, médecin praticien et médecin traitante de l'assurée, a posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, de cervicalgies et, sans effet sur la capacité de travail, de chirurgie ORL pour otites chroniques. Cette médecin a précisé que les cervicalgies entraînaient une limitation des mouvements de la tête. Elle a cependant indiqué que l'activité exercée par sa patiente était exigible à 100 % selon les douleurs,

précisant ensuite qu'il existait une limitation de 50 % pour le travail avec les bras au-dessus de la tête ainsi que pour soulever ou porter.

Il ressort du rapport établi le 22 avril 2015 par le Dr B._____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie (ORL) et chirurgie cervico-faciale, que l'assurée a bénéficié d'un traitement ambulatoire du 25 septembre 2014 au 17 avril 2015 en raison d'une surdité modérée gauche avec otite moyenne chronique, diagnostic sans effet sur la capacité de travail.

Dans un rapport du 5 mai 2015, le Dr V._____ a confirmé les diagnostics posés dans son précédent rapport, en mentionnant toutefois que le diagnostic de pieds creux impliquait une déformation du médio-tarse droit et avait un effet sur la capacité de travail. Il signalait par ailleurs que, depuis quelques semaines, la tuméfaction du médio-tarse droit était plus importante et plus douloureuse et qu'il y avait également, sur la face interne du médio-tarse, une tuméfaction fluctuante sur le trajet du tendon du long extenseur de l'hallux. Il confirmait dès lors que l'activité exercée n'était exigible qu'à 50 % en raison des douleurs au pied droit, ainsi que les limitations déjà évoquées.

Le Dr M._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a établi un rapport le 22 septembre 2015, dans lequel il a posé les diagnostics d'arthrose M1-C1 à droite sur dysplasie proximale du 1^{er} métatarsien et de status post-chirurgie pour ténosynovite chronique fibrineuse du long extenseur de l'hallux à droite. Exposant que l'assurée n'avait pas vu d'amélioration ensuite de la première intervention chirurgicale, il préconisait une nouvelle intervention pour procéder à l'excision de l'excédent osseux et pratiquer une arthrodèse M1-C1.

Par courrier du 29 octobre 2015, l'OAI a informé l'assurée du fait qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible car sa situation médicale n'était pas encore stabilisée.

L'intervention évoquée par le Dr M._____ a eu lieu le 25 janvier 2016 et a entraîné une nouvelle interruption totale de travail.

Répondant le 20 juin 2016 à un questionnaire de l'OAI, le Dr M._____ a indiqué que l'évolution de l'assurée sur le plan orthopédique était « lentement favorable », mais qu'il existait toujours des limitations fonctionnelles pour la position debout prolongée et la marche. La capacité de travail dans l'activité exercée était à réévaluer ultérieurement, de même que la capacité de travail dans une activité adaptée, étant précisé que le pied de l'assurée gonflait en position déclive et était douloureux.

Le 10 octobre 2016, le Dr M._____ a indiqué à l'OAI que l'assurée avait retrouvé une capacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle dès août 2016. Il estimait que la capacité de travail dans une activité adaptée était également de 50 % et mentionnait que les limitations fonctionnelles d'ordre strictement médical concernaient la station debout prolongée, les longues marches et le port de lourdes charges.

Dans son avis du 8 novembre 2016, prenant connaissance du rapport du 10 octobre 2016 précité, la Dre J._____, médecin au Service médical régional (SMR) de l'OAI, a estimé qu'il manquait des éléments cliniques objectifs pour justifier une incapacité de travail depuis octobre 2014. Elle préconisait par conséquent la mise en œuvre d'un examen clinique rhumatologique dans le cadre du SMR, afin de pouvoir se prononcer sur la capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée.

Le 13 décembre 2016, le Dr D._____, spécialiste en rhumatologie, a procédé à un examen clinique rhumatologique de l'assurée au SMR. Dans son rapport du 13 janvier 2017, ce médecin a posé les diagnostics, avec répercussion durable sur la capacité de travail, d'arthrose du lisfranc du côté droit, traitée chirurgicalement, et, sans répercussion sur la capacité de travail, de cervicalgies et lombalgies communes. Il a mentionné que l'assurée présentait des limitations

fonctionnelles du membre inférieur droit, rendant impossible le travail prolongé en station debout au-delà de soixante minutes, les soixante minutes correspondant à la durée de marche qu'elle pouvait réaliser, de même que le travail en position statique debout au-delà d'une vingtaine de minutes, les montées et descentes répétées d'escalier, le travail sur un plan instable et le port de charges supérieures à 10 kg. S'agissant de l'incapacité de travail induite par l'atteinte à la santé, le Dr D. _____ s'est calqué sur les rapports médicaux établis par le Dr M. _____ pour retenir une incapacité totale dans l'activité habituelle du 8 décembre 2014 au 8 février 2015 en relation avec la première opération, puis de 50 % du 9 février 2015 au 24 janvier 2016, totale du 25 janvier au 31 juillet 2016 en lien avec la deuxième opération, de 50 % du 1^{er} août au 6 novembre 2016, à nouveau totale du 7 novembre 2016 au 1^{er} janvier 2017 ensuite de l'ablation du matériel d'ostéosynthèse (AMO) effectuée le 7 novembre 2016 et enfin de 50 % du 2 janvier au 31 janvier 2017, une reprise de l'activité professionnelle à 100 % étant attendue dès le 1^{er} février 2017. Il relevait que le pronostic était bon d'un point de vue ostéoarticulaire, mais réservé au niveau de la reprise du travail dans l'activité habituelle, car l'assurée ne s'estimait pas apte à travailler à plus de 50 % en raison des douleurs persistantes au pied droit et de douleurs devenues plus forte au niveau du dos. Sur ce point, il observait une incohérence dans la mesure où l'assurée travaillait à 100 % avant l'opération, laquelle avait amélioré l'état clinique. Il préconisait dès lors de procéder à une expertise orthopédique dans l'éventualité où l'assurée ne reprendrait pas son travail à plein temps début février 2017. Le Dr D. _____ a par ailleurs retenu que la capacité de travail exigible dans une activité adaptée était complète dès début août 2016, date à partir de laquelle l'assurée était, selon lui, apte à suivre et à s'investir dans une mesure de réadaptation, sous réserve de l'interruption totale de travail liée à l'AMO.

Par courrier du 29 janvier 2017, l'assurée a transmis un certificat médical établi le 26 janvier 2017 par le Dr M. _____, attestant d'une incapacité de travail de 50 % dès le 1^{er} février 2017. Ce médecin a ensuite régulièrement prolongé cette incapacité de travail.

En février 2017, l'OAI a mis en œuvre une analyse économique pour les indépendants. Dans son rapport du 15 mars 2017, l'enquêteur a précisé qu'il s'était basé sur les comptes d'exploitation de 2010 à 2013 pour déterminer le revenu annuel moyen de l'assurée, dans la mesure où les volumes étaient restés « à peu près identiques » durant cette période. Il a précisé que, contrairement aux autres années, l'assurée avait fait appel à du personnel salarié en 2013 pour un montant de 11'000 fr. et qu'un montant de 14'150 fr. avait été considéré comme un revenu accessoire, s'agissant de versements effectués en 2012 et 2013 par l'entreprise H. _____ Sàrl, dont l'intéressée avait détenu des parts jusqu'à ce que le tout ne soit repris par son mari. Il a dès lors retenu les chiffres suivants :

Incapacité de travail (L.M)														
Comptes de l'année	2008	en %	2009	en %	2010	en %	2011	en %	2012	en %	2013	en %	2014	en %
Chiffre d'affaires	####		148'540	99%	147'174	76%	194'521	105%	191'824	105%	138'115	79%		####
TVA	####		-7'724	-5%	-10'126	-5%	-8'497	-5%	-9'984	-5%	-8'934	-5%		####
Recettes diverses (loterie)	####		9'807	6%	55'836	29%		0%		0%	45'796	26%		####
Produit d'exploitation total	0	####	150'423	100%	192'882	100%	186'024	100%	181'839	100%	174'977	100%	0	####
Charges marchandises	####		52'897	35%	48'894	25%	52'399	28%	50'119	28%	45'866	26%		####
Sous-traitants, travaux de tiers	####		0%		0%		0%		0%		0%			####
	####		0%		0%		0%		0%		0%			####
Marge brute 1	0	####	97'726	65%	143'888	75%	133'625	72%	131'641	72%	129'310	74%	0	####
Salaires du personnel	####		13'845	9%		0%		0%		0%	11'050	6%		####
Ch sociales	####		6'200	4%		0%		0%		0%	2'731	2%		####
APG reçues (+coût personnelles)	####		-3'905	-3%	-61	0%	3'350	2%	2'180	1%	-207	0%		####
AVS indépendant	####			0%	855	0%	4'685	3%	7'289	4%	5'152	3%		####
Marge brute 2	0	####	81'788	54%	143'094	74%	128'991	68%	122'092	67%	110'584	63%	0	####
Loyers, coût des bâtiments	####		45'136	30%	59'949	31%	51'561	28%	64'578	36%	60'404	35%		####
Entretien locaux	####		4'460	3%	2'052	1%	237	0%	1'843	1%	2'013	1%		####
Entret véhicule	####		4'598	3%	384	0%	6'566	4%	537	0%		0%		####
Patentes et taxes	####		2'435	2%	2'844	1%	2'922	2%	3'887	2%	2'437	1%		####
Energie, chauffage, etc.	####		10'248	7%	9'925	5%	9'427	5%	9'649	5%	7'900	5%		####
Frais administratifs	####		3'678	2%	3'728	2%	3'306	2%	3'084	2%	3'022	2%		####
Pub et déco	####		2'911	2%	3'229	2%	2'964	2%	3'065	2%	2'653	2%		####
Frais financiers, impôts	####		458	0%	1'265	1%	5'197	3%	3'898	2%	1'781	1%		####
	####		0%		0%		0%		0%		0%			####
	####		0%		0%		0%		0%		0%			####
	####		0%		0%		0%		0%		0%			####
Cash-flow	0	####	7'862	5%	59'910	31%	43'422	23%	31'950	18%	30'174	17%	0	####
Amortissements	####		5'547	4%	4'468	2%	3'889	2%	4'611	3%	4'000	2%		####
Bénéfice d'exploitation	0	####	2'315	2%	55'442	29%	39'753	21%	27'339	15%	26'174	15%	0	####
	####		0%		0%		0%		0%		0%			####
	0	####	2'315	2%	55'442	29%	39'753	21%	27'339	15%	26'174	15%	0	####

Moyenne 2010-2013

37178.9

Majoré AVS 6.591%

39627.2

Moyenne 2010-2013+ salaires lissés 10-13

44027

L'enquêteur a établi que le revenu annuel moyen s'élevait à 44'027 fr., après majoration de 6,591 % pour tenir compte des cotisations de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS). Il a en outre conclu que, vu les revenus réalisés, l'exigibilité médicale reconnue dans l'exercice d'une activité adaptée et l'âge de l'assurée, il pouvait être attendu de celle-ci

qu'elle exerce une activité adaptée à ses limitations à 100 % durant les années qui la séparent de la retraite ou qu'elle complète le 50 % qu'elle estimait réalisable dans son entreprise avec l'exercice à 50 % d'une activité légère permettant l'alternance des positions et sans ports de charges importants sur le circuit économique normal. Enfin, il relevait que, sur le plan comptable, les investissements engagés par l'assurée dans son entreprise n'étaient pas tels que l'on ne puisse considérer que la cessation de son activité entraînerait une perte conséquente des capitaux investis, au vu des années qui la séparaient de l'âge de l'AVS.

Dès lors, l'OAI a procédé à la détermination du préjudice économique de l'assurée, en tablant sur le fait que l'incapacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle serait durable, mais qu'une capacité de travail dans une activité adaptée était exigible à 50 % en complément de l'activité habituelle, un renoncement de l'activité indépendante pour reprendre une activité adaptée à 100 % pouvant également être retenu comme exigible (cf. avis juriste du 19 juin 2017). Ainsi, le rapport final établi le 4 décembre 2017 a conclu à l'absence de préjudice économique sur la base du calcul du salaire exigible. Ce salaire a été évalué à 54'386 fr. 23 sur la base des statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) de 2014 (TA 1, niveau de compétence 1), indexé à 2016. Le rapport mentionnait comme exemples d'activités adaptées, des « activités simples et répétitives dans le domaine industriel léger, par exemple ouvrière à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrière dans l'usinage sur machines préréglées, opératrice de production (conditionnement, montage, emballage, préparation de commandes, contrôle de qualité) ».

Le Dr M. _____ a attesté une reprise du travail à 100 % dès le 26 janvier 2018, puis à nouveau une incapacité de travail de 50 % dès le 8 mars 2018, régulièrement prolongée. Dans le rapport qu'il a ensuite adressé le 21 mai 2018 à l'OAI, ce médecin a mentionné que le diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail était un status post arthrodèse du lisfranc du pied droit et des lombalgies chroniques, en précisant que, dès le 8 mars 2018, la capacité de travail était de 50 % tant

dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée et que les limitations fonctionnelles étaient les longues marches, les stations debout prolongées et le port de lourdes charges.

L'OAI a mandaté le Dr L._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, pour procéder à une expertise orthopédique. Dans son rapport du 15 novembre 2018, ce médecin a posé les diagnostics suivants :

« Avec répercussion sur la capacité de travail

1. Douleurs persistantes des deux pieds.
 - Malformation des premiers rayons des deux pieds sous forme d'un premier métatarsien court, dysplasie de l'articulation C1-M1 et altération de la formule métatarsienne.
 - Status après arthrodèse M1-C1 pied droit (25.01.2016).
 - Status après AMO pied droit (07.11.2016)
 - Arthrose M1-P1 des deux côtés, asymptomatique, avec mobilité conservée.
2. Lombalgies chroniques par intermittence.
 - Discopathies L2-L3, L3-L4, L4-L5 sous forme de protrusion discale et arthrose interfacettaire postérieure.
3. Cervicalgies chroniques par intermittence.
 - Discopathies pluriétagées prédominantes en C4-C5, C5-C6 et C6-C7). »

S'agissant de la capacité de travail, le Dr L._____ a exposé qu'une incapacité de travail de 50 % était justifiable dans l'activité exercée par l'assurée, car le métier de restauratrice-tenancière d'un café-bar ne respectait pas ses limitations fonctionnelles et qu'aucune mesure médicale ou thérapie ne paraissait susceptible d'améliorer notablement cette capacité de travail. En revanche, ce médecin a conclu qu'il n'y avait aucun argument pour dire que la capacité de travail de l'assurée serait réduite dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, la diminution de la capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée attestée par le Dr M._____ n'étant ainsi « pas du tout médicalement justifiable ». Il a par ailleurs relevé qu'une interruption de travail de plus de trois mois après l'arthrodèse n'était pas justifiée et qu'une interruption de travail de sept semaines après l'AMO était « difficilement justifiable ».

Enfin, l'expert exposait ce qui suit s'agissant de l'appréciation des capacités, des ressources et des difficultés :

« Les limitations fonctionnelles dues aux troubles vertébraux et aux douleurs des deux pieds sont un travail sédentaire ou semi-sédentaire dans lequel, elle puisse alterner la position assise avec la position debout (table à hauteur variable). De courts déplacements à plat sont possibles (moins d'une heure). Elle doit éviter les positions statiques prolongées de la nuque. Elle doit éviter les travaux, penchée en avant ou en porte-à-faux. Elle doit éviter le port et le soulèvement de charges de plus de 10 kg. »

Sur la base de cette expertise, la Dre J._____ a retenu, dans son rapport SMR du 31 janvier 2019, une interruption de travail (IT) à 100 % dès le 27 octobre 2014, une capacité de travail dans l'activité habituelle (CTAH) et dans une activité adaptée (CTAA) de 50 % dès le 9 février 2015, une IT à 100 % dès le 25 janvier 2016, une CTAH à 50 % et une CTAA à 100 % dès août 2016, une IT à 100 % dès le 7 novembre 2016 et enfin une CTAH à 50 % et une CTAA à 100 % dès janvier ou février 2017.

Le 1^{er} juillet 2019, l'OAI a transmis à l'assurée un projet de décision d'octroi d'une rente d'invalidité, reconnaissant le droit à une demi-rente dès le 1^{er} octobre 2015, puis à une rente entière du 1^{er} avril 2016 au 30 avril 2017. En substance, l'OAI a considéré que, dès le 2 janvier 2017, l'assurée présentait durablement une capacité de travail complète dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues par l'expert et qu'il pouvait être exigé d'elle qu'elle renonce à son activité indépendante, compte tenu des années qui la séparaient encore de l'âge de la retraite, du caractère récent de son activité indépendante lorsqu'elle a été atteinte dans sa santé et du revenu relativement modeste qu'elle tirait de cette entreprise. La comparaison des revenus avec et sans invalidité ne révélait en outre aucun préjudice économique.

L'assurée s'est opposée à ce projet de décision par courrier du 9 juillet 2019, en faisant valoir qu'elle ne pourrait pas travailler à 100 % en raison de son âge et de son état de santé, ressentant des douleurs au dos

lorsqu'elle restait assise de façon prolongée et des douleurs au dos et aux pieds lorsqu'elle restait debout plus de deux heures. Enfin, elle déclarait qu'en raison de son âge, elle ne pourrait trouver un travail qui lui correspondait et qu'elle ne pouvait pas se permettre de ne plus travailler du tout. Elle concluait ainsi à l'octroi d'une demi-rente jusqu'à l'âge de la retraite.

Par courrier du 19 novembre 2019, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité, ensuite d'un accident avec chute sur les fesses survenu le 20 juin 2019. Cette demande était accompagnée notamment d'un certificat médical établi le 8 juillet 2019 par le Dr W._____, spécialiste en médecine interne générale, attestant d'une incapacité de travail complète de l'assurée dès le 20 juin 2019 puis d'une reprise à 50 % à compter du 1^{er} août 2019, ainsi qu'un rapport établi le 11 septembre 2019 par le Dr R._____, spécialiste en radiologie, dont on extrait ce qui suit :

« CONCLUSIONS

Discopathies lombaires pluri-étagées avec une touche de discospondylarthrose lombaire basse. Ebauche d'une coxarthrose débutante. Suspicion d'une ostéopénie. En cas de persistance de la symptomatologie, une pathologie post-traumatique (déchirure à l'enthèse des ischio-jambiers, contusion osseuse, ... ?) pourrait être recherchée par [imagerie par résonance magnétique (IRM)]. »

Par courrier du 2 décembre 2019, l'assurée a encore fourni divers documents à l'appui de son opposition au projet de décision de l'OAI. En particulier, un rapport de densitométrie osseuse du 5 novembre 2019 concluait à une densité osseuse insuffisante pour l'âge, dans le domaine de l'ostéoporose.

Dans un courrier adressé le 6 décembre 2019 à l'OAI, le Dr M._____ rappelait que, dans ses précédents rapports, il avait indiqué que l'intéressée ne pouvait pas « travailler à 100 % dans une activité non adaptée » et que, pour les activités adaptées, « son pourcentage pourrait être limité à 50 % tout en évitant les longues marches, les stations debout prolongées ainsi que le port de lourdes charges ».

Dans un rapport non daté, reçu par l'OAI le 11 décembre 2019, le Dr W._____ déclarait que l'assurée présentait des lombalgies chroniques depuis une chute en juillet (*sic*) 2019, lesquelles s'ajoutaient aux séquelles d'une opération des hallux valgus. Il en concluait que sa capacité de travail dans son activité de restauratrice était limitée à 50 %, l'intéressée souffrant de douleurs nocturnes avec sommeil non réparateur.

Ces trois derniers documents ont été soumis le 19 décembre 2019 à la Dre H._____, médecin au SMR, qui a pris les conclusions suivantes :

« Les examens ne démontrent pas du tout que l'interruption de travail (IT) soit durable dans l'exercice d'une activité adaptée aux lésions fonctionnelles (LF) déjà relevées dans notre préavis suite à la chute. L'indication de densité osseuse insuffisante pour l'âge ou l'ostéoporose ne nous permettent pas de remettre en question ces LF qui si le poste de travail en tient compte ne l'empêche pas d'être active.

Le courrier du Dr W._____ évoque la capacité de travail (CT) limitée à 50 % dans son activité de restauratrice, ce que nous avons aussi reconnu ».

Le 27 février 2020, l'OAI a confirmé son projet de décision, en octroyant à l'assurée une demi-rente du 1^{er} octobre 2015 au 31 mars 2016, puis une rente entière du 1^{er} avril 2016 au 30 avril 2017.

B. Par acte du 13 mars 2020, K._____ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision du 27 février 2020, concluant implicitement à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une demi-rente à compter du 1^{er} mai 2017. A l'appui de son recours, elle a produit notamment le rapport de densitométrie osseuse du 5 novembre 2019 précité, un rapport médical du Dr M._____ daté du 10 mars 2020 contenant les mêmes remarques que son rapport du 28 novembre 2019 déjà cité, ainsi qu'un certificat médical établi le 2 mars 2020 par le Dr W._____, mentionnant un consilium de rhumatologie dans le cadre de lombalgies post chute sur le dos et précisant que sa patiente travaillait à 50 % dans son métier de restauratrice.

Par réponse du 19 mai 2020, l'intimé a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision litigieuse, faisant valoir en substance que les nouvelles pièces déposées par la recourante ne démontraient pas d'éléments médicaux qui auraient été négligés dans le cadre de son instruction et qui justifieraient de revoir la décision contestée, se référant en particulier à l'avis SMR du 19 décembre 2019 précité.

Le 16 juillet 2020, l'intimé a produit les pièces reçues de Q._____, assureur-accidents de la recourante, parmi lesquelles figurait notamment un rapport du Dr G._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, du 3 avril 2020. Ce médecin a posé le diagnostic principal de lombo-pygalgies bilatérales post chute de sa hauteur le 20 juin 2019, sur syndrome lombovertébral, raccourcissement du muscle ilio-psoas des deux côtés, bursite ischiatique bilatérale et tendinopathie des ischio-jambiers des deux côtés. Il précisait que les lombalgies de l'assurée étaient liées principalement au raccourcissement du muscle ilio-psoas des deux côtés et en moindre mesure à un syndrome lombovertébral, dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs modérés du rachis dorsolombaire, alors que les pygalgies étaient en lien avec une probable bursite post-traumatique bilatérale et une tendinopathie des ischio-jambiers des deux côtés.

Par courrier du 5 août 2020, la recourante a encore produit un rapport du Dr G._____ daté du 13 juillet 2020. Confirmant le diagnostic posé dans son précédent rapport et ajoutant celui de lombosciatalgie droite, déficitaire sur le plan sensitivomoteur L5, il préconisait une IRM lombaire et le maintien d'une capacité de travail à 50 % maximum.

Par déterminations du 18 septembre 2020, l'intimé a réagi à cet envoi en relevant que la capacité de travail dans une activité adaptée avait été évaluée en tenant compte de ses troubles vertébraux et de ses douleurs aux pieds, de par les limitations fonctionnelles retenues. Il relevait que le Dr G._____ n'expliquait pas les raisons pour lesquelles il s'écartait de l'aptitude au travail évaluée à la suite d'une expertise orthopédique et d'un examen clinique rhumatologique au SMR.

L'intimé a également produit de nouvelles pièces provenant du dossier accident de Q._____, dont un avis orthopédique sur dossier du 30 juillet 2020 du Dr P._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Ce médecin a relevé que les examens radiographiques du bassin et du rachis lombaire effectués le 11 septembre 2019 ne montraient aucune lésion traumatique. Il en concluait que l'accident du 20 juin 2019 avait causé des contusions qui avaient cessé de déployer leurs effets au 1^{er} août 2019 et n'avaient laissé aucune séquelle. S'intéressant à la problématique préexistante de discopathie lombaire en L2/L3, L3/L4 et L4/L5, le Dr P._____ ne retenait aucune complication discale intervertébrale lombaire en lien avec l'événement du 20 juin 2019. Il mentionnait qu'une ostéodensitométrie effectuée le 8 mars 2018 avait révélé une ostéoporose et était confirmée par celle effectuée le 5 novembre 2019. Ce dernier examen avait été complété par un « vertebral fracture assessment » et un « trabecular score », examens qui montraient l'absence de complication vertébrale de nature osseuse et permettaient d'affirmer que l'état de santé antérieur au rachis lombaire, au plan osseux et avec une ostéoporose, n'avait pas été modifié par l'accident et qu'aucune aggravation n'en était attendue. Ainsi, il concluait qu'à compter du 2 août 2019, seules les pathologies médicales préexistantes à l'accident du 20 juin 2019 s'appliquaient et n'avaient pas été modifiées.

Enfin, par courrier du 5 octobre 2020, l'intimé a produit la décision rendue le 24 septembre 2020 par Q._____, par laquelle celle-ci constatait que les conditions donnant droit à des prestations de l'assurance-accidents n'étaient plus remplies en raison de la guérison des lésions dues à l'accident au 1^{er} août 2019.

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) Saisi d'un recours contre une décision prise par un assureur social, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 ; 125 V 413 consid. 2c).

b) En l'occurrence, le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, singulièrement sur sa capacité de travail dès le 2 janvier 2017.

3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de

l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, 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).

c) Une décision qui simultanément accorde une rente avec effet rétroactif et en prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression, respectivement octroie une rente pour une durée limitée, correspond à une décision de révision selon l'art. 17 LPGA (ATF 131 V 164 consid. 2.2 ; 130 V 343 consid. 3.5 ; 125 V 413 consid. 2d). Aux termes de cette disposition, si le degré d'invalidité du bénéficiaire subit une modification notable, la rente est d'office ou sur demande révisée pour l'avenir (augmentée, réduite, supprimée). Tout changement important des circonstances propres à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA (TF 9C_441/2008 du 10 juin 2009 consid. 4.1).

A teneur de l'art. 88a al. 1 RAI (règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période ; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. L'art. 88a al. 2 RAI prévoit en outre que, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable.

4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

Par ailleurs, selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment de la clôture de la procédure administrative. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b et les références citées).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

5. a) En l'espèce, l'intimé s'est fondé sur les conclusions concordantes des Drs D._____ et L._____, telles que validées ensuite par le SMR, pour retenir qu'à l'issue du délai d'attente d'une année, soit le 26 octobre 2015, l'assurée présentait une incapacité de travail de 50 % dans toute activité, puis qu'elle avait connu deux périodes successives d'incapacité totale de travail entre le 25 janvier 2016 et le 1^{er} janvier 2017 et, enfin, qu'elle avait ensuite durablement retrouvé une capacité de travail de 50 % dans son activité habituelle mais de 100 % dans une activité adaptée dès le 2 janvier 2017. On relèvera préliminairement que les périodes retenues par l'intimé pour l'octroi d'une rente, d'abord partielle puis entière, et la suppression de celle-ci, tiennent compte des délais de l'art. 88a RAI de manière adéquate en relation avec les rapports médicaux précités, ce que l'intéressée ne remet d'ailleurs pas en cause.

Cela étant, la recourante conteste avoir retrouvé une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, en se fondant principalement sur l'appréciation du Dr M._____. Ce dernier considère que sa patiente présente une capacité de travail de 50 % en toutes activités avec des limitations fonctionnelles consistant en l'évitement de la station debout prolongée, des longues marches et du port de lourdes charges. Force est de constater que dans ses différents rapports, le Dr M._____ n'a pas étayé l'incapacité de travail de 50 % dans une activité adaptée. Il s'est en effet limité à relever que le métier de serveuse exercé par sa patiente ne tient pas compte de ses limitations fonctionnelles, ce qui n'est pas contesté. Dites limitations fonctionnelles n'ont pas été ignorées par l'intimé, lequel a été au demeurant encore plus large que le médecin traitant. Il n'existe aucun élément objectivé et circonstancié dans les rapports du Dr M._____ qui permettrait de contredire les appréciations des Drs D._____ et L._____ concluant à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Il sera encore observé que le Dr M._____ a attesté d'une reprise du travail à 100 % dès le 26 janvier 2018, puis à nouveau une incapacité de travail de 50 % dès le 8 mars 2018, sans faire état d'un quelconque élément médical expliquant le retour au taux d'activité de 50%.

b) La recourante s'est également prévalu des rapports établis par les Drs W._____ et G._____, consultés après une chute survenue le 20 juin 2019.

Le Dr W._____ a certes attesté d'une incapacité de travail complète du 20 juin 2019 au 1^{er} août 2019 en lien avec cette chute. Il a ensuite retenu une capacité de travail de 50 % dès cette dernière date. De son côté, consulté plusieurs mois après l'accident en raison de la persistance de pygalgies et de lombalgies que l'intéressée attribuait à l'accident, le Dr G._____ a confirmé une capacité de travail de 50 %. Il apparaît cependant que ces deux médecins ont envisagé la capacité de travail uniquement sous l'angle de l'activité de restauratrice exercée par la recourante. En outre, ils n'ont pas fait état de nouvelles limitations

fonctionnelles qui seraient apparues en lien avec la chute du 20 juin 2019. En d'autres termes, les Drs W._____ et G._____ n'ont pas constaté que l'accident du 20 juin 2019 aurait entraîné une péjoration de la capacité de travail de la recourante de plus de trois mois, ni d'élément d'ordre médical susceptible d'avoir des répercussions sur la capacité de travail de la recourante dans l'activité adaptée telle que retenue par l'intimé sur la base des rapports établis par les Drs D._____ et L._____. Du reste, sur la base du dossier médical de l'assureur-accidents, le Dr P._____ a conclu que les lésions causées par l'accident étaient guéries depuis le 1^{er} août 2019 et qu'elles n'avaient laissé aucune séquelle. Il confirme ainsi l'absence de changement d'une durée supérieure à trois mois, susceptible d'ouvrir le droit à un accroissement des prestations.

Dès lors, il y a lieu d'admettre que l'accident n'a pas provoqué de modification déterminante de la situation médicale au sens de l'art. 88a al. 2 RAI, de sorte qu'il ne peut justifier de modification du droit à la rente.

c) Enfin, la recourante a joint à ses écritures un rapport de densitométrie osseuse du 5 novembre 2019. Ce rapport fait état d'une ostéopénie visible sur des radiographies et conclut à une densité osseuse insuffisante pour l'âge, dans le domaine de l'ostéoporose. Il ressort des rapports des Drs L._____ et P._____ qu'une première densitométrie osseuse effectuée en mars 2018 montrait déjà une densité osseuse insuffisante. Cette ostéopénie ou ostéoporose n'a cependant pas été mentionnée au titre de diagnostic incapacitant par l'un ou l'autre de ces praticiens. Au demeurant, le rapport d'imagerie radiologique du 11 septembre 2019 du Dr R._____, faisant état d'une suspicion d'ostéopénie, a été soumis à la Dre H._____, du SMR, laquelle a observé dans son avis du 19 décembre 2019 que cette atteinte ne remettait pas en cause la capacité de travail de 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Enfin, le rapport de densitométrie osseuse du 5 novembre 2019 n'est accompagné d'aucun rapport médical justifiant

d'un quelconque changement par rapport aux examens d'imagerie antérieurs et à leur appréciation.

d) En définitive, aucune pièce médicale au dossier ne permet de contrer les appréciations médicales des Drs D._____ et L._____, sur lesquelles s'est fondé l'intimé pour retenir que la recourante dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée depuis le 2 janvier 2017. Il convient de leur reconnaître une pleine valeur probante.

6. Il s'agit dès lors d'examiner si un changement de profession peut être exigé de la recourante, ce que cette dernière conteste.

a) On applique de manière générale dans le domaine de l'assurance-invalidité le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations de l'assurance-invalidité, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité ; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente. La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation. L'obligation de diminuer le dommage s'applique aux aspects de la vie les plus variés. Toutefois, le point de savoir si une mesure peut être exigée d'un assuré doit être examiné au regard de l'ensemble des circonstances objectives et subjectives du cas concret (ATF 113 V 22 consid. 4a et les références citées). Par circonstances subjectives, il faut entendre en premier lieu l'importance de la capacité résiduelle de travail ainsi que les facteurs personnels tels que l'âge, la situation professionnelle concrète ou encore l'attachement au lieu de domicile. Parmi les circonstances objectives doivent notamment être prises en compte l'existence d'un marché du travail équilibré et la durée prévisible des rapports de travail (ATF 138 I 205 consid. 3.2 ; TF 9C_36/2018 du 17 mai 2018 consid. 4.2).

b) Dans le cas d'un assuré de condition indépendante, on peut exiger, pour autant que la taille et l'organisation de son entreprise le permettent, qu'il réorganise son emploi du temps au sein de celle-ci en fonction de ses aptitudes résiduelles. Il ne faut toutefois pas perdre de vue que plus la taille de l'entreprise est petite, plus il sera difficile de parvenir à un résultat significatif sur le plan de la capacité de gain (9C_236/2009 du 7 octobre 2009 consid. 4.3). Au regard du rôle secondaire des activités administratives et de direction au sein d'une entreprise artisanale, un transfert de tâches d'exploitation proprement dites vers des tâches de gestion ne saurait en principe compenser entièrement les répercussions économiques résultant de l'atteinte à la santé (TF 9C_580/2007 du 17 juin 2008 consid. 5.4). Aussi, lorsque l'activité exercée au sein de l'entreprise après la survenance de l'atteinte à la santé ne met pas pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle de l'assuré, celui-ci peut être tenu, en fonction des circonstances objectives et subjectives du cas concret, de mettre fin à son activité indépendante au profit d'une activité salariée plus lucrative (TF 9C_36/2018 du 17 mai 2018 consid. 4.2 ; 9C_236/2009 du 7 octobre 2009 consid. 4.3 et les références citées ; 8C_748/2008 du 10 juin 2009 consid. 4.2.1).

La jurisprudence a eu l'occasion de constater que le passage de statut d'indépendant à celui de salarié constitue, dans les faits, une profonde remise en question socioprofessionnelle. Elle a cependant attaché de l'importance à la circonstance que les perspectives de revenus offertes par un changement d'activité n'étaient que légèrement plus élevées que celles liées aux revenus obtenus dans l'activité indépendante (TF 9C_36/2018 du 17 mai 2018, consid. 4.3.2 ; 9C_789/2016 du 5 avril 2017 consid. 5.2 ; 9C_578/2009 du 29 décembre 2009 consid. 4.3.2). Lorsqu'un changement de profession induit une meilleure valorisation économique de la capacité de travail, l'attachement subjectif de l'assuré à son entreprise n'a pas pour conséquence de nier le caractère exigible d'un tel changement (TF 8C_413/2015 du 3 novembre 2015 consid. 3.3.2 ; 9C_834/2011 du 2 avril 2012, consid. 4 et les références citées). Les éventuelles difficultés à remettre l'entreprise à un tiers, notamment le risque de perte financière, font également partie des critères à prendre en

compte (TF 8C_748/2008 du 10 juin 2009 consid. 4.2.1). Cependant, de jurisprudence constante, ce n'est qu'à des conditions strictes que l'on peut considérer qu'un changement d'activité professionnelle ne constitue pas une mesure raisonnablement exigible de l'assuré ; en particulier, l'activité exercée jusqu'alors ne doit pas être poursuivie aux coûts de l'assurance-invalidité, même si l'intéressé effectue un travail d'une certaine importance économique (TF 9C_36/2018 du 17 mai 2018 consid. 4.2)

c) En l'occurrence, la recourante subit une diminution importante de sa capacité de travail, de l'ordre de 50 %, dans son activité habituelle au sein de son entreprise. Avant l'atteinte à sa santé, elle n'employait pas de salarié fixe. Il s'agit donc d'une entreprise de petite taille. De plus, selon ses propres déclarations, elle assumait elle-même toutes les tâches liées à l'exploitation du tea-room à l'exception de la tenue des comptes, qu'elle confiait à une fiduciaire, de sorte que l'aspect administratif ne l'occupait que quelques minutes chaque semaine. Dans un tel contexte, une réorganisation de l'entreprise ne permettrait pas de compenser les répercussions économiques résultant de l'atteinte à la santé.

Dans ses écritures, la recourante conteste les appréciations de l'intimé au sujet de l'exigibilité de renoncer à son entreprise, notamment son caractère récent et les revenus modestes qu'elle en tire. S'il est vrai que la recourante exploite son entreprise depuis plusieurs années, en l'occurrence un peu plus d'une dizaine au moment où la décision a été rendue, cette durée doit être relativisée. En effet, l'extrait de son compte individuel AVS révèle que cette activité a été rentable seulement dès 2010, soit moins de cinq ans avant la survenance de la première incapacité de travail. Quant aux revenus tirés de cette entreprise, elle n'explique pas en quoi l'intimé les aurait sous-estimés. Elle ne prétend pas non plus que la remise de son commerce impliquerait une importante perte financière sur son investissement de départ. Il ressort en particulier des comptes d'exploitation que les immobilisations corporelles (matériel, mobilier et agencement) ainsi que le prêt [...], soit les éléments principaux du fonds de commerce, sont pratiquement amortis sur le plan comptable,

limitant d'autant le risque financier d'une remise de commerce. Enfin, la recourante n'apporte aucun argument permettant de considérer que son attachement à son entreprise serait supérieur à la moyenne, respectivement de nature à rendre inexigible son renoncement.

Ainsi, il apparaît que l'analyse opérée par l'intimé peut être validée, en ce sens que l'on peut exiger de la recourante qu'elle change d'activité professionnelle au profit d'une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. On précisera cependant que l'exigibilité de la réinsertion dans une nouvelle activité n'oblige pas, en tant que telle, l'intéressée à quitter son entreprise. Elle demeure en effet libre de poursuivre son activité ; dans ce cas, toutefois, elle ne saurait prétendre à des prestations à la charge de l'assurance-invalidité (TF 9C_36/2018 du 17 mai 2018 consid. 4.3.2).

7. La recourante soutient que, compte tenu de son âge, elle est dans l'impossibilité concrète de mettre sa capacité de travail en valeur.

a) S'agissant de l'âge, la jurisprudence tient compte de l'âge de l'assuré au moment où l'exigibilité de l'exercice d'une activité adaptée a été constatée (ATF 143 V 431 consid. 4.5.2 ; 138 V 457 consid. 3.3 ; TF 9C_839/2017 du 24 avril 2017 consid. 6.2). Elle reconnaît en général qu'à partir de 60 ans, il n'existe plus de possibilité réaliste d'exploiter la capacité résiduelle de travail sur un marché du travail supposé équilibré (cf. TF 9C_918/2008 du 28 mai 2009 consid. 4.2.2 ; 9C_437/2008 du 19 mars 2009 consid. 4.2 et 4.4), mais rarement avant s'il n'existe pas d'autre circonstance particulière notamment en lien avec le parcours professionnel de l'assuré ou les limitations induites par son état de santé (cf. TF 9C_839/2017 du 24 avril 2017 consid. 6.2 ; 9C_789/2016 du 5 avril 2017 consid. 5.2 ; TF 9C_355/2011 du 8 novembre 2011 consid. 4.4 ; 9C_578/2009 du 20 décembre 2009 consid. 4.3.2).

b) En septembre 2018, moment où l'expertise orthopédique a confirmé l'existence d'une capacité de travail complète dans une activité adaptée, la recourante était âgée de 58 ans, de sorte que son âge seul ne

suffit pas à nier le caractère exigible d'une reconversion professionnelle. Certes, elle ne dispose pas d'autre formation professionnelle que celle qu'elle exerce en qualité d'indépendante depuis 2008. Cependant, son extrait de compte individuel AVS du 12 mars 2015 montre qu'elle a travaillé pour divers employeurs dès 1984, sans interruption notable. Il en ressort ainsi une certaine capacité d'adaptation et des expériences dans des domaines divers, à faire valoir dans la recherche d'une place de travail adaptée. A cela s'ajoute que les limitations fonctionnelles attestées médicalement ne sont pas particulièrement restrictives, en ce sens que de nombreuses activités ne requérant pas de formation professionnelle particulière peuvent encore être exercées par l'intéressée.

8. L'âge de la recourante ne pouvant être considéré comme faisant obstacle à la reprise d'une activité adaptée, il convient encore d'examiner si la recourante subit un préjudice économique.

a) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus (art. 16 LPGA ; cf. consid. 3b ci-dessus).

Selon la jurisprudence, pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait - au degré de la vraisemblance prépondérante - réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible, c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par la personne assurée avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 134 V 322, consid. 4.1 ; TF 9C_719/2015 du 3 juin 2016 consid. 6.2). Pour un indépendant, le dernier revenu ne pourra pas être considéré comme une donnée fiable lorsqu'il y a tout lieu de retenir que l'assuré aurait cessé d'exercer une activité indépendante pour une activité mieux rémunérée ou lorsque son activité antérieure était si courte qu'elle ne constitue pas une base suffisante pour la détermination du revenu sans invalidité, d'autant que les personnes qui se mettent à leur compte ne réalisent pas, au début de leur nouvelle activité, les mêmes revenus que des entrepreneurs établis

depuis plusieurs années et qu'elles consentent souvent des sacrifices financiers importants durant cette période (Michel Valterio, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI), Commentaire, Genève/Zurich/Bâle 2018, n. 48 ad art. 28a LAI et les références citées). De même, il est possible de s'écarter du dernier salaire reçu avant la survenance de l'atteinte à la santé lorsqu'on ne peut le déterminer sûrement, notamment lorsqu'il est soumis à des fluctuations importantes ; il faut alors procéder à une moyenne des gains réalisés sur une période relativement longue (TF 9C_760/2015 du 21 juin 2016 consid. 3.2 ; TF 9C_658/2015 du 9 mai 2016 consid. 5.1.1). S'agissant de la période à prendre en compte, la jurisprudence a considéré qu'une période de cinq années d'activité reflétait la situation économique concrète (cf. TF 9C_760/2015 du 21 juin 2016 consid. 3.2 ; TFA I 316/04 du 23 décembre 2004 consid. 5.1.2).

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. 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 ; 126 V 75 consid. 3b ; 124 V 321 consid. 3b/aa). 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 d'appliquer une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3 ; 126 V 75 consid. 4 et 5).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente ; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles

d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, être prises en compte (ATF 143 V 295 consid. 4.1.3 et les références citées ; TF 9C_104/2009 du 31 décembre 2009 consid. 5.2).

b) En l'espèce, l'intimé a déterminé le revenu avant l'atteinte à la santé en calculant la moyenne des bénéfices d'exploitation réalisés durant les années 2010 à 2013, majorée de 6,591 % correspondant aux cotisations AVS.

Pour les personnes de condition indépendante, en cas de revenus soumis à de très fortes fluctuations, il y a lieu de s'écarter du dernier revenu réalisé et de procéder à une moyenne de ceux réalisés sur une période plus longue (cf. TF 9C_658/2015 du 9 mai 2016 consid. 5.1.1). A cet égard, il convient de rappeler que l'atteinte à la santé a débuté en 2014, de sorte que les chiffres de cette année-là n'étaient effectivement pas significatifs pour calculer le revenu avant l'invalidité. C'est également à juste titre que l'OAI n'a pas retenu les chiffres des années 2006 à 2009, dans la mesure où il ressort de l'extrait de compte individuel AVS de la recourante que ses revenus pour ces années, qui correspondent aux premières années d'exploitation du tea-room, n'étaient pas homogènes. La prise en considération de quatre exercices paraît cependant suffisante pour établir le revenu que l'intéressée pouvait attendre de l'exploitation de son tea-room si l'atteinte à sa santé n'était pas survenue. En revanche, l'inclusion comme revenus accessoires des montants versés par H. _____ Sàrl en 2012 et 2013 paraît critiquable, dès lors que la cause de ces versements n'a pas été clairement déterminée. Déduire ces montants reviendrait toutefois à retenir un revenu avant l'atteinte à la santé plus bas, ce qui n'aurait pas d'incidence sur l'issue du présent litige compte tenu des développements qui suivent, raison pour laquelle il n'y a pas lieu d'ordonner des mesures supplémentaires pour éclaircir ce point. Il sera en conséquence retenu un revenu sans invalidité de 44'556 fr. 73, après indexation de 0,8 % en 2014 et de 0,4 % en 2015, année d'ouverture du droit à la rente.

S'agissant ensuite du revenu exigible dans une activité adaptée, l'intimé s'est basé sur les statistiques de l'ESS pour l'année 2014, retenant le montant de 4'300 fr. (TA 1, niveau de compétence 1), correspondant au salaire mensuel brut dans le secteur privé pour des tâches physiques ou manuelles simples pour 40 heures de travail par semaine, applicable aux femmes. Il a rapporté ce montant à la durée hebdomadaire de travail dans les entreprises, établi à 41,7 heures en 2014, le revenu annuel atteignant ainsi 53'793 francs. Il a tenu compte des indexations de 2015 et 2016 alors que seule celle de 2015 (0,4 %) devait être retenue, avec pour corollaire que le revenu annuel s'élève à 54'008 fr. 17. Il n'a enfin appliqué aucune réduction supplémentaire sur le constat qu'il existe suffisamment d'activités adaptées aux limitations fonctionnelles reconnues, prenant comme exemple des emplois d'ouvrière à l'établi, d'ouvrière d'usinage sur machines préréglées ou encore d'opératrice de production. Cette appréciation n'est pas critiquable. Quant à l'âge, pour autant qu'il fût déterminant, il ne saurait conduire à lui seul à un abattement de plus de 5 %. Dans cette dernière hypothèse, le revenu avec invalidité s'élèverait à 51'307 fr. 76.

c) Après comparaison de ces revenus, on constate, à l'instar de l'intimé, que le revenu que l'on peut attendre d'une activité adaptée exercée à plein temps par la recourante est largement supérieur au revenu qu'elle tirait de l'exploitation de son tea-room avant l'atteinte à sa santé. Celle-ci ne crée par conséquent pas de préjudice économique, de sorte que le degré d'invalidité est nul à compter de la date où, sur le plan médical, l'aptitude complète de l'intéressée à exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles a été reconnue.

Ce constat a encore pour corollaire que la recourante n'a pas droit à une mesure de reclassement au sens de l'art. 17 LAI, le seuil minimum fixé par la jurisprudence étant une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (cf. ATF 139 V 399 consid. 5.3).

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

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe (cf. art. 49 al. 1 LPA-VD).

c) Enfin, il n'y a pas lieu d'allouer des dépens, la recourante - au demeurant non assistée - n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD).

**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 27 février 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 la recourante.
- 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 :

- K. _____,
- 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 :