

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 9 février 2023

Composition : Mme GAURON-CARLIN, présidente
Mmes Berberat et Durussel, juges
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

S._____, à Z._____, recourante, représentée par Me Corinne Monnard Séchaud, avocate à Lausanne,

et

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

E n f a i t :

A. Mariée en 1988, S._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le [...] 1967, est mère de trois enfants, aujourd'hui majeurs (nés entre 1992 et 1996). Au bénéfice d'un certificat fédéral de capacité d'assistante médicale délivré en 1987, elle a débuté une activité indépendante de table et maison d'hôtes en 2015 avant d'obtenir une licence de cafetier-restauratrice en 2017.

Le 12 mars 2018, le Prof. P._____, spécialiste en neurochirurgie, a opéré l'assurée d'une hernie discale C6-C7, dont les suites furent simples. En raison de douleurs persistantes en C7, l'assurée a fait l'objet, le 3 mai 2019, d'une nouvelle intervention chirurgicale effectuée par le praticien prénommé avec dissectomie et uncusectomie en C6-C7 droite.

Le 21 mai 2019, S._____ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité en invoquant, outre l'atteinte susmentionnée, une hernie discale lombaire, des problèmes cardiaques ainsi qu'une phlébite à la jambe gauche (thrombose). Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a recueilli des renseignements sur la situation personnelle, professionnelle (y compris sur le plan comptable et fiscal) et médicale de l'assurée.

Suspectant une maladie de Forestier, le Prof. P._____ a demandé la réalisation d'un CT-scan de la colonne cervicale effectué le 18 décembre 2019, lequel n'a pas mis en évidence de modification significative en comparaison de l'examen du 5 septembre 2019 (cage intersomatique en place en C6-C7 avec fusion intersomatique partielle inchangée). Un débord disco-ostéophytique postérieur en C6-C7 entraînait une sténose canalaire relative, tandis qu'il existait une sténose foraminale bilatérale modérée en C6-C7. Cet examen a été complété le 7 mai 2020 par une IRM cervicale, ayant conclu à l'existence d'une sténose dégénérative foraminale C6-C7 sans hypertrophie congestive de la racine

C7 droite. Un CT-scan cervical du 12 juin 2020 a conclu à l'absence de modification significative par rapport à l'examen de décembre 2019.

A la demande de l'OAI, la médecin traitante de l'assurée, la Dre V._____, spécialiste en médecine interne générale, a établi un rapport le 30 juin 2020 posant les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, de cervico-brachialgie droite sur hernie discale C6-C7, d'uncarthrose, de sténose foraminale C6-C7 et de probable maladie de Forestier.

Dans un avis du 7 juillet 2020, le Dr T._____, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a estimé que l'activité de restauratrice n'était plus adaptée mais qu'en revanche, la profession d'assistante médicale était envisageable moyennant une adaptation des tâches confiées. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : pas d'activité au-dessus de l'horizontale des épaules, pas de port de charges lourdes, pas de travaux répétitifs des membres supérieurs.

Sur recommandation du SMR, l'OAI a, le 21 juillet 2020, demandé à l'assurée si elle faisait l'objet d'un suivi psychiatrique et rhumatologique. Elle a répondu que tel n'était pas le cas mais qu'elle était suivie par le Centre d'antalgie de l'Hôpital X._____. (Dre B._____, spécialiste en anesthésiologie).

Dans un rapport du 3 septembre 2020, la Dre B._____ a indiqué recevoir l'assurée en consultation une fois par mois pour des perfusions de Lidocaïne. Elle a posé les diagnostics incapacitants de cervico-brachialgies droites et de migraines, mais a renoncé à se prononcer sur la capacité de travail et n'a pas non plus indiqué de limitations fonctionnelles (formulaire tracé).

Appelé à se prononcer sur les renseignements médicaux au dossier, le Dr T._____ a, dans un avis du 8 octobre 2020, reconnu que l'activité de restauratrice n'était plus exigible. Dans une activité adaptée,

il a estimé que la capacité de travail devait probablement être de 100 % même si personne ne s'était réellement prononcé sur ce point. Aussi a-t-il préconisé une expertise monodisciplinaire rhumatologique afin de déterminer la date à partir de laquelle l'atteinte à la santé était devenue incapacitante ; il convenait également d'établir l'évolution de la capacité de travail depuis cette date, la capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée à l'état de santé ainsi que la date à compter de laquelle dite capacité était le cas échéant exigible de même que les limitations fonctionnelles d'ordre strictement médical à l'exclusion du contexte psycho-social, de l'âge et de la formation.

Le 2 novembre 2020, le Dr R. _____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie et médecin auprès du SMR, a procédé à l'examen clinique rhumatologique de l'assurée. Dans son rapport du 12 novembre 2020, il a posé les diagnostics suivants :

« Avec répercussion durable sur la capacité de travail

Diagnostic principal

- Cervicobrachialgies droites et accessoirement lombosciatalgies droites dans le cadre de discrets troubles statiques du rachis et de troubles dégénératifs du rachis cervical avec status après deux opérations cervicales, possible maladie de Forestier ainsi qu'avec limitation de la mobilité de l'épaule droite.

Diagnostics associés

- Aucun

Sans répercussion sur la capacité de travail

- Status variqueux des membres inférieurs
- Excès pondéral avec BMI à 27. »

Sur la base de son examen clinique, le Dr R. _____ a motivé en ces termes son appréciation de la capacité de travail :

« (...). Au vu de ces diagnostics, nous retenons des limitations fonctionnelles qui ne sont pas en principe respectées dans l'activité habituelle de restauratrice indépendante et tenancière d'une maison d'hôtes. Ainsi, la capacité de travail dans cette activité est de tout au plus 50 %. D'ailleurs, actuellement, l'assurée a engagé du personnel pour l'aider, son mari va prendre une retraite anticipée dans un mois pour l'aider. Par contre, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire, nous retenons une capacité de travail de 70 %. Effectivement, nous retenons tout de même une incapacité de

travail de 50 %, au vu de la persistance d'un rétrécissement foraminal modéré C6-C7, plus marqué à droite, malgré les deux interventions cervicales et au vu également de la probable maladie de Forestier. Nous ne retenons cependant pas une incapacité de travail supérieure à 30 % dans une activité adaptée, car il n'y a aucune raison biomécanique de le faire. D'ailleurs, malgré les douleurs qu'elle cote assez haut, entre 3-4/10 et 10/10, l'assurée est encore capable de s'occuper du bureau, de la comptabilité et fait beaucoup de cuisine dans le cadre de son restaurant et de sa maison d'hôtes. Elle fait le repassage et la lessive de toute la maison d'hôtes. (...)

Limitations fonctionnelles

Rachis : nécessité de pouvoir alterner 1-2x/heure la position assise et la position debout, pas de soulèvement ou de port régulier de charges d'un poids excédant 5 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, pas d'exposition à des vibrations, pas de mouvement répété de flexion-extension de la nuque, pas de rotation rapide de la tête, pas de position prolongée en flexion ou extension de la nuque.

Membres supérieurs : alors que l'assurée est droitère, pas d'élévation ou d'abduction de l'épaule droite à plus de 70°, pas de lever de charges avec le membre supérieur droit de plus de 5 kg.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins ?

Il y a une incapacité de travail de 100 % depuis le 5 mai 2019, selon le rapport de la Dresse V. _____ du 30 juin 2020.

Comment le degré d'incapacité de travail et le rendement ont-ils évolué depuis lors ?

Elle est restée complète du 5 mai 2019 au 31 juillet 2019. Elle a passé à 80 % à partir du 8 septembre 2019. On peut estimer qu'elle a passé à 50 % depuis le 5 novembre 2019, dans l'activité de restauratrice indépendante et de tenancière d'une maison d'hôtes, soit six mois après la deuxième opération cervicale, ce temps étant en général considéré comme suffisant pour reprendre une activité allégée de restauratrice indépendante et de tenancière d'une maison d'hôtes comme elle la pratique maintenant. Par ailleurs, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire, la capacité de travail est de 20 % dès le 1^{er} août 2019, et de 70 % dès le 5 novembre 2019.

Concernant la capacité de travail exigible, elle est déterminée sur le plan rhumatologique par les cervicobrachialgies droites.

Date du début de l'aptitude à suivre / à s'investir une mesure de réadaptation

Depuis le 5 novembre 2019.

Pronostic

Les troubles dégénératifs du rachis cervical risquent de s'aggraver à long terme.

Capacité de travail exigible

Dans l'activité habituelle : 50 % comme tenancière d'une maison d'hôtes et d'un restaurant.
Dans une activité adaptée : 70 % depuis le 5 novembre 2019.

A traduire en termes de métiers par un spécialiste en réadaptation.

Observation : il faudrait demander encore une enquête pour indépendant afin de confirmer notre évaluation de la capacité de travail dans l'activité habituelle de tenancière d'un restaurant et d'une maison d'hôtes. »

Suivant la proposition du Dr R. _____, l'OAI a mis en œuvre une enquête économique pour indépendant réalisée le 17 novembre 2020 ayant donné lieu à l'établissement d'un rapport daté du 18 novembre 2020. L'enquêteur y relevait que s'il fallait fixer le revenu sans invalidité sur la base de la comptabilité produite, il convenait de se référer à la moyenne des années 2017 et 2018 (favorables à l'assurée), lesquelles, majorées des cotisations AVS minimales (496 fr. valeur 2020), conduisait à un montant de 8'210 francs. Sous l'intitulé « Exigibilité d'un changement d'activité », il s'est exprimé en ces termes :

« A l'issue de l'examen clinique SMR, celui-ci considère que la capacité de travail dans une activité adaptée est fixée à 70 % contre 50 % dans l'activité habituelle telle que décrite.

On confirme également que s'agissant de cette activité, elle n'est que partiellement adaptée aux limitations fonctionnelles, dans la mesure où elle comporte un certain nombre d'activités à charge physique moyenne, impliquant des ports de charges dépassant 5 kg (approvisionnement, manutention, boissons, cuisine et nettoyage), si bien que la poursuite d'une telle activité risque à terme d'aggraver encore les problèmes de santé de Mme S. _____. En regard également des travaux qu'elle délègue (nettoyage des chambres selon examen clinique), les coûts induits par du personnel vont encore diminuer les revenus déjà très faibles, qu'elle pourra retirer de son activité indépendante.

Notre assurée est âgée de 53 ans et il lui reste donc plus de 10 ans d'activité jusqu'à l'âge AVS.

Si l'on se réfère aux revenus retirés de son activité indépendante (B&B), le revenu sans invalidité fondé sur les revenus déclarés des deux dernières années d'activité sont inférieurs à 10'000 francs.

Si l'on prend en compte le fait que le chalet dispose de cinq chambres avec salle de bains, ainsi que d'un espace commun avec cuisine, une telle surface pourrait aisément être louée et rapporter un revenu net supérieur aux revenus déclarés de l'activité indépendante.

Au vu de ce qui précède, et en se fondant sur les critères fixés par la jurisprudence, un changement d'activité est exigible. »

Par courriel du 9 décembre 2020, l'assurée a fait part à l'OAI d'une dégradation rapide de son état de santé. Dans ces conditions, contrairement à ce qu'avait retenu le Dr R._____, une reconversion professionnelle lui paraissait exclue puisqu'un employeur devait pouvoir compter sur du personnel efficace. En outre, divers mouvements effectués à la demande du Dr R._____ avaient entraîné une augmentation significative des anti-douleurs prescrits.

Le 14 décembre 2020, l'OAI a procédé au calcul du préjudice économique en retenant un revenu sans invalidité de 8'210 francs. Quant au revenu d'invalidité, fixé sur la base des statistiques salariales, il s'élevait à 36'727 fr. 54 compte tenu d'une capacité de travail de 70 % et d'un abattement de 5 % en raison de l'âge de l'assurée.

L'OAI a rendu le 5 février 2021 un projet de décision de refus de rente et de mesures professionnelles, au motif que le taux d'invalidité de l'assurée était nul.

Le 11 février 2021, l'assurée a soulevé des objections à l'encontre de ce projet de décision en contestant l'évaluation médicale de sa situation et les éléments financiers fondant le calcul des revenus avec et sans invalidité. Du point de vue médical, elle réaffirmait que son état de santé s'aggravait chaque mois, voire chaque semaine, d'où une incapacité de travail proche de 100 %. Sous l'angle économique, elle exposait qu'en tenant compte des revenus de 2017 et 2018 de sa maison d'hôtes, l'OAI avait sous-évalué le potentiel de l'activité habituelle, laquelle, encore à ses débuts, conservait une réelle capacité de développement.

Invité à s'exprimer sur les explications fournies par l'assurée à propos de son état de santé, le Dr T._____, médecin auprès du SMR, a indiqué, dans un avis du 19 février 2021, qu'en l'absence d'éléments nouveaux, il n'y avait pas lieu de modifier son appréciation précédente.

Sur avis du Service juridique de l'OAI, un complément d'analyse économique a été établi le 19 mars 2021 retenant notamment ce qui suit au sujet du revenu sans invalidité :

« S'agissant de la détermination d'un revenu hypothétique réalisable sans atteinte à la santé et dans la mesure où le revenu d'invalidité a été fixé selon les statistiques, on pourrait retenir les données statistiques (ESS 2018 rubrique 55-56 Hébergement restauration, niv. de qualification 2), soit un revenu sans invalidité indexé à 2020 de **53'890 fr.**

(4'265 fr. / 40 x 41,7 x 12 + 0,5 % + 0,5 %)

Même à comparer ce montant avec le revenu d'invalidité retenu par la division réadaptation, le préjudice économique n'atteindrait pas 40 % (**31,84 %**). »

Dans un rapport du 31 mars 2021, le Prof. M. _____ et la Dre J. _____, respectivement chef de département et médecin assistante auprès du Centre de consultation Céphalées de l'Hôpital X. _____, ont attesté être en charge du suivi de l'assurée connue pour des migraines depuis l'âge de 20 ans, devenues plus fréquentes au cours des quatre à cinq dernières années. Ils ont mis en place un traitement médicamenteux (Sibélium) susceptible d'être modifié en cas d'intolérance ou d'inefficacité.

Par décision du 12 avril 2021, l'OAI a entériné son refus d'octroyer une rente ou des mesures professionnelles en faveur de l'assurée, conformément à son projet de décision du 5 février 2021. Une lettre d'accompagnement datée du même jour prenait position sur les objections formulées.

Dans un rapport du 21 avril 2021, la Dre V. _____ a confirmé les diagnostics de cervico-brachialgie droite sur hernie discale et de maladie de Forestier, ajoutant celui de migraine chronique. Elle a estimé que l'incapacité de travail de sa patiente était de 80 à 100 %.

B. **a)** Par acte du 12 mai 2021, S. _____, représentée par Me Corinne Monnard Séchaud, avocate, a exercé un recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision du 12 avril 2021 en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à l'octroi

d'une rente d'invalidité à compter du 1^{er} mai 2020 avec intérêts à 5 % l'an dès le 1^{er} mai 2022 et dont le taux devait être déterminé en cours de procédure, subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI afin qu'il reprenne l'instruction. Dans un premier moyen, elle s'est plainte d'une violation de la maxime inquisitoire en faisant valoir que l'OAI n'avait pas respecté son devoir d'instruire complètement sa cause, singulièrement en lien avec ses migraines. Dans un second moyen, elle a nié la valeur probante du rapport du 12 novembre 2020 du Dr R. _____ au regard des rapports établis par ses médecins traitants. Dans un troisième moyen, elle a critiqué le calcul du taux d'invalidité à un triple point de vue ; en premier lieu, elle a contesté le revenu sans invalidité tel que fixé par l'OAI sur la base des résultats provenant de son activité indépendante pour les années 2017 et 2018, estimant qu'il aurait plutôt dû retenir un revenu de 53'890 fr. dès lors que l'exploitation de l'établissement était à ses débuts et qu'elle était susceptible de se développer ; en deuxième lieu, elle a reproché à l'OAI d'avoir retenu un abattement de 5 % sur le revenu d'invalidé alors que, à son avis, un abattement de 20 % se justifiait pour tenir compte de toutes les circonstances du cas d'espèce (âge, ampleur des limitations fonctionnelles, longue période d'inactivité) ; en dernier lieu, elle a fait grief à l'OAI d'avoir considéré qu'un changement activité professionnelle était exigible alors même que son état de santé ne lui permettait pas de se soumettre à un horaire fixe. A titre de mesure d'instruction, l'assurée a sollicité « *la mise en œuvre d'une expertise effectuée par des médecins indépendants, spécialisés dans le domaine des affections dont elle souffre, aux fins de déterminer dans quelle mesure ces affections influent sur sa capacité de travail, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée.* » Elle a produit un bordereau de pièces à l'appui de ses allégations.

b) Dans sa réponse du 21 juin 2021, l'OAI a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée. Tout d'abord, il a souligné que les migraines et les cervicobrachialgies figuraient dans le rapport du Dr R. _____ et qu'elles avaient été dûment prises en compte dans le cadre de l'appréciation de l'état de santé et de l'exigibilité. Les rapports médicaux produits à l'appui du recours ne contenaient aucun élément qui aurait été négligé. Il n'y avait dès lors pas lieu de compléter l'instruction

par la mise en œuvre d'une expertise. Au demeurant, le rapport d'examen clinique rhumatologique du 12 novembre 2020 du Dr R. _____ devait se voir conférer une pleine valeur probante. L'OAI s'est ensuite attaché à répondre aux arguments soulevés en lien avec le calcul du préjudice économique. Premièrement, même en retenant un revenu sans invalidité de 53'890 fr., le droit à une rente ne serait pas ouvert puisque le taux d'invalidité obtenu était inférieur au seuil légal ouvrant droit à cette prestation (31,84 %). Deuxièmement, il n'existait aucun élément pertinent justifiant d'appliquer un taux d'abattement supérieur à celui de 5 % retenu. Enfin, un changement d'activité était exigible, dans la mesure où l'assurée n'avait amené aucun fait objectif concret permettant d'admettre que la restructuration mise en place par le couple (retraite anticipée du mari, aides diverses) pourrait juguler l'invalidité de l'assurée. Qui plus est, l'exercice d'une activité salariée n'était pas irréaliste puisque les limitations fonctionnelles liées à l'atteinte à la santé avaient été prises en considération dans l'appréciation de la capacité de travail résiduelle.

c) Par réplique du 29 octobre 2021, l'assurée a renouvelé les griefs avancés dans son mémoire de recours en les précisant sur certains points. Sur le plan médical, elle a souligné que le rapport d'examen clinique rhumatologique du Dr R. _____ ne revêtait pas une pleine valeur probante, dans la mesure où son état de santé n'avait cessé de se dégrader pendant l'instruction et que, en dépit d'une modification du traitement, aucune amélioration n'avait été constatée par ses médecins traitants (cf. rapports des 17 mai et 23 août 2021 de la Dre V. _____ et des 25 mai et 31 août 2021 des Drs B. _____ et H. _____, médecin associé au Centre d'antalgie de l'Hôpital X. _____). Par conséquent, l'assurée estimait qu'il convenait de diligenter une expertise pluridisciplinaire afin de prendre en compte de manière adéquate l'ensemble de sa situation médicale. Sous l'angle économique, elle a relevé que les revenus de l'exploitation indépendante étaient en constante augmentation depuis 2019 malgré la crise sanitaire et qu'il se justifiait donc de se fonder sur les statistiques salariales pour fixer le revenu sans invalidité, au vu de l'impossibilité de déterminer un revenu d'indépendant fiable. S'agissant de l'obligation d'un changement d'activité, elle a répété

que son état de santé ne lui permettrait pas de satisfaire avec constance les exigences d'un employeur. Quant à l'abattement sur le revenu d'invalidé, l'assurée a fait valoir que, combinés entre eux, les différents facteurs évoqués dans sa précédente écriture étaient susceptibles d'induire des effets pénalisants sur ses perspectives salariales et que, dès lors qu'ils n'étaient pas compensés par d'autres éléments (formation ou expérience professionnelle de la personne assurée), un abattement supplémentaire se justifiait afin de tenir compte des spécificités du cas d'espèce. Partant, elle a déclaré maintenir les conclusions de son recours. Elle a produit un bordereau de pièces.

d) Dupliquant en date du 27 janvier 2022, l'OAI a expliqué en quoi les pièces produites en réplique ne faisaient état, sur le plan rhumatologique, d'aucun élément objectivement vérifiable qui aurait été ignoré dans le cadre de l'examen clinique rhumatologique du Dr R. _____ et qui serait suffisamment pertinent pour l'amener à revoir l'aptitude au travail de l'assurée. N'ayant pour le surplus pas de motifs pour revenir sur sa position, il a une nouvelle fois conclu au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée.

e) Par courrier du 11 février 2021 [recte : 2022], l'époux de l'assurée a fait part de son incompréhension quant à la capacité de travail retenue dans la décision litigieuse et expliqué pour quelles raisons elle lui paraissait irréaliste au regard de la situation médicale de son épouse et de la péjoration de son état de santé.

f) A ses déterminations du 8 mars 2022, l'assurée a joint les pièces suivantes :

- un rapport du 26 novembre 2021 du Dr F. _____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie ;
- un rapport du 3 février 2022 de la Dre G. _____, cheffe de clinique au Centre de consultation Céphalées de l'Hôpital X. _____ ;
- un rapport du 18 février 2022 des Drs H. _____ et B. _____.

L'assurée entendait déduire de ces documents que le rapport d'examen clinique rhumatologique du 12 novembre 2020 du Dr R. _____ était dépourvu de valeur probante quant à son évaluation de la capacité de travail. En effet, ces pièces fournissaient des éléments concluants à propos de l'importance et de la chronicité de ses douleurs ainsi que sur la dégradation progressive de son état de santé. Aussi subsistait-il des doutes au sujet des constatations du Dr R. _____, en sorte qu'il se justifiait de mettre en œuvre une « *expertise pluridisciplinaire indépendante portant à la fois sur le volet rhumatologique, neurologique et psychologique* ». S'agissant du calcul du taux d'invalidité, l'assurée a rappelé que le revenu sans invalidité devait certes être évalué de la manière la plus concrète possible. Or, au vu de l'impossibilité de chiffrer de manière fiable un tel revenu pour les raisons évoquées dans ses écritures précédentes, l'OAI aurait dû se fonder sur les statistiques salariales. Renvoyant pour le surplus aux explications développées antérieurement quant à l'obligation d'un changement d'activité et au taux d'abattement, elle a déclaré maintenir les conclusions prises au pied de son recours.

g) Par pli du 28 mars 2022, l'OAI a transmis l'avis établi le 23 mars précédent par le SMR, selon lequel il n'était pas apporté d'éléments médicaux nouveaux. En effet, les céphalées et les cervicobrachialgies rapportées étaient anciennes et avaient déjà été prises en compte lors de l'analyse des ressources effectuées dans le cadre de l'examen clinique rhumatologique de novembre 2020. Concernant la fixation du revenu sans invalidité, l'OAI a renvoyé à sa réponse du 21 juin 2021.

h) Se déterminant une ultime fois par écriture du 25 avril 2022, l'assurée s'est étonnée que le SMR ait conclu, dans son avis du 23 mars 2022, à l'absence d'éléments médicaux nouveaux. D'une part, même si les céphalées et les cervicobrachialgies étaient présentes depuis plusieurs années, il n'en demeurait pas moins qu'au regard des rapports médicaux complémentaires produits à l'appui des déterminations du 8 mars 2022, le Dr R. _____ avait sous-estimé les répercussions de ces atteintes sur la capacité de travail. D'autre part, même si le rapport

d'examen du Dr R._____ faisait état de ressources mobilisables, il convenait de relever que son examen datait de plus d'une année et qu'il ne reflétait nullement l'état de santé actuel, lequel s'était dans l'intervalle sérieusement dégradé. Au demeurant, tous les spécialistes consultés rendaient compte d'une situation compliquée associée à une chronicité et à une aggravation de la symptomatologie douloureuse malgré les nombreux traitements entrepris. Enfin, l'assurée s'est référée à un courrier du 16 avril 2022, dans lequel son époux - qui était le plus à même de s'exprimer sur ce point - rapportait la réalité vécue au quotidien, son état de santé et l'intensité de ses douleurs. De l'avis de l'assurée, ces éléments suffisaient à remettre en cause l'appréciation du Dr R._____ et justifiaient la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. Elle a maintenu ses précédentes conclusions.

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 à une rente d'invalidité en faveur de la recourante, eu égard à l'appréciation de son état de santé, ce qui revient à se prononcer sur la question de l'existence d'une éventuelle

capacité de travail résiduelle et sur celle de la détermination de son taux d'invalidité.

3. Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 12 avril 2021 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

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

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

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

c) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1).

d) 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 jusqu'au 31 décembre 2021).

La méthode générale de comparaison des revenus connaît deux sous-variantes, la méthode de comparaison en pour-cent et la méthode extraordinaire de comparaison des revenus (ATF 137 V 334 consid. 3.1.1 et les références citées).

aa) Si l'on ne peut déterminer ou évaluer sûrement les deux revenus hypothétiques provenant d'une activité lucrative, ce qui peut être le cas pour les personnes de condition indépendante, il convient de

recourir à la méthode extraordinaire d'évaluation de l'invalidité, soit en procédant à une comparaison des activités et en évaluant le degré d'invalidité d'après l'incidence de la capacité de rendement amoindrie sur la situation économique. L'invalidité n'est pas évaluée uniquement sur la base d'une comparaison des activités ; on commence par déterminer, au moyen de cette comparaison, quel est l'empêchement provoqué par la maladie ou l'infirmité, après quoi l'on apprécie séparément les effets de cet empêchement sur la capacité de gain. Une certaine diminution de la capacité de rendement fonctionnelle peut certes, dans le cas d'une personne active, entraîner une perte de gain de la même importance, mais n'a pas nécessairement cette conséquence. Si l'on voulait, dans le cas des personnes actives, se fonder exclusivement sur le résultat de la comparaison des activités, on violerait le principe légal selon lequel l'invalidité, pour cette catégorie d'assurés, doit être déterminée d'après l'incapacité de gain (ATF 128 V 29 consid. 1 et les références citées ; TF 8C_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 5.4.2).

bb) Dans le cas particulier d'une personne de condition indépendante, la comparaison des résultats d'exploitation réalisés dans son entreprise avant et après la survenance de l'invalidité ne permet de tirer des conclusions valables sur la diminution de la capacité de gain due à l'invalidité que dans le cas où l'on peut exclure au degré de vraisemblance prépondérante que les résultats de l'exploitation aient été influencés par des facteurs étrangers à l'invalidité. En effet, les résultats d'exploitation d'une entreprise dépendent souvent de nombreux paramètres difficiles à apprécier, tels que la situation conjoncturelle, la concurrence, l'aide ponctuelle des membres de la famille, des personnes intéressées dans l'entreprise ou des collaborateurs. Généralement, les documents comptables ne permettent pas, en pareils cas, de distinguer la part du revenu qu'il faut attribuer à ces facteurs - étrangers à l'invalidité - et celle qui revient à la propre prestation de travail de l'assuré (TFA I 83/97 du 16 octobre 1997 consid. 2c, *in* : VSI 1998 p. 121 ; I 432/97 du 30 mars 1998 consid. 4a, *in* : VSI 1998 p. 255 ; TF 9C_826/2017 du 28 mai 2018 consid. 5.2).

e) Selon l'art. 61 let. c LPGA, le tribunal apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Il doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas d'avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2 ; 125 V 351 consid. 3a et les références ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

5. a) Dans un grief de nature formelle, la requérante se plaint de l'appréciation erronée de son état de santé en raison d'une violation de la maxime inquisitoire et de son droit d'être entendue, en tant que ses migraines invalidantes, lesquelles seraient imputables à la hernie discale dont elle souffre, n'auraient pas été prises en considération, notamment leur intensification.

aa) aaa) Le droit d'être entendu est une garantie de nature formelle, dont la violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recours sur le fond (ATF 144 I 11 consid. 5.3 ; 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.2).

Selon la jurisprudence, sa violation peut cependant être réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 145 I 167 consid. 4.4 ; 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2). Toutefois,

une telle réparation doit rester l'exception et n'est admissible, en principe, que dans l'hypothèse d'une atteinte qui n'est pas particulièrement grave aux droits procéduraux de la partie lésée ; cela étant, une réparation de la violation du droit d'être entendu peut également se justifier, même en présence d'un vice grave, lorsque le renvoi constituerait une vaine formalité et aboutirait à un allongement inutile de la procédure, ce qui serait incompatible avec l'intérêt de la partie concernée à ce que sa cause soit tranchée dans un délai raisonnable (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2 et les références citées).

bbb) A titre liminaire, il convient de relever que la violation du droit d'être entendu - telle qu'invoquée en l'espèce - ne se différencie pas du grief de mauvaise appréciation des preuves (cf. notamment ATF 130 II 425 consid. 2.1 ; 119 Ib 492), dès lors qu'un assureur peut renoncer à accomplir certains actes d'instruction si, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves, il est convaincu que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier son appréciation (cf. TF 9C_777/2008 du 18 juin 2009 consid. 2.2). Quand bien même une violation du droit d'être entendue serait avérée - ce qui peut demeurer indécis -, il conviendrait en tout état de cause de constater que ce vice a pu être réparé dans le cadre de la présente procédure. En l'occurrence, la recourante a pu, en agissant par son conseil, contester la décision entreprise et se prononcer sur l'administration des preuves en produisant divers rapports médicaux, lesquels attesteraient notamment de l'aggravation de ses migraines, devant la Cour de céans qui jouit d'un plein pouvoir d'examen pour statuer. En effet, le recours au sens des art. 56 sv. LPGA est un moyen de droit complet permettant un examen de la décision litigieuse en fait et en droit (TF 9C_205/2013 du 1^{er} octobre 2013 consid. 1.3 et la référence citée ; JEAN MÉTRAL, *in* Dupont/Moser-Szeless [édit.], Commentaire romand de la Loi sur la partie générale des assurances sociales, Bâle 2018, n. 53 ad art. 61 LPGA). Au demeurant, le fait qu'elle ait versé des pièces postérieurement à la décision du 12 avril 2021 n'est pas imputable à l'office intimé.

bb) Le grief de la recourante tiré d'une violation de la maxime inquisitoire (art. 43 et 61 LPGGA) n'est pas davantage fondé.

aaa) Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés. Dans la conduite de la procédure, l'assureur dispose d'un large pouvoir d'appréciation en ce qui concerne la nécessité, l'étendue et l'adéquation de recueillir des données médicales (TF 9C_1012/2008 du 30 juin 2009 consid. 3.2.1 et la référence).

bbb) Il sied de constater que le diagnostic incapacitant de migraines a été posé pour la première fois dans le rapport du 31 mars 2021 établi par le Prof. M. _____ et la Dre J. _____, ces médecins ayant attesté d'un suivi auprès de la Consultation Céphalées de l'Hôpital X. _____ depuis le 25 mars 2021. Or l'OAI a procédé à l'instruction de la demande de prestations de l'assurée dès son dépôt en mai 2019 en mettant notamment en œuvre un examen clinique rhumatologique auprès du SMR (rapport du 12 novembre 2020) et en procédant à une enquête économique pour indépendant (rapport du 18 novembre 2020) de même qu'il a interrogé l'assurée sur un éventuel suivi psychiatrique. Ainsi, le rapport précité a été rédigé alors que l'OAI était sur le point de rendre sa décision. Au demeurant, il ressort de l'anamnèse figurant dans ce rapport que l'assurée souffre de migraines depuis l'âge de 20 ans, sans que cela n'ait eu d'impact significatif sur sa capacité de travail jusqu'alors. Dans son rapport du 3 septembre 2020, la Dre B. _____ mentionne certes déjà des migraines, mais en l'absence de rapport médical attestant d'une incapacité de travail imputable à ces dernières, il convient d'admettre qu'elles ne constituaient pas un facteur incapacitant et ce, malgré leur ancienneté. Il n'y avait donc pas d'indices suffisants que le diagnostic - nouvellement invoqué en dépit de son ancienneté - de migraines pouvait

affecter la capacité de travail et qu'il constituerait quoi qu'il en soit un motif nouveau d'incapacité dès le mois de mars 2021 justifiant un nouveau délai d'attente. En conséquence, il n'y a pas lieu de retenir l'existence d'une violation par l'administration de son devoir de procéder à une instruction complète de l'état de santé de l'assurée en lien avec les migraines dont elle souffre.

b) Sur le fond, la recourante remet en cause la valeur probante du rapport d'examen clinique rhumatologique du 12 novembre 2020 (Dr R._____), au motif que les rapports de la Dre V._____, médecin traitante, ainsi que ceux établis par les spécialistes de l'Hôpital X._____ contrediraient le rapport précité ou, à tout le moins, seraient de nature à susciter des doutes quant à la capacité de travail retenue par le Dr R._____, dont l'appréciation serait d'ailleurs insuffisamment motivée.

aa) Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

Fondés sur l'art. 59 al. 2^{bis} LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), les avis médicaux du SMR se distinguent des expertises ou des examens médicaux auxquels le SMR peut également procéder (art. 49 al. 2 RAI). De par leur nature, ils n'impliquent pas d'examen clinique. Ils ont seulement pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux recueillis, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. Il est admissible de se fonder de

manière déterminante sur leur contenu, sauf s'ils sont sérieusement contredits par d'autres rapports médicaux que les médecins du SMR auraient ignorés (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références citées).

bb) En l'espèce, dans son avis du 19 février 2021, le Dr T._____ s'est prononcé sur la capacité de travail ensuite de l'examen clinique effectué le 2 novembre 2020 par son confrère du SMR, le Dr R._____ (rapport du 12 novembre 2020).

Cela étant, les documents produits ne remettent pas en cause l'examen du Dr R._____, qui retient des diagnostics (cervicobrachialgies droites et accessoirement lombosciatalgies droites dans le cadre de discrets troubles statiques du rachis et de troubles dégénératifs du rachis cervical avec status après deux opérations cervicales, possible maladie de Forestier ainsi qu'avec limitation de la mobilité de l'épaule droite) se recoupant dans une large mesure avec ceux posés en particulier par la Dre V._____ dans son rapport du 30 juin 2020. Seul le rapport établi par cette dernière le 17 mai 2021 retient la maladie de Forestier comme avérée, quand bien même la suppression de la mention « probable » auparavant retenue n'est pas argumentée. Il s'ensuit que les diagnostics affectant la capacité de travail doivent être considérés comme largement superposables. Subsiste dès lors la question de l'évaluation de la capacité de travail, sur laquelle les médecins de l'Hôpital X._____ (Drs H._____, B._____ et G._____) ne se sont pas prononcés. Dans son rapport du 17 mai 2021 – postérieur à la décision litigieuse –, la Dre V._____ a estimé que la capacité de travail n'excédait pas 20 % en toute activité. De leur côté, dans leur rapport du 31 mars 2021 à l'attention de la Dre V._____, le Prof. M._____ et la Dre J._____ ont fondé leur analyse sur la prise en considération de migraines incapacitantes, lesquelles ne peuvent toutefois pas être retenues à titre de pathologies ayant une répercussion sur la capacité de travail, ainsi que cela a été exposé au considérant 5a/bb/bbb ci-dessus. Quant au Dr R._____, il a fait preuve de prudence dans son évaluation de la capacité de travail puisqu'il a suggéré une évaluation économique afin de confirmer son appréciation. Suivant la proposition de

ce médecin, l'OAI a fait procéder à une enquête économique pour indépendant (rapport du 18 novembre 2020), complétée le 19 mars 2021.

Le fait que l'examen du Dr R. _____ ait eu lieu quelques jours après une infiltration de Lidocaïne a par ailleurs été pris en compte dans le rapport y relatif du 12 novembre 2020 (p. 4). Au demeurant, l'effet bénéfique de ce traitement devait être pris en considération dans le cadre de l'évaluation de la capacité de travail, compte tenu du caractère régulier de ces infiltrations. Il ne s'agit donc pas d'un élément ayant faussé l'appréciation du Dr R. _____, mais bien plutôt d'un facteur objectif de la situation médicale de la recourante.

En définitive, aucune pièce au dossier ne permet de remettre en cause ou de faire naître un doute à propos de la valeur probante des conclusions du Dr R. _____. En se limitant à faire reconnaître que les limitations fonctionnelles des atteintes diagnostiquées ne sont pas compatibles avec une capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée, l'assurée ne fait état d'aucun élément objectif qui n'aurait pas été pris en considération par le Dr R. _____. Elle n'a au demeurant pas droit à un second avis, au seul motif qu'elle est en désaccord avec l'analyse de ce médecin et tente par ce moyen d'obtenir une appréciation correspondant à son point de vue.

c) Pour le surplus, la recourante fait valoir que l'instruction serait lacunaire, dès lors qu'elle ne tiendrait pas compte de plusieurs diagnostics.

S'agissant de la maladie de Forestier, elle a été uniquement qualifiée de « *probable* » ou « *possible* » (cf. rapports du 30 juin 2020 de la Dre V. _____, du 12 novembre 2020 du Dr R. _____ [p. 9] et du 26 novembre 2021 du Dr F. _____) même après les examens radiologiques de décembre 2019 et mai 2020. Seule la Dre V. _____, médecin traitante, a récusé toute incertitude quant à l'existence de cette pathologie dans ses rapports les plus récents (cf. rapports des 21 avril, 17 mai et 23 août 2021), sans toutefois qu'elle n'ait étayé l'abandon de l'un

ou l'autre des qualificatifs précités. Au demeurant, quand bien même il serait avéré que l'assurée souffre de cette maladie, le seul diagnostic n'est pas pertinent et ne suffit pas pour retenir une baisse de la capacité de travail pour ce motif, le Dr R._____, compétent en la matière, n'ayant pas retenu de limitations fonctionnelles en lien avec cette atteinte.

La prise en compte d'une atteinte psychologique n'est pas davantage pertinente dans le cas d'espèce : la recourante a en effet déclaré qu'elle ne faisait pas l'objet d'un suivi sur le plan psychiatrique (cf. réponses au courrier de l'OAI du 21 juillet 2020, indexées le 28 juillet 2020). Par ailleurs, aucun des médecins consultés n'a fait état d'une quelconque maladie psychiatrique.

Quant à l'aggravation au cours de l'instruction, il apparaît que chaque nouvelle pièce versée au dossier a été soumise au Dr T._____, médecin auprès du SMR, afin d'examiner s'il devait être procédé à des mesures d'instruction supplémentaires, en sorte que la recourante ne saurait reprocher à l'office intimé une instruction lacunaire. En tant qu'elle a produit des pièces postérieurement à la décision attaquée du 12 avril 2021, singulièrement les rapports de la Dre V._____, médecin traitante, des 17 mai et 23 août 2021, le rapport de la Dre G._____ du 3 février 2022 ainsi que les rapports des médecins du Centre d'antalgie de l'Hôpital X._____ des 4 mai et 31 août 2021 de même que celui du 18 février 2022, versés au dossier après le dépôt du recours dans le cadre de la procédure judiciaire, la recourante ne saurait faire grief à l'intimé de ne pas avoir pris en compte des éléments intervenus une fois l'instruction close. Cela étant, chacun de ces rapports a été soumis au médecin du SMR pour examen et ce dernier a conclu que les diagnostics retenus (cervicobrachialgies et céphalées) existaient de longue date et avaient tous déjà été pris en considération lors de l'analyse des ressources mobilisables par le Dr R._____ (cf. avis médical du 23 mars 2022).

Le grief de violation du droit d'être entendue et de la maxime inquisitoire doit en définitive être rejeté.

6. La recourante conteste ensuite le calcul du degré d'invalidité, en particulier le revenu sans invalidité et le revenu d'invalidité retenus par l'office intimé pour la comparaison des revenus.

a) S'agissant du revenu sans invalidité, elle reproche d'abord à l'intimé d'avoir tenu compte d'un montant beaucoup trop bas, expliquant qu'elle avait débuté son activité d'indépendante en 2015 et obtenu sa patente de cafetier-restauratrice en 2017. Dès lors, c'était à tort que l'OAI s'était fondé sur les résultats des années 2017 et 2018, soit seulement deux ans, respectivement trois ans, après l'ouverture de l'établissement. Elle soutient que son activité pouvait dégager des revenus sensiblement plus importants. Il s'ensuit que le revenu sans invalidité doit être réévalué à la hausse, au regard du potentiel de développement économique de l'activité exercée.

aa) En l'occurrence, la méthode extraordinaire de comparaison des revenus est en principe applicable pour évaluer le taux d'invalidité de la recourante, s'agissant d'une personne de condition indépendante dont on ne peut déterminer avec certitude les revenus avec et sans invalidité. En effet, la diminution de la capacité de gain due à l'invalidité de la recourante ne peut être estimée sur la base des résultats d'exploitation de son B&B, ceux-ci ayant été influencés par des facteurs étrangers à l'invalidité, tels que le caractère récent de l'activité, la patente de cafetier-restauratrice obtenue en 2017, l'engagement de personnel, la crise sanitaire due au Covid-19, l'aide apportée par son époux ayant pris une retraite anticipée officialisée en 2021 (cf. courrier du 11 février 2021).

aaa) Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que la personne assurée aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant si elle 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 la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 134 V 322 consid. 4.1).

bbb) Selon la Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (ci-après : CIIAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021), pour évaluer le revenu sans invalidité d'un indépendant, on examine le développement probable qu'aurait suivi l'entreprise de l'assuré si celui-ci n'était pas devenu invalide (RCC 1963 p. 427 ; ch. 3029). On prend notamment en considération les aptitudes professionnelles et personnelles de l'assuré, la nature de son activité, de même que la situation économique et le développement de l'entreprise (RCC 1961 p. 338) avant la survenance de l'invalidité. Le revenu moyen ou les résultats d'entreprises similaires peuvent servir de base d'appréciation du revenu hypothétique (RCC 1962 p. 125). Lorsque des indices concrets déterminants font défaut pour fixer les revenus à prendre en compte, il faut se rabattre sur des valeurs moyennes d'expérience, comme celles qui sont prises en compte dans l'enquête fédérale sur la structure des salaires (VSI 1999 p. 248 consid. 3b). Pour le reste, il faut tenir compte du principe selon lequel - en l'absence d'indices concrets imposant une évaluation différente - l'assuré aurait normalement et conformément à l'expérience générale de la vie poursuivi l'activité précédemment exercée sans invalidité (RAMA 2000 n° U 400 p. 381 consid. 2a).

ccc) Lorsqu'avant la survenance de l'invalidité il apparaît que l'assuré touchait un salaire nettement inférieur aux salaires habituels de la branche pour des raisons étrangères à l'invalidité et que les circonstances ne permettent pas de supposer qu'il s'est contenté d'un salaire plus modeste que celui qu'il aurait pu prétendre, il y a lieu d'en tenir compte dans la comparaison des revenus en opérant un parallélisme des revenus à comparer (ATF 141 V 1 consid. 5.4 ; 134 V 322 consid. 4.1). Le revenu effectivement réalisé doit être considéré comme nettement inférieur aux salaires habituels de la branche lorsqu'il est inférieur d'au moins 5 % au salaire statistique usuel dans la branche pour l'ensemble de la Suisse (ATF 135 V 297 consid. 6.1.2). En pratique, le parallélisme des revenus à comparer peut être effectué soit au regard du revenu sans invalidité en augmentant de manière appropriée le revenu effectivement réalisé ou en se référant aux données statistiques, soit au regard du revenu d'invalidité

en réduisant de manière appropriée la valeur statistique (ATF 134 V 322 consid. 4.1; TF 9C_692/2010 du 31 janvier 2011 consid. 3.4).

bb) Si l'on examine les activités concrètes que la recourante est encore en mesure de déployer actuellement pour le compte de sa maison d'hôtes, force est de constater que la situation n'a pas connu d'évolution positive, puisqu'il est admis, sur le plan médical, que l'état de santé de l'assurée s'est aggravé en 2018, puis en 2019 avec la seconde opération, alors que les résultats du B&B ont progressé entre 2017 et 2019. Il s'ensuit qu'il n'est pas déraisonnable de penser que cette augmentation résulte avant tout de facteurs étrangers à l'invalidité. Au final, il convient de constater que l'office intimé n'a nullement établi, au degré de la vraisemblance prépondérante en matière d'assurances sociales, le revenu sans invalidité que l'assurée serait en mesure de réaliser. Il a expliqué s'être fondé sur les revenus réalisés en 2017 et 2018 uniquement car ils étaient les plus favorables, faisant par là-même abstraction des revenus antérieurs du fait qu'ils n'étaient pas représentatifs du potentiel économique de l'activité exercée. Dans sa réponse du 21 juin 2021, l'OAI a d'ailleurs concédé qu'il pouvait être tenu compte d'un revenu sans invalidité significativement supérieur (53'890 fr.) fondé sur les statistiques tirées de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : l'ESS) pour calculer le taux d'invalidité, tel que l'a fait valoir la recourante.

cc) Sur ce point, il convient donc de réformer la décision entreprise en se fondant sur les statistiques salariales, méthode que l'OAI a au demeurant admise dans sa réponse et présentée, de sorte que l'assurée a pu se déterminer à ce sujet conformément à son droit d'être entendue. Par conséquent, il y a lieu de retenir un revenu sans invalidité de 53'890 francs.

b) Quant au revenu avec invalidité, la recourante fait valoir qu'un changement d'activité lucrative pour mettre à profit sa capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée n'est pas exigible dans son cas. Elle expose avoir consacré les cinq dernières années à développer

son projet qui lui tient à cœur, en sorte qu'un changement d'activité professionnelle ne serait pas exigible de sa part. Elle soutient que son activité habituelle, dorénavant aux côtés de son époux, lui permet d'aménager son temps de travail et doit être considéré comme l'activité la plus adaptée à son état de santé pour mettre à profit une éventuelle capacité de travail résiduelle. Enfin, elle critique la prise en compte d'un revenu avec invalidité fondé sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires, niveau de compétences 1.

aa) 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). Le caractère inexploitable de la capacité de travail résiduelle ne sera admis que lorsque l'activité raisonnablement exigible n'est possible que sous une forme si limitée que le marché du travail équilibré ne la connaît pratiquement pas ou qu'elle ne serait possible qu'au prix d'une concession irréaliste de la part d'un employeur moyen et que la recherche d'un emploi

correspondant apparaît donc d'emblée comme exclue (TF 9C_366/2021 du 3 janvier 2022 consid. 4.2 ; 9C_644/2019 du 20 janvier 2020 consid. 4.2 et les références citées). En effet, le marché du travail équilibré est une notion théorique, qui présuppose un équilibre entre l'offre et la demande de main-d'œuvre, d'une part, et un marché du travail structuré (permettant d'offrir un éventail d'emploi diversifiés, au regard des sollicitations tant intellectuelles que physiques), d'autre part (TF 8C_772/2020 du 9 juillet 2021 consid. 3.3).

aaa) S'agissant de l'exercice de l'activité habituelle, il apparaît que la Dre V._____ a tout d'abord estimé qu'elle était exigible à 20 % tout au plus (cf. rapport du 30 juin 2020) avant de retenir une incapacité de travail de 80 à 100 % dans l'activité habituelle (cf. rapports des 21 avril et 17 mai 2021). De son côté, la Dre B._____ a relevé, dans son rapport du 3 septembre 2020, que l'activité actuelle était difficile - sans toutefois se prononcer sur la capacité de travail - en raison des exigences physiques qu'elle impliquait (station debout, changement de literie, service en cuisine, nettoyage). Pour sa part, après avoir considéré que l'activité habituelle n'était plus adaptée (cf. compte-rendu du SMR du 7 juillet 2020 et avis médical du 8 octobre 2020), l'OAI a, ensuite de l'examen rhumatologique du Dr R._____, estimé que la capacité de travail dans l'activité habituelle était de 50 %. Dans leur rapport du 31 août 2021, les Drs H._____ et B._____ ont toutefois rendu compte des inquiétudes exprimées par la recourante au sujet de ce taux, qui lui paraissait excessif, dès lors qu'il faisait fi de son épuisement et, partant, de la réduction importante des tâches accomplies. Du reste, elle a expliqué avoir dû engager deux employées (à temps partiel) pour divers travaux ménagers et faire appel aux services d'un paysagiste pour l'entretien extérieur (cf. courrier du 7 octobre 2019). Constatant que le recours à du personnel et l'achat de matériel destiné à alléger les conditions de travail (deux aspirateurs, un nettoyeur à vapeur et un second frigo) ne suffisaient pas à garantir la rentabilité de l'exploitation, l'époux de la recourante a décidé de cesser toute activité professionnelle en anticipant sa retraite au 1^{er} février 2021 afin de pouvoir se consacrer entièrement à la gestion du B&B, son épouse - dont l'état de santé s'était

encore dégradé dans l'intervalle - n'effectuant plus que sporadiquement quelques activités administratives. Dans ses dernières déterminations du 25 avril 2022, la recourante admet même avoir cessé toute activité pour l'exploitation de sa maison d'hôtes en raison de son état de santé. A cet égard, la Dre G._____ a expliqué que l'intéressée était incapable de travailler lors de l'apparition des crises de céphalées et que toute activité aggravait fortement la douleur. Aussi n'était-elle plus en mesure d'accomplir des tâches ménagères ou de faire la cuisine (cf. rapport du 3 février 2022).

bbb) Si certaines tâches ponctuelles demeurent probablement possibles, singulièrement effectuer la comptabilité ou passer des commandes, la majorité des actes qu'implique l'exploitation d'une maison et table d'hôtes n'est cependant plus réalisable au vu des importantes limitations fonctionnelles de l'assurée, ce qui ne lui permet pas de valoriser sa capacité de travail à hauteur de 70 % comme il peut être attendu d'elle. Compte tenu d'une capacité de travail théorique à raison de 70 % dans une activité adaptée à l'état de santé qui est reconnu à la recourante, alors que son ancienne activité n'est plus exigible, voire à un très faible taux d'activité (50 % au maximum, mais plus vraisemblablement 20-30 %), un changement de profession est justifié en l'espèce, en sorte que l'intimé a retenu à juste titre que le revenu d'invalidé devait se calculer en fonction d'une activité adaptée et non sur la poursuite de l'activité habituelle. Dès lors qu'il incombe à la recourante de mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle, il faut donc examiner si elle est en mesure de le faire dans une activité adaptée compatible avec les limitations fonctionnelles retenues.

ccc) En avril 2021, la recourante était âgée de 54 ans à peine, âge qui ne constitue pas en soi un obstacle à toute réinsertion. Contrairement à ce qu'elle allègue, il n'a pas été constaté de limitations fonctionnelles d'ordre psychique. Les limitations fonctionnelles retenues sont d'ordre exclusivement rhumatologique (mobilisation du rachis essentiellement), mais permettent l'accomplissement de toutes sortes de travaux légers, dès lors qu'elle peut alterner les positions assise et debout.

Dans sa fiche de calcul du revenu d'invalidé du 14 décembre 2020, l'intimé a mentionné les possibilités d'activités adaptées existant dans le domaine industriel léger (montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, ouvrière à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrière dans le conditionnement). Comme l'a rappelé le Tribunal fédéral en maintes occasions (cf. notamment TF 8C_772/2020 du 9 juillet 2021 consid. 3.3 et les nombreuses références citées), les possibilités de travail sur un marché du travail équilibré sont suffisamment concrétisées dans la mesure où entrent en considération, comme exemples d'activités exigibles, des travaux simples de surveillance ou de contrôle, l'utilisation et la surveillance de machines (semi-) automatiques ou d'unités de production, ainsi que l'activité de surveillant de musée ou de parking. Au surplus, de telles activités ne requièrent pas de formation particulière hormis une mise au courant initiale et sont donc facilement accessibles à la recourante, qui a non seulement une formation d'assistante médicale, mais a réussi à obtenir la patente de cafetier-restaurateur, démontrant ainsi une capacité d'apprentissage. Au demeurant, au vu d'une capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée, il n'est pas irréaliste que l'assurée puisse effectivement trouver une activité légère sur le marché équilibré du travail.

On précisera encore que, dans la mesure où la question de l'aménagement du temps de travail afin de pouvoir alterner les positions et, le cas échéant, faire face à une crise migraineuse, découle du handicap, elle constitue un élément pertinent dans la détermination de l'activité adaptée et, partant, est susceptible d'être prise en considération dans la détermination du revenu d'invalidé par un éventuel abattement supplémentaire (cf. considérant 6b/bb *infra*) ; en revanche, contrairement à ce que soutient la recourante, elle ne donne pas droit à continuer l'activité habituelle.

ddd) Ainsi, il apparaît que l'on peut exiger de la recourante qu'elle opte pour une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

bb) Il convient d'examiner ensuite le revenu d'invalidé que l'assurée peut réaliser dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles et si les circonstances du cas d'espèce justifient un abattement supérieur à 5 %.

aaa) La personne assurée peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de service, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidé est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 146 V 16 consid. 4.1 ; 126 V 75). On peut également renoncer à une déduction particulière en raison de ces facteurs et se limiter, dans le calcul du revenu avec invalidité, à une déduction pour tenir compte des circonstances liées au handicap de la personne assurée et qui restreignent ces perspectives salariales par rapport à celles ressortant des données statistiques (dans ce sens : ATF 135 V 297 ; 135 V 58 ; 134 V 322 consid. 4 et 5.2). En effet, il est notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels ; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne. L'étendue de l'abattement (justifié dans un cas concret) constitue une question typique relevant du pouvoir d'appréciation, qui ne doit être revue que s'il a été exercé de manière contraire au droit, relevant de l'excès positif ou négatif de ce pouvoir d'appréciation ou d'un abus de celui-ci, notamment si des critères inappropriés ont été retenus, si des circonstances pertinentes n'ont pas été prises en compte, si un examen complet des circonstances n'a pas été fait ou s'il n'a pas été fait usage de critères objectifs (TF 9C_673/2010 du 31 mars 2011 consid. 4.1 et les références).

La jurisprudence considère cependant que, dans l'ESS, le niveau de qualification correspondant aux activités simples et répétitives dans les secteurs de la production et des services recouvre un large

éventail d'activités variées, n'impliquant pas de formation particulière et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes. En conséquence, il s'applique en principe à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail significative dans des travaux légers, de sorte que ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce que les intéressés seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides (cf. TF 9C_444/2010 du 20 décembre 2010 consid. 2.3 et les références citées ; TFA I 339/02 du 2 avril 2003 consid. 4.3.3). Par ailleurs, est seule déterminante la question de savoir dans quelle mesure la capacité de gain résiduelle de l'assuré peut être exploitée économiquement sur le marché du travail équilibré entrant en considération pour lui. Il n'y a pas lieu d'examiner si l'assuré peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité de travail résiduelle lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (TF 9C_329/2015 du 20 novembre 2015 consid. 7.2 ; TFA I 339/02 du 2 avril 2003 consid. 4.3.3).

bbb) En l'occurrence, le revenu d'invalidé calculé par l'intimé comporte une légère erreur. Dans une activité physique et manuelle simple (niveau de compétences 1), selon l'ESS 2018, le revenu annuel pour une femme est de 52'452 francs (4'371 fr. x 12). En tenant compte de l'horaire hebdomadaire de travail en 2020 (41,7 heures en moyenne), il s'élève à 54'681 fr. 20. Ce montant doit encore être indexé à l'année 2020 en fonction de l'évolution des salaires nominaux pour les femmes (ATF 129 V 408), soit 1 % de 2018 à 2019 et 0,9 % de 2019 à 2020. Il s'ensuit un revenu annuel sans invalidité de 55'725 fr. 10 à 100 %, soit 39'007 fr. 55 pour une capacité de travail de 70 %.

ccc) S'agissant de l'abattement, il faut rappeler que l'éventail d'activités visé par le tableau TA1_skill_level de l'ESS représente des professions généralement compatibles avec des limitations fonctionnelles légères. Dans ce contexte, seules les limitations fonctionnelles dépassant ce qui est compatible avec ces activités peuvent justifier un abattement supplémentaire ; or dans la mesure où les limitations retenues constituent

les mesures classiques d'épargne du rachis (cf. rapport du 12 novembre 2020 du Dr R._____, cité *supra* dans la partie « En fait ») n'impliquant qu'un aménagement de l'exécution du travail, elles ne présentent pas de spécificités telles qu'elles justifient une déduction du salaire d'invalidé. Le besoin de pauses et d'alterner les positions debout et assis a été pris en compte dans le cadre de l'évaluation de la capacité de travail, en sorte qu'il ne justifie pas un abattement supplémentaire. Quant à l'âge de la recourante, à savoir à peine 54 ans au moment de la décision querellée, il n'est pas impérativement susceptible de fonder un abattement supplémentaire, compte tenu de la durée prévisible des rapports de travail de plus d'une décennie avant l'âge légal de la retraite et du fait que l'intéressée a déjà deux formations professionnelles à valoriser. Pour le surplus, on ne voit pas d'autre élément susceptible d'influer négativement les perspectives salariales de la recourante pour les activités adaptées existantes. En admettant un abattement de 5 % pour tenir compte de l'impact des limitations fonctionnelles, déjà dûment prises en considération dans la fixation de la capacité de travail dans une activité adaptée à un taux réduit de 70 % et de l'âge de la recourante, l'intimé n'a pas sous-estimé de manière grossière les circonstances personnelles de l'assurée en violation de sa marge d'appréciation. Partant, il convient de retenir un revenu d'invalidé de 37'057 fr. 15.

c) Compte tenu de ce qui précède, la comparaison d'un revenu sans invalidité de 53'890 fr. avec un revenu d'invalidé de 37'057 fr. 15 conduit à une perte de gain de 16'832 fr. 85, correspondant à un taux d'invalidité de 31,23 %, inférieur au seuil légal ouvrant droit à une rente d'invalidité (cf. art. 28 al. 2 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021).

7. La recourante requiert, à titre de mesures d'instruction, la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, dans le domaine respectif des affections dont elle souffre. En l'état du dossier, l'instruction concernant l'état de santé et les limitations fonctionnelles de la recourante est complète. La Cour de céans, procédant à une appréciation anticipée des preuves (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II

425 consid. 2.1), rejette la réquisition, dès lors qu'elle s'estime suffisamment renseignée et que la mesure sollicitée n'est pas de nature à ébranler sa conviction.

8. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée en tant qu'elle nie le droit de la recourante à une rente d'invalidité.

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. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

c) 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 LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 12 avril 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de S._____.

- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Corinne Monnard Séchaud, avocate (pour S. _____),
- 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).

Le greffier :