

VD_FINDINFO Arrêt / 2016 / 348 vom 8. September 2016

VD Tribunal cantonal, 2016-09-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2016__348

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2016 / 348 du 8 septembre 2016

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2016 / 348 del 8 settembre 2016

Regeste

RENTE D'INVALIDITÉ, MESURE D'ORDRE PROFESSIONNEL, ÉVALUATION DE L'INVALIDITÉ, STATUT DE L'ASSURÉ{ ASSURANCE SOCIALE}, MÉTHODE EXTRAORDINAIRE D'ÉVALUATION, COMPARAISON DES ACTIVITÉS, COMPARAISON DES REVENUS | 17 LAI, 28 LAI, 28a LAI, 16 LPGA

Erwägungen

E. 8

avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de 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 de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante d'un rapport médical, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; TF I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1 in : SVR 2008 IV n° 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si des médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (TF 9C_158/2013 du 17 septembre 2013 consid. 2.2). b) Du point de vue médical, l'assurée a fait l'objet de plusieurs expertises sur les plans tant somatique que psychique, soit deux expertises pluridisciplinaires diligentées au sein de la Clinique F. _____ et une expertise réalisée par le Dr P. _____ en sa qualité de spécialiste en psychiatrie et psychothérapie (cf. rapports de la Clinique F. _____ des

E. 10

mars 2009 et 23 novembre 2010, ainsi que du Dr P. _____ du 24 août 2013). Il n'est pas contesté en l'état que la recourante ne présente sous l'angle psychique aucune atteinte à la

santé invalidante, le status observé par les différents experts s'avérant globalement superposable entre 2009 et 2013. Tant le Dr P. _____ que les spécialistes de la Clinique F. _____, la Dresse H. _____ et le Dr K. _____, ont relevé l'absence d'incidence de l'état de santé psychique sur la capacité de travail. Quand bien même le Dr P. _____ diverge de ses confrères en posant le diagnostic d'un « syndrome douloureux somatoforme persistant », et non pas d'un « trouble somatoforme indifférencié », il n'en demeure pas moins que la faible intensité des fluctuations d'humeur de la recourante ne saurait engendrer quelconque restriction à une insertion sur le marché du travail. A cet égard, on ne peut qu'écarter les avis des médecins traitants de la recourante, les Drs D. _____ et C. _____, les diagnostics évoqués par ces derniers, à savoir ceux d'un « trouble dépressif » et d'un « état de stress post-traumatique », n'ayant pas été objectivés à l'issue des investigations spécialisées. Quant à l'état de santé somatique, il faut remarquer que le cas de la recourante a été analysé de manière extrêmement fouillée au sein de la Clinique F. _____, l'assurée ayant été examinée notamment à deux reprises par un médecin rhumatologue et une fois par un neurologue. Les observations consignées par ces spécialistes et leurs conclusions en termes de diagnostics et d'appréciation de la capacité de travail apparaissent exemptes de toutes contradictions, tandis qu'on ne voit aucun élément médical nouveau ultérieur qui permettrait de douter de leur bien-fondé jusqu'à la date de la décision entreprise. Compte tenu de ce qui précède, force est d'attribuer aux rapports des experts mandatés par l'OAI une pleine force probante en ce qu'ils remplissent à l'évidence les réquisits jurisprudentiels rappelés supra. On ajoutera d'ailleurs qu'au stade de la présente procédure la recourante ne soulève aucun grief à l'encontre de l'appréciation du volet médical de son dossier. On déduira en conséquence du rapport d'expertise de la Clinique F. _____ du 23 novembre 2010 que la recourante est effectivement dotée d'une capacité de travail de 50% dans son activité habituelle de coiffeuse et de 75% dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles, soit épargnant le rachis, sans efforts répétés ou travail en force (cf. à cet égard : avis du Dr T. _____ du SMR du 18 janvier 2011). Cette exigibilité peut être prise en compte dès avril 2009 jusqu'à la date de la décision querellée, ainsi qu'il ressort du rapport d'expertise précité. Quant à l'exigibilité pour la période antérieure – déterminante dès juillet 2007 pour l'examen du droit à la rente (cf. considérant 3d supra) –, il y a lieu de se référer au précédent rapport de la Clinique F. _____, daté du 10 mars 2009. Ce document autorise de retenir une capacité de travail de 100% dans une activité permettant l'alternance des positions, évitant le port de charges et les travaux en flexion ou rotation du tronc, entre juillet 2007 et mars 2009. On peut en effet admettre – quand bien même les experts ne l'indiquent pas expressément – que cette appréciation est demeurée valable en l'absence de modification substantielle de l'état de santé dans l'intervalle concerné, au vu des limitations fonctionnelles énoncées exclusivement liées au problème rachidien (cf. rapport d'expertise de la Clinique F. _____ du 10 mars 2009 p. 12). On doit en revanche déduire de ce rapport que les experts ont validé une incapacité de travail de 50% dans l'activité habituelle de coiffeuse jusqu'en mars 2009, telle qu'attestée par les médecins traitants de l'assurée (cf. rapport d'expertise de la Clinique F. _____, ibidem). On écartera en revanche la prise en compte d'une exigibilité de 70% dans l'activité de coiffeuse dès mars 2009 pour fixer le droit aux prestations de la recourante, dans la mesure où dite exigibilité n'a pas duré au moins trois mois (cf. à cet égard : rapport de la Clinique F. _____ du 23 novembre 2010 et rapports du Dr T. _____ du SMR des 3 avril 2009 et 18 janvier 2011 ; cf. au surplus : art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). 5. Vu ces

prémises médicales, il sied d'analyser dans un second temps la situation économique et professionnelle de l'assurée, singulièrement de se pencher sur l'évaluation de son degré d'invalidité. L'évaluation de l'invalidité peut être effectuée selon quatre méthodes, entre lesquelles il y a lieu d'opter lors du premier examen du droit d'un assuré à des prestations, de même que lors d'une révision de celui-ci : méthode générale de la comparaison des revenus pour un assuré exerçant une activité lucrative à temps complet (cf. art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA ; ATF 130 V 343 consid. 3.4) ou méthode extraordinaire dans certains cas particuliers, méthode spécifique pour un assuré sans activité lucrative (cf. art. 28a al. 2 LAI ; ATF 130 V 97 consid. 3.3.1) et méthode mixte pour un assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel (cf. art. 28a al. 3 LAI ; ATF 137 V 334 ; 130 V 393 et 125 V 146). a) Conformément à l'art. 28a al. 1 LAI, l'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation des assurés qui, sans atteinte à la santé, exerceraient une activité lucrative à temps complet ; cette dernière disposition énonce que pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec 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 (méthode générale d'évaluation de l'invalidité). aa) La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4 ; 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1). ab) A teneur de l'art. 25 al. 1 RAI, est réputé revenu déterminant au sens de l'art. 16 LPGA, pour l'évaluation de l'invalidité, le revenu annuel présumable, sur lequel les cotisations seraient perçues en vertu de la LAVS. Le revenu sans invalidité doit cela étant être déterminé en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'assuré aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; TF 9C_501/2009 du 12 mai 2010 consid. 5.2). Il doit être évalué de la manière la plus concrète possible ; c'est pourquoi il se déduit en principe du revenu réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente, respectivement à la date de la décision statuant sur les effets d'une modification de la situation de l'assuré (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 ; 128 V 174 consid. 4a). Par revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide au sens de l'art. 16 LPGA, il faut entendre ce qu'il réaliserait effectivement s'il était en bonne santé, et non pas ce qu'il pourrait gagner dans le meilleur des cas. On ne saurait dès lors s'écarter du dernier revenu obtenu avant l'atteinte à la santé pour le seul motif que l'assuré disposait, avant la survenance de son invalidité, de meilleures possibilités de gain que celles qu'il mettait en valeur et qui lui permettaient d'obtenir un gain modeste (ATF 125 V 46 consid. 5c/bb ; TF 9C_439/2009 du 30 décembre 2009). Il est par ailleurs possible de procéder à une moyenne des gains réalisés sur une relativement longue période (TF 9C_760/2015 du 21 juin 2016 consid. 3.2 et les références citées). ac) Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalide. En revanche, en l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité

lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), publiées par l'Office fédéral de la statistique (OFS) (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; 126 V 76 consid. 3a/bb ; 124 V 323 consid. 3b/bb ; TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3). En cas de recours à l'ESS, on se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 323 consid. 3b/bb ; TF I 7/2006 du 12 janvier 2007 consid. 5.2 ; Pratique VSI 1999 p. 182). En outre, il se justifie d'examiner l'opportunité d'une déduction supplémentaire sur le revenu d'invalidé, ce uniquement dans l'hypothèse de l'usage des ESS. Il est en effet 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 (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent par conséquent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Une déduction globale maximale de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc p. 79 ; TF 9C_704/2008 du 6 février 2009 consid. 3). Cette énumération d'éléments personnels et professionnels pouvant justifier une déduction doit toujours s'inscrire dans le but visé par la jurisprudence qui est de déterminer, à partir de valeurs statistiques, un revenu d'invalidé qui corresponde au mieux, in concreto, à l'exploitation lucrative raisonnablement exigible des activités encore possibles dans le cadre de la capacité résiduelle de travail (ATF 126 V 75 consid. 5 ; TF 8C_887/2008 du 24 juin 2009). Il ne faut pas procéder à une déduction d'office, mais uniquement si des indices montrent qu'en raison d'un ou plusieurs facteurs déterminants, un assuré ne peut exploiter sa capacité de travail résiduelle sur le marché ordinaire de l'emploi qu'en réalisant un revenu inférieur à la moyenne (TF 8C_711/2012 du 16 novembre 2012 consid. 4.2.1). La déduction doit être déterminée et motivée en analysant la situation individuelle. Il n'est pas admis de cumuler des déductions quantifiées séparément pour chaque facteur pris en compte, car en opérant de la sorte on en ignorerait les interactions eu égard à une approche globale de la situation (ATF 126 V 75 consid. 5). b) 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 9C_394/2009 du 8

janvier 2010 consid. 2.2 ; cf. également Circulaire sur l'invalidité et l'impuissance dans l'assurance-invalidité [CIIAI], édictée par l'Office fédéral des assurances sociales [OFAS], ch. 3104 CIIAI ss). 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 [Tribunal fédéral des assurances] 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_394/2009 du 8 janvier 2010 consid. 2.3). c) Selon l'art. 28a al. 2 LAI, l'invalidité de l'assuré qui n'exerce pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'il en entreprenne une est évaluée, en dérogation à l'art. 16 LPGA, en fonction de son incapacité à accomplir ses travaux habituels (méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité ; TFA I 288/06 du 20 avril 2007 consid. 3.2). Pour évaluer le taux d'invalidité des assurés travaillant dans le ménage, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacun des travaux habituels conformément aux ch. 3084 ss CIIAI - pratique dont le Tribunal fédéral a admis de longue date la conformité (TF 9C_467/2007 du 19 mars 2008 consid. 3.3). Selon la jurisprudence, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 128 V 93 ; TF 9C_693/2007 du 2 juillet 2008 consid. 3). d) Lorsqu'il convient d'évaluer l'invalidité d'un assuré selon la méthode mixte, l'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus ou la méthode extraordinaire d'évaluation de l'invalidité. S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique pour cette activité (cf. art. 28a al. 3 LAI). L'invalidité totale de la personne assurée résultera de l'addition des taux d'invalidité pondérés dans les deux domaines (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et 125 V 146). e) La réponse apportée à la question de savoir à quel taux d'activité la personne assurée travaillerait sans atteinte à la santé dépend de l'ensemble des circonstances personnelles, familiales, sociales, financières et professionnelles (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et les arrêts cités). Cette évaluation doit également prendre en considération la volonté hypothétique de l'assuré qui en tant que fait

interne ne peut faire l'objet d'une administration directe de la preuve et doit en règle générale être déduite d'indices extérieurs (TF 9C_64/2012 du 11 juillet 2012 consid. 5.2 in fine et la référence citée). On ajoutera par ailleurs que, selon une jurisprudence constante, il convient, en présence de deux versions différentes et contradictoires d'un fait, d'accorder la préférence à celle que l'assuré a donnée alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le fruit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 45 consid. 2a et références citées ; RAMA 2004 n° U 515 p. 420 consid. 1.2 ; VSI 2000 p. 201 consid. 2d). 6. a) In casu, contrairement à ce qu'a considéré l'OAI dans la décision querellée, ainsi que dans sa réponse au recours, on ne voit pas que le statut de la recourante doive être fixé pour l'intégralité de l'intervalle litigieux – lequel s'étend sur plusieurs années jusqu'à la date de la décision entreprise – sans modification possible sous prétexte que l'on a affaire à une demande initiale de rente d'invalidité. Au vu des circonstances personnelles et professionnelles qui régnaient au moment de la survenance de l'atteinte à la santé en avril 2005, on peut retenir, à l'instar de l'assurée, qu'elle revêtait au degré de la vraisemblance prépondérante un statut de personne active à plein temps. Il est en effet vraisemblable que sans atteinte à la santé, elle aurait continué à se consacrer à l'exploitation de son salon de coiffure, quand bien même elle a donné naissance à deux enfants, respectivement en 2005 et 2007. Ainsi qu'elle l'a exposé à plusieurs reprises, elle disposait du soutien de sa famille pour assurer la garde de ses enfants et n'envisageait pas de restreindre son taux d'activité avant que son fils aîné n'eût été scolarisé (cf. rapports d'enquête sur l'activité indépendante du 8 juillet 2009 et sur l'activité ménagère du 21 mars 2011). Elle avait au surplus, par le passé, exercé son métier à plein temps sans que des velléités de déployer une activité à temps partiel ne puissent être déduites des éléments du dossier. Cela étant, à compter de la scolarisation de son fils, en août 2009, elle aurait – selon ses propres déclarations consignées dans le rapport d'enquête sur l'activité indépendante du 8 juillet 2009 – réduit son temps de travail pour assurer une présence maternelle en dehors des horaires scolaires. Quant à la proportion de cette réduction, elle l'a évaluée à 20% envisageant dès lors de poursuivre l'exploitation de son salon de coiffure à 80%. Ces explications, communiquées par la recourante elle-même, apparaissent crédibles, dans la mesure où elles constituent des premières déclarations émises spontanément dans le contexte de l'enquête sur son activité indépendante. Qui plus est, elles ont été consignées à une échéance très brève par rapport au changement de statut envisagé, en toute connaissance des exigences de la situation familiale, alors que l'assurée avait déjà donné naissance à son second enfant. Compte tenu de ces constats, il n'y a pas lieu d'accorder la prépondérance à des explications ultérieures de l'assurée, lesquelles sont d'ailleurs de plus en plus distantes des circonstances concrètes à l'origine de ses déclarations initiales. Partant, on ne retiendra pas l'exercice d'une activité lucrative limitée à 70%, quand bien même cette allégation isolée de l'assurée a été reprise textuellement par l'enquêtrice de l'OAI (cf. rapport d'enquête économique sur le ménage du 21 mars 2011). Cette déclaration n'a en outre jamais été réitérée par la recourante, au contraire de celle relative à la poursuite de son activité professionnelle au taux de 80%. On ne prendra pas davantage en considération les arguments soulevés par l'assurée au stade de la procédure de recours quant au maintien d'un statut d'active à plein temps compte tenu de l'aménagement possible de l'activité indépendante, lesquels peuvent être le fruit de réflexions ultérieures, manifestement contraires à ses premières déclarations. Il convient bien plutôt de se fonder sur une répartition du temps de travail, à concurrence de 80% pour la sphère lucrative et 20% pour la sphère ménagère, à compter d'août 2009, ainsi que l'envisageait concrètement

la recourante au moment de l'enquête économique de l'activité indépendante réalisée en juillet 2009. b) Dans l'optique de l'application de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité dès août 2009, on relèvera que l'enquêtrice de l'OAI a relaté des empêchements dans cinq champs d'activité pour mettre à jour un taux d'invalidité de 23,1%, valable dans la sphère strictement ménagère. Elle s'est ce faisant basée sur les déclarations de l'assurée en tenant compte de l'aide exigible de son époux, lequel fait ménage commun avec la recourante. Les limitations fonctionnelles justifiant les empêchements énoncés correspondent par ailleurs à celles établies par les différents experts somaticiens ayant examiné l'assurée. Dès lors, le rapport d'enquête économique sur le ménage du 21 mars 2011 – que les parties n'ont au demeurant ni discuté, ni contesté – peut être qualifié de conforme aux exigences jurisprudentielles citées sous considérant 5c ci-avant pour ce qui est de la détermination des empêchements rencontrés dans l'accomplissement des tâches correspondantes. Il s'agira ainsi de tenir compte d'une invalidité de 23,1% dans la sphère d'activité ménagère. 7. A ce stade de l'examen, il n'est pas inutile de rappeler les principes régissant la révision du droit aux prestations, applicables mutatis mutandis, lorsque l'administration se prononce simultanément et avec effet rétroactif, par une seule ou plusieurs décisions, sur des périodes successives. Il convient de procéder dans de telles situations à une comparaison entre les différents états de faits (ATF 125 V 413 ; TF 9C_394/2010 du 24 février 2011 consid. 3 ; TFA I 299/03 du 29 juin 2004 consid. 5.1). a) En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et cas échéant – en cas d'indices d'une modification des effets économiques – une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5b ; 125 V 368 consid. 2 et 112 V 372 consid. 2b ; TF 9C_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1). La révision du droit à la rente au sens de l'art. 17 LPGA suppose un changement dans les circonstances personnelles de l'assuré, relatives à son état de santé ou à des facteurs économiques, qui entraîne une modification notable du degré d'invalidité (ATF 133 V 545 consid. 6.1 et 7.1). En particulier, il y a lieu à révision en cas de modification sensible de l'état de santé, des conséquences sur la capacité de gain d'un état de santé resté en soi le même (ATF 130 V 343 consid. 3.5 et les arrêts cités) ou des circonstances (hypothétiques) ayant déterminé le choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité (ATF 117 V 198 consid. 3b ; TF 9C_277/2013 du 28 août 2013 consid. 4.1). b) L'art. 88a al. 1 RAI stipule que si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, 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 a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. Selon l'art. 88a al. 2 RAI, 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. L'art. 29bis est toutefois applicable par analogie. 8. En l'espèce, au vu des principes énoncés ci-dessus, il y a lieu de scinder l'examen du droit aux prestations de la recourante en six périodes distinctes : · une première période s'étend de l'échéance du délai de carence le 21 avril 2006 au 31 mars 2009, alors que la recourante était dotée d'une capacité de travail de 50% dans son activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée, tandis qu'elle poursuivait l'exploitation de son salon de coiffure dans la mesure de cette exigibilité, tout en revêtant un statut de personne active à 100% ; · une seconde période s'étend du 1^{er} avril 2009 au 31 juillet 2009, alors que l'assurée avait recouvré une capacité de travail durable de 75% dans une activité adaptée à son état de santé, tout en conservant une capacité de travail de 50% dans son activité de coiffeuse et en maintenant l'exploitation de son salon de coiffure ; elle revêtait également un statut de personne active à 100% ; · une troisième période débute le 1^{er} août 2009, où l'assurée est devenue une personne de statut mixte qui se consacrerait en bonne santé à 80% à l'exercice d'une activité lucrative et à 20% à sa famille, sans que l'exigibilité médicale n'ait été modifiée ; cette période a pris fin le 31 mai 2010 ; · une quatrième période peut être retenue dès le 1^{er} juin 2010, date à laquelle l'assurée a cessé d'exploiter son salon de coiffure, tandis que l'exigibilité médicale et son statut mixte demeurent inchangés ; cette période prend fin le 6 juin 2011 avec le début des mesures professionnelles ; · une cinquième période se déroule du 6 juin 2011 au 31 mars 2012 pendant laquelle les mesures professionnelles, assorties d'indemnités journalières, ont été organisées ; · une sixième période débute dès l'issue de la mesure de reclassement professionnel le 1^{er} avril 2012 pour s'étendre jusqu'à la date de la décision litigieuse, où l'exigibilité médicale et le statut mixte de l'assurée, tels que précédemment déterminés, demeurent inchangés. 9. a) S'agissant de la première période du 21 avril 2006 au 31 mars 2009, on observe préliminairement que l'examen du droit à la rente n'entre en ligne de compte qu'à compter de juillet 2007, vu la date du dépôt de la demande de prestations de l'assurée, soit le 4 juillet 2008 (cf. également considérant 3d supra). Le préjudice économique subi par l'assurée a été dans un premier temps déterminé par le biais de l'enquête économique sur son activité indépendante réalisée en juillet 2009. Le rapport corrélatif du 8 juillet 2009 a mis à jour un degré d'invalidité de 53,38%, sur la base de la méthode extraordinaire d'évaluation de l'invalidité, compte tenu des difficultés rencontrées pour fixer précisément le revenu pouvant être effectivement attribué à l'activité de l'assurée atteinte dans sa santé. L'OAI a procédé dans un second temps, à une évaluation purement médico-théorique de l'invalidité de l'assurée à l'issue de la décision litigieuse et écarté le rapport de son enquêteur, compte tenu du « potentiel de réadaptation » constaté auprès de l'assurée (cf. procès-verbal de l'audience du 29 août 2016) b) L'évaluation à laquelle a procédé l'intimé n'est pas convaincante dès lors qu'elle ne correspond à aucune méthode reconnue par la loi et la jurisprudence. On cherche en effet en vain dans le procédé utilisé une comparaison des revenus que ce soit selon la méthode ordinaire ou extraordinaire d'évaluation de l'invalidité. c) L'évaluation opérée pour sa part par l'enquêteur économique de l'OAI ne peut davantage être suivie, sans qu'il soit nécessaire de déterminer ici si elle correspond à une application correcte de la méthode extraordinaire d'évaluation de l'invalidité. Il convient en effet, quoi qu'il en soit, de s'en écarter dans la mesure où la recourante, dans son activité indépendante, n'exploitait pas sa capacité résiduelle de gain dans toute la mesure raisonnablement exigible. En effet, au vu de sa capacité de travail et de gain dans une activité adaptée et du fait qu'elle ne dégagait plus aucun revenu de

l'exploitation de son salon de coiffure, il lui appartenait de diminuer le dommage en changeant d'activité professionnelle. Partant, il convient de déterminer son invalidité selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus. En conséquence, il y a lieu de privilégier le revenu sans invalidité concret réalisé par l'assurée pour déterminer son préjudice économique par le biais de la méthode ordinaire de comparaison des revenus. Ledit revenu concret peut être obtenu en procédant à une moyenne des revenus réalisés de 2002 à 2004, avant l'atteinte à la santé, ce qui requiert l'addition des montants inscrits au compte individuel AVS et des amortissements ressortant de la comptabilité. Les chiffres suivants ont lieu d'être retenus : Année 2002 2003 2004 Revenu AVS 20400 28200 30200 Amortissements 15017 11550 8650 TOTAL 35417 39750 38550 Une moyenne de revenus de 38'005 fr. peut ainsi être dégagée sur les trois années précédant l'atteinte à la santé. Après actualisation de la somme précitée au moyen de l'Indice suisse des salaires nominaux (ISS ; cf. OFS/ La Vie économique, n°1/2-2014, tableau B 10.3), les revenus hypothétiques sans invalidité suivants peuvent être mis à jour : 2006 : 38'923 francs. 2009 : 41'097 francs. 2010 : 41'351 francs. e) En ce qui concerne le revenu hypothétique d'invalidité, il y a lieu de le déterminer en recourant aux statistiques salariales. Le salaire de référence in casu est celui auquel peut prétendre une femme effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services) en 2006 (année d'ouverture du droit à la rente), soit 4'019 fr. par mois, part au

E. 13

A partir du 6 juin 2011 jusqu'au terme porté à la mesure de reclassement professionnel mise en œuvre par l'intimé, l'assurée a bénéficié d'indemnités journalières, ce qui permet de nier d'emblée tout droit à une rente d'invalidité pour cette période (cf. art. 29 al. 2 LAI).

E. 14

Dès le terme effectif de la mesure de reclassement à fin mars 2012, il n'y a pas lieu de modifier le taux d'invalidité mis à jour à compter du 1^{er} juin 2010, contrairement à ce qu'a retenu l'OAI dans sa décision du 23 janvier 2014. Singulièrement, une nouvelle détermination du degré d'invalidité dans la sphère d'activité lucrative ne se justifie pas, étant donné l'échec du reclassement professionnel. On ne peut en effet manifestement pas prendre en compte l'exigibilité de l'exercice d'une activité de secrétariat, faute d'acquisition par l'assurée des compétences indispensables pour un tel emploi suite à son échec aux examens de mars 2012. Cela étant, même si par impossible le degré d'invalidité devait être une nouvelle fois déterminé à l'année de référence 2012, il ne serait pas substantiellement modifié par rapport au précédent calcul, étant précisé que le revenu réalisable par une femme sans qualifications particulières dans tous secteurs d'activités ascende selon l'ESS 2012 à 4'225 francs. Le droit à une rente d'invalidité doit en définitive être nié dans le cas de la recourante, ce pour l'intégralité de l'intervalle s'étendant de l'issue du délai de carence à la date de la décision litigieuse, de sorte que cette dernière doit être confirmée à cet égard.

E. 15

Doit encore être discutée la question des mesures professionnelles entrant en ligne de compte en l'espèce. a) Le rôle principal de l'assurance-invalidité consiste à éliminer ou à atténuer au mieux les effets préjudiciables d'une atteinte à la santé sur la capacité de gain de la personne assurée, en privilégiant au premier plan l'objectif de réinsertion dans la vie professionnelle active ou dans le secteur d'activité initial, et au second plan le versement de

prestations en espèces (Message du 22 juin 2005 concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [5e révision de l'AI] ; FF 2005 4215, 4223 ch. 1.1.1.2). L'examen d'un éventuel droit à des prestations de l'assurance-invalidité doit par conséquent procéder d'une démarche au centre de laquelle figure avant tout la valorisation économique des aptitudes résiduelles – fonctionnelles et/ou intellectuelles – de la personne assurée. Les mesures qui peuvent être exigées de la personne assurée doivent être aptes à atténuer les conséquences de l'atteinte à la santé (ATF 138 I 205 consid. 3.1 et la référence citée). Dans le domaine de l'assurance-invalidité, on applique de manière générale le principe selon lequel une personne invalide doit, avant de requérir des prestations, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre d'elle 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). 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 (TF 9C_540/2011 du 15 mars 2012 consid. 3.2 et les arrêts cités ; 9C_578/2009 du 29 décembre 2009 consid. 4.2.2 et les arrêts cités). On ajoutera, eu égard à l'obligation de diminuer le dommage, que l'art. 21 al. 4 LPGA prévoit que les prestations peuvent être réduites ou refusées temporairement ou définitivement si l'assuré se soustrait ou s'oppose, ou encore ne participe pas spontanément, dans les limites de ce qui peut être exigé de lui, à un traitement ou une mesure de réinsertion professionnelle raisonnablement exigible et susceptible d'améliorer notablement sa capacité de travail ou d'offrir une nouvelle capacité de gain. Une mise en demeure écrite l'avertissant des conséquences juridiques et lui impartissant un délai de réflexion convenable doit lui avoir été adressée. b) Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). La prestation dont il est question doit remplir les conditions de simplicité et d'adéquation, ce qui suppose qu'elle soit propre à atteindre le but fixé par la loi et apparaisse nécessaire et suffisante à cette fin. Il doit par ailleurs exister un rapport raisonnable entre le coût et l'utilité de la prestation compte tenu de l'ensemble des circonstances de fait et de droit du cas particulier (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références ; cf. Ulrich Meyer-Blaser, *Zum Verhältnismässigkeitsgrundsatz im staatlichen Leistungsrecht*, 1985, p. 82 ss et 123 ss). c) Selon l'art. 17 al. 1 LAI, la personne assurée a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. Est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. Le

seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20% environ (ATF 130 V 488 consid. 4.2 et les références citées). d) En outre, l'art. 18 al. 1 LAI prévoit que l'assuré présentant une incapacité de travail (art. 6 LPG) et susceptible d'être réadapté a droit à un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié (let. a) ou à un conseil suivi afin de conserver un emploi (let. b). e) En l'espèce, au vu du taux d'invalidité mis à jour dans le cas de la recourante, largement inférieur au seuil de 20% fixé par la jurisprudence fédérale susmentionnée, elle ne saurait prétendre une mesure de reclassement professionnel au sens de l'art. 17 LAI. En revanche, elle peut être mise au bénéfice d'une aide au placement en vertu de l'art. 18 LAI, étant souligné que les mesures professionnelles diligentées par l'OAI n'ont en l'état pas atteint leur but. S'il est certes vrai que la recourante a été mise en demeure à réitérées reprises de poursuivre la formation entamée et de s'efforcer de la réussir, on ne saurait toutefois lui imputer l'échec essuyé aux examens finaux de mars 2012. Ainsi qu'il ressort des pièces produites par l'intimé, l'assurée a communiqué à plusieurs occasions ses doutes quant au niveau trop élevé et inadéquat du cursus entrepris, ainsi que ses importantes difficultés à acquérir les connaissances indispensables à sa réussite. Par ailleurs, si elle n'a pu mettre à profit la prolongation octroyée par l'OAI du 1^{er} avril 2012 au 22 juin 2012 (cf. communication du 23 avril 2012), il apparaît que ce défaut est consécutif aux arrêts de travail temporaires prononcés par ses médecins traitants. A ce stade, l'exigibilité médicale fixée par la seconde expertise réalisée auprès de la Clinique F._____, que la recourante ne conteste pas auprès de la Cour de céans, a lieu d'être mise à profit sur le marché du travail. Une mesure d'aide au placement à cette fin apparaît remplir les critères de simplicité et d'adéquation requis par l'art. 8 LAI en vue de la réinsertion de l'assurée. Dans la mesure où la recourante entend bénéficier de cette prestation, il lui appartient d'en faire la demande auprès de l'OAI. Dans ce contexte, l'attention de la recourante est attirée sur son obligation de diminuer le dommage (cf. art. 21 al. 4 rappelé supra sous considérant 15a) qui implique sa participation assidue à toute mesure diligentée par l'intimé.

E. 16

Il résulte de l'exposé qui précède que le recours doit être rejeté sous suite de la confirmation de la décision du 23 janvier 2014. a) En dérogation à l'art. 61 let. a LPG, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de la recourante, qui succombe. c) N'obtenant pas gain de cause, la recourante ne saurait prétendre des dépens (art. 61 let. g LPG et 55 al. 1 LPA-VD).