

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 8 septembre 2016

Composition : M. NEU, président
M. Métral et Mme Dessaux, juges
Greffière : Mme Monod

Cause pendante entre :

X._____, à [...], recourante, représentée par Inclusion Handicap, Me Florence Bourqui, avocate, à Lausanne,

et

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

Art. 16 LPGA ; art. 17, 28 et 28a LAI.

E n f a i t :

A. X._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante suisse née en 1974, est titulaire d'un certificat fédéral de capacité (CFC) de coiffeuse obtenu en 1997. Elle a exploité un salon de coiffure à titre indépendant depuis novembre 2000.

Mariée dès 2003, elle est mère de deux enfants, nés respectivement en 2005 et 2007.

B. Victime d'une incapacité totale de travail depuis le 21 avril 2005, ramenée à 50% dès le 4 juillet 2005, au motif d'une « spondylarthrite ankylosante précoce », l'assurée a été examinée par le Dr W._____, spécialiste en maladies rhumatismales et médecine interne, à la demande de son assureur perte de gain en cas de maladie. Le Dr W._____ a considéré, dans son rapport du 7 novembre 2005, que l'assurée présentait une « spondylarthrite séronégative » et un « état dépressif réactionnel ». L'incapacité de travail perdurait à concurrence de 50% pour une durée de trois mois, tandis que l'assurée devait pouvoir, « avec un traitement adéquat, reprendre ses activités de coiffeuse ».

C. Vu la persistance de son incapacité partielle de travail, l'assurée s'est adressée à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en déposant un formulaire en vue de détection précoce le 6 juin 2008.

A l'occasion d'un entretien avec un collaborateur de l'OAI le 17 juin 2008, elle a fait part de ses doutes quant à la reprise de son activité lucrative à plein temps en raison de ses douleurs, s'interrogeant en l'état sur la vente ou la poursuite de son activité commerciale. Elle a signalé « ne pas se sentir capable d'entreprendre une nouvelle activité ».

Elle a en définitive été invitée à solliciter des prestations de l'assurance-invalidité (AI) par le biais d'une demande formelle et s'est exécutée en ce sens le 4 juillet 2008.

Procédant à l'instruction de cette requête de prestations, l'OAI a recueilli des rapports médicaux auprès des médecins traitants de l'assurée, les Drs D._____, spécialiste en médecine interne, et C._____, spécialiste en rhumatologie et médecin-adjoint au sein du Centre hospitalier B._____.

Dans son rapport du 8 août 2008, le Dr D._____ a mentionné les diagnostics d'une « spondylarthropathie indifférenciée (spondylarthropathie ankylosante précoce) » dès début 2005 et d'un « trouble dépressif, épisode actuel moyen à sévère », lesquels se répercutaient sur la capacité de travail de sa patiente. Il a précisé avoir prononcé une incapacité totale de travail du 21 avril 2005 au 3 juillet 2005, puis partielle à hauteur de 50% dès le 4 juillet 2005, laquelle se poursuivait pour une durée indéterminée.

Quant au Dr C._____, il a indiqué le 11 août 2008 que l'assurée présentait les diagnostics de « spondylarthrite ankylosante » et de « suspicion de maladie de Crohn » sous suite d'une incapacité de travail de 50%. Il a par ailleurs relevé une « spondylarthrite avec atteinte axiale et périphérique [... allant] s'aggravant malgré les traitements, avec l'installation d'une incapacité de travail plus importante et un épuisement ». Il préconisait « d'envisager une rente ou un reclassement dans une autre profession », compte tenu de « l'association d'une atteinte axiale et périphérique ».

Questionnée par l'OAI sur son taux d'activité, l'assurée a signalé le 12 août 2008 qu'en bonne santé, elle aurait travaillé à 100% depuis toujours par « nécessité financière » et « intérêt personnel ».

D. Sur mandat de l'OAI du 1^{er} décembre 2008, l'assurée a été expertisée sur les plans rhumatologique et psychiatrique au sein de la Clinique F._____ à [...] en date des 24 et 25 février 2009. Les experts, soit les Drs G._____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne, et H._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont communiqué le rapport corrélatif rédigé le 10 mars 2009. Ils ont retenu, au titre de diagnostics se répercutant sur la capacité de travail, des « rachialgies chroniques non spécifiques (M54.9), possible spondylarthropathie séronégative (M47.89) ». En revanche, demeuraient sans influence sur la capacité de travail un « trouble somatoforme indifférencié (F45.1) », un « possible syndrome du canal carpien droit (G56.0) » et des « troubles statiques du rachis lombaire (scoliose sinistro-convexe ; M41.5) ». S'agissant de la capacité de travail de l'assurée, les experts ont conclu leur rapport en ces termes :

« [...] En raison des douleurs rachidiennes, une incapacité de travail pour les activités contraignantes pour le rachis a été justifiée depuis avril 2005 à 100% puis à 50% depuis juillet 2005. Néanmoins, au vu des constatations actuelles, en l'absence de critère de sévérité d'un éventuel rhumatisme inflammatoire et en l'absence d'une psychopathologie incapacitante, une augmentation du taux d'activité dans la profession de coiffeuse paraît exigible. Les experts s'accordent à fixer ce taux à 70% en tenant compte d'une diminution de rendement de 30% dans cette activité nécessitant le maintien de positions et des efforts en élévation des membres supérieurs.

Dans une activité adaptée au problème rachidien un taux de 100% est exigible, sans diminution de rendement. Une telle activité permettrait des alternances de station debout et assise, éviterait les efforts de port de charges et les travaux en flexion et/ou rotation du tronc répétés. [...] »

Le Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), sous la plume du Dr T._____, s'est rallié à l'appréciation des experts de la Clinique F._____ dans un rapport du 3 avril 2009, considérant que l'assurée était dotée d'une capacité de travail de 70% dans son activité habituelle du fait d'une diminution de rendement de 30% et d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée depuis mars 2009, date à laquelle débutait également son aptitude à la réadaptation.

E. Une enquête économique de l'activité indépendante a été diligentée par l'OAI le 6 juillet 2009. A l'issue de son rapport, délivré le 8

juillet 2009, l'enquêteur a relevé que l'assurée exploitait un salon de coiffure depuis novembre 2000, au sein duquel étaient normalement employées deux coiffeuses. L'assurée envisageait la poursuite d'une formation modulaire afin d'être en mesure de former des apprentis. Elle s'estimait incapable de reprendre son activité professionnelle à 70% compte tenu de ses douleurs, tandis qu'elle poursuivait l'exploitation de son salon à 50% depuis le 4 juillet 2005. Examinant la comptabilité des années 2002 à 2004, l'enquêteur de l'OAI a arrêté un revenu hypothétique sans invalidité de 24'591 fr. et remarqué que les comptes individuels AVS pour les années 2001 à 2004 faisaient état de revenus s'élevant à 22'500 fr., 20'400 fr., 28'200 fr. et 30'200 francs. Il a finalement procédé à la détermination du taux d'invalidité de l'assurée pour la période s'étendant d'avril 2005 à février 2009 au moyen de la méthode extraordinaire d'évaluation de l'invalidité. Il a pris en considération à cette fin une capacité de travail pondérée de 46,7% au vu des trois champs d'activité déterminants dans l'entreprise de l'assurée, soit la coiffure, les nettoyages et l'administration. Après attribution de salaires statistiques à ces différents champs d'activité, il a en définitive mis à jour un revenu théorique sans handicap de 43'205 fr. et un revenu avec handicap de 20'142 francs. La comparaison de ces montants aboutissait à un préjudice économique de 23'062 fr. d'avril 2005 à février 2009, ce qui équivalait à un degré d'invalidité de 53,38%. En outre, au titre de remarque relative au statut de l'assurée, l'enquêteur a relaté ce qui suit :

« [...] Jusqu'à actuellement notre assurée aurait vraisemblablement été active à 100% malgré la naissance de ses 2 enfants en 2005 et 2007. Sa mère est totalement disponible pour la garde des enfants. A la rentrée d'août prochain, son aîné de 4 ans va débiter l'école enfantine. [L'assurée] pense que, compte tenu de cet élément nouveau, elle aurait opté pour un statut d'active à 80% dès ce moment-là. Elle estime qu'à partir du moment où l'un de ses enfants est scolarisé la présence de la mère doit être renforcée à domicile. Elle ne peut pas être catégorique mais pense qu'un statut d'active à 80% correspond probablement à la situation qui aurait été la sienne dès août 2009, sans atteinte à la santé. [...] »

L'enquêteur a enfin suggéré de transférer le cas de l'assurée au Service de réinsertion professionnelle de l'OAI dans les meilleurs délais, compte tenu de ses projets de réorientation professionnelle.

F. L'assurée a été reçue en entretien par un collaborateur dudit service le 20 octobre 2009 et a fait part de sa décision de mettre un terme à son activité indépendante. Elle a également communiqué deux projets potentiels en vue de sa réorientation, à savoir une formation modulaire lui permettant d'accéder à un brevet en coiffure et un reclassement dans le domaine de la vente de produits cosmétiques, en particulier à une clientèle du secteur de la coiffure. Les objectifs fixés au terme de l'entretien étaient la « définition d'une cible professionnelle réaliste et réalisable en fonction des aptitudes de l'assurée [...], de ses intérêts [...] et de ses limitations fonctionnelles en vue d'un reclassement professionnel [...] ».

L'OAI a actualisé les renseignements médicaux versés à son dossier et obtenu des rapports intermédiaires complétés par les Drs C._____ et D._____.

Le Dr C._____ a relaté, en date du 23 avril 2010, que l'évolution n'était pas favorable, compte tenu de l'échec des traitements, d'une « arthrite d'un coude, de plusieurs MCP [réd. : articulations métacarpo-phalangiennes] et d'une IPP [réd. : articulations interphalangiennes proximales] » et de la persistance de « rachialgies assez importantes ». La situation était compliquée par un « tunnel carpien bilatéral ». Ainsi, il estimait que la capacité de travail de sa patiente était inférieure à 20% en tant que coiffeuse et d'environ 30% dans une « activité vraiment bien adaptée ».

Quant au Dr D._____, il a signalé le 17 mai 2010 qu'en dépit de l'absence de modification notable de la situation, l'assurée devait cesser son activité professionnelle le 1^{er} juin 2010, une incapacité totale de travail étant prononcée dès cette date.

Par communication du 1^{er} juin 2010, l'OAI a mis l'assurée au bénéfice d'une mesure d'orientation professionnelle du 16 août 2010 au 29 octobre 2010, dispensée par l'Institution J._____. Il a par ailleurs adressé une sommation à l'assurée le 5 juillet 2010, après avoir appris de

ce prestataire qu'elle n'était pas disponible avant le 29 octobre 2010 en raison de l'organisation de la garde de ses enfants et de la prise de vacances. Un délai de réflexion lui était imparti pour se déterminer sur sa collaboration à une réinsertion professionnelle. Par pli du 8 juillet 2010, l'assurée a confirmé que la garde de ses enfants était organisée dès le 29 octobre 2010 et précisé ne pouvoir suivre la mesure mise en œuvre au sein de l'Institution J._____ qu'à 50%. Un certificat du Dr C._____ était annexé, lequel attestait d'une incapacité totale de travail du 1^{er} juin 2010 au 30 septembre 2010.

L'orientation professionnelle envisagée n'a finalement pas été mise en œuvre. Vu la teneur des récents rapports médicaux, le Dr T._____ du SMR a en effet préconisé un complément d'expertise auprès de la Clinique F._____ afin de déterminer l'évolution de la situation depuis février 2009. Le mandat à cette fin a été délivré le 26 juillet 2010 et l'assurée convoquée le 26 octobre 2010.

Dans l'intervalle, questionnée sur son statut, cette dernière a indiqué à l'OAI le 16 août 2010 que sans atteinte à la santé, elle exercerait une activité lucrative à 80% ou 100% dès le 1^{er} janvier 2008 suite à sa seconde maternité, ce en tant que coiffeuse indépendante, motif pris de ses intérêts personnel et financier.

G. Les experts de la Clinique F._____, soit les Drs G._____, K._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et L._____, spécialiste en neurologie, ont adressé leur rapport à l'OAI le 23 novembre 2010, faisant état des diagnostics suivants :

- « Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail :
- Neuropathie du nerf médian au canal carpien prédominant à droite (G56.0)
 - Rachialgies chroniques non spécifiques (M54.9) - possible spondylarthropathie séronégative (M47.89)
- Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail :
- Trouble somatoforme indifférencié (F45.1)
 - Troubles statiques du rachis lombaire (scoliose sinistro-convexe ; M41.5). »

Ils ont par ailleurs libellé leurs conclusions de la manière suivante :

« [...] Au total, **sur le plan somatique**, le tableau clinique est inchangé par rapport à février 2009. Il existe toujours une discordance entre le syndrome douloureux très important, peu influencé par les différents traitements et l'absence de critère de gravité, notamment l'absence d'enraidissement rachidien, d'altération radiologique, et de syndrome inflammatoire biologique. Au vu des différents sets de critère de classification de diagnostics des rhumatismes inflammatoires, le diagnostic de spondylarthropathie séronégative n'est toujours que possible et non certain. Le tableau clinique est sans doute peu différent d'un syndrome douloureux non-spécifique, si fréquemment rencontré dans le contexte d'expertises. Ceci ne remet cependant aucunement en question la sincérité de l'assurée pour laquelle aucun argument pour une simulation n'a jamais été retrouvé.

Selon le Dr L._____, **l'examen neurologique** montre des signes cliniques objectifs d'une neuropathie modérée du nerf médian au canal carpien, prédominant à droite. Ce problème pourrait justifier une neurolyse chirurgicale et est susceptible d'interférer avec la capacité de travail notamment lors des efforts de ports de charges ou de serremments. Le reste de l'examen neurologique est par ailleurs dans les limites normales, en l'absence de signe de radiculopathie cervicale ou lombo-sacrée irritative ou déficitaire.

Nous avons procédé à une nouvelle **évaluation psychiatrique** : au terme de son expertise, le Dr K._____ ne retrouve pas de psychopathologie incapacitante. Il relève en particulier l'absence de symptomatologie dépressive ou anxieuse significative. L'assurée présente tout au plus des crises d'angoisse itératives d'intensité modérée. Un diagnostic de trouble somatoforme indifférencié est à nouveau retenu. Ce trouble ne présente cependant pas de critère de gravité, notamment pas de comorbidité psychiatrique, pas de perte d'intégration sociale, ni d'état psychique cristallisé.

En **conclusion**, cette assurée présente des rachialgies chroniques dont l'importance et la résistance aux traitements sont mal expliquées par les constatations somatiques. Ces douleurs sont à intégrer dans le cadre d'un trouble somatoforme indifférencié qui n'a pas de caractère incapacitant en l'absence de critère de gravité et de psychopathologie d'accompagnement significative. Les experts n'ont pas retrouvé d'argument objectif pour une aggravation des anomalies somatiques depuis l'expertise de 2009 hormis une souffrance modérée du nerf médian au canal carpien prédominant à droite. En raison de cette dernière pathologie, en augmentation depuis février 2009, une incapacité de travail comme coiffeuse est justifiée à partir d'avril 2009 à un taux de 50%. Une activité adaptée aux problèmes rachidiens et des membres supérieurs est exigible à un taux d'au moins 75%. Compte tenu d'un syndrome de déconditionnement musculaire global et en particulier de la musculature rachidienne, une reprise progressive d'une activité adaptée est souhaitable. [...] »

A la demande du SMR, le Dr G._____ a confirmé, par pli du 14 décembre 2010, la concordance du consilium des experts, ainsi que

l'appréciation de la capacité de travail communiquée à l'issue du rapport du 23 novembre 2010.

Dès lors, le Dr T. _____ du SMR a suivi les conclusions de la Clinique F. _____ dans un avis du 18 janvier 2011 et retenu depuis avril 2009, une capacité de 50% dans l'activité de coiffeuse et de 75% dans une activité épargnant le rachis, sans efforts répétés ou travail en force de la main droite. Il a précisé qu'un octroi de prestations « devrait être soumis à l'obligation de réduire le dommage par une neurolyse du médian du canal carpien ».

H. L'OAI a procédé à une enquête au domicile de l'assurée en date du 14 mars 2011, afin de se prononcer sur son statut et ses éventuels empêchements dans la sphère d'activités ménagères. Dans son rapport du 21 mars 2011, l'enquêtrice a consigné notamment les éléments suivants :

« [...] **5 - Statut**

a) Sans handicap, une activité lucrative serait-elle exercée à ce jour ?

Sur le 1^{er} formulaire [...] complété le 12 août 2008, l'assurée déclare que sans atteinte à la santé, elle travaillerait à 100%.

Lors de l'enquête indépendante du 8 juillet 2009, l'intéressée indique qu'elle travaillerait à 80% depuis août 2009.

Dans sa lettre recommandée du 8 juillet 2010, cette dernière déclare qu'elle travaillerait à 50%.

Dans le 2^{ème} [formulaire] complété le 16 août 2010, l'assurée indique que sans atteinte à la santé, elle exercerait une activité lucrative entre 80 et 100%, depuis le 1^{er} janvier 2008 en qualité de coiffeuse indépendante par intérêt personnel et financier.

Le jour de l'entretien, l'assurée indique que sans atteinte à la santé, elle travaillerait à 70% dans son salon de coiffure.

Motivation du statut :

L'assurée aurait gardé son salon de coiffure et se serait organisée avec les horaires pour être présente auprès de ses enfants durant les premières années d'école.

En tant que personne indépendante, l'assurée a l'avantage de pouvoir organiser ses horaires en tenant compte du rythme scolaire des enfants. La belle-maman qui habite à proximité peut se déplacer pour préparer le repas de midi. [L'assurée] précise aussi qu'elle aurait plus travaillé le samedi car les besoins de sa clientèle se situent en priorité sur ce jour-là et que son mari aurait pu prendre le relai auprès des enfants.

Statut proposé par l'enquêtrice :

Le statut proposé est de 70% active et 30% ménagère. [...] »

Par ailleurs, l'enquêtrice de l'OAI a fixé le total des empêchements dans la sphère ménagère à 23,1%, retenant des difficultés pour les secteurs de l'alimentation, l'entretien du logement, les emplettes et les courses, la lessive et l'entretien des vêtements, ainsi que les soins aux enfants ou autres membres de la famille.

A la suite d'un entretien avec l'assurée le 22 février 2011, le Service de réinsertion professionnelle de l'OAI lui a adressé une seconde sommation le 30 mars 2011. Il l'a informée des nouvelles conclusions médicales transmises par la Clinique F._____, l'enjoignant à se positionner à l'égard de mesures professionnelles et soulignant qu'une proposition émise antérieurement quant à un reclassement en qualité d'enseignante de yoga ne répondait pas aux exigences légales. Par correspondance du 21 avril 2011, l'assurée s'est déclarée disposée à se soumettre à une mesure de reclassement professionnel en vue de l'obtention d'un CFC, au taux maximal de 70%, en se référant aux conclusions de l'enquête ménagère du 14 mars 2011.

I. Par communication du 12 mai 2011, une orientation professionnelle a été prise en charge par l'OAI au sein de l'Institution J._____ du 6 juin 2011 au 1^{er} juillet 2011.

A l'issue de cette mesure, l'OAI a mis en œuvre, avec l'aval de l'assurée, une formation de secrétaire de direction, dispensée tous les matins dès le 1^{er} octobre 2011, au sein de l'Ecole M._____ à [...] au titre de reclassement professionnel (cf. communication de l'OAI du 3 août 2011).

En date du 6 février 2012, l'assurée s'est entretenue avec le spécialiste en réinsertion professionnelle en charge de son dossier et l'a informé de ses difficultés à poursuivre la formation entreprise. Elle a précisé avoir été intégrée à un module « gestion d'entreprise » en lieu et place de celui afférent à la formation de secrétaire de direction, celui-là

correspondant néanmoins globalement à ses attentes professionnelles futures.

Dans une correspondance subséquente du 24 février 2012, elle a fait part à l'OAI de son « désarroi » face aux exigences de la formation concernée, estimant que le programme des cours était trop chargé et leur niveau trop élevé, tandis qu'elle ne bénéficiait d'aucun soutien de la part des professeurs de l'école. Elle a proposé une formation alternative en qualité de secrétaire comptable.

Son médecin traitant, le Dr D._____, a par ailleurs prononcé une incapacité totale de travail du 27 février 2012 au 11 mars 2012, que le Dr C._____ a prolongée jusqu'au 23 mars 2012.

Dans l'intervalle, le 5 mars 2012, l'OAI a adressé une nouvelle sommation à l'assurée, lui rappelant avoir communiqué son accord avec une éventuelle prolongation de la formation débutée à l'Ecole M._____ en cas d'échec aux examens planifiés en mars 2012. Partant, une formation alternative ne pouvait entrer en ligne de compte, l'assurée étant invitée à mener à terme le cursus en « gestion d'entreprise ».

A l'occasion d'un échange de courriels du 19 mars 2012, l'assurée a réitéré sa motivation à terminer la formation débutée auprès de l'Ecole M._____ et suggéré des cours d'appui en vue de la préparation de ses examens. L'OAI lui a toutefois indiqué que de telles mesures seraient organisées auprès du prestataire précité en cas d'échec auxdits examens.

Dans le courant du mois d'avril 2012, l'assurée a informé l'OAI de son échec aux examens de « gestionnaire d'entreprise » et de la possibilité, envisagée avec l'Ecole M._____, de suivre une formation commerciale, d'une durée de trois mois et équivalente à un CFC « sans pratique », laquelle aurait été plus adaptée à ses capacités et à sa réinsertion. L'OAI, par courriel du 12 avril 2012, s'est référé à la teneur de

sa sommation du 5 mars 2012 dans l'attente de renseignements complémentaires de la part de l'Ecole M._____.

Cela étant, l'OAI a rendu une communication le 23 avril 2012, octroyant à l'assurée une prolongation de la « formation de secrétaire de direction » du 1^{er} avril 2012 au 22 juin 2012.

Par courrier du 23 mai 2012, l'assurée a signalé à l'OAI avoir rencontré « des douleurs très prononcées » l'entravant dans la poursuite de son cursus. Était joint un certificat établi par le Dr D._____ faisant état d'une incapacité totale de travail dès le 22 mai 2012 pour une durée de deux à trois semaines. Ce certificat a été renouvelé le 7 juin 2012 pour une durée indéterminée.

Le 11 juin 2012, le Dr C._____ s'est adressé à l'OAI pour signaler une péjoration de l'état de santé de sa patiente du fait de l'apparition d'un « burnout classique », accompagné d'un « état dépressif », à son sens incompatible avec la poursuite d'une réinsertion professionnelle.

Le Dr D._____ a complété un rapport médical intermédiaire à l'attention de l'OAI le 26 juin 2012, reprenant les diagnostics précédemment évoqués et maintenant une incapacité totale de travail depuis le 22 mai 2012. Une capacité de travail de 50% avec diminution de rendement pourrait être envisagée ultérieurement. Ce praticien a en outre précisé ce qui suit, tout en préconisant une réévaluation du programme de réinsertion professionnelle :

« [...] Depuis le dernier rapport, la patiente a suivi des cours de secrétaire de direction et/ou gestion d'entreprise (elle n'est pas très claire sur ce sujet). Quoi qu'il en soit, elle suivait des cours de comptabilité, de marketing, informatique, etc. D'emblée elle signale qu'elle a été mise dans une classe où les autres participants [avaient] un niveau scolaire bien plus important que le sien. Cette formation était prévue pour une durée de six mois (la patiente estime qu'une telle formation prend d'habitude quatre ans !). Elle s'est sentie assez rapidement dépassée. Elle a essayé à plusieurs reprises de signaler cela à ses enseignants et aux responsables de l'assurance-invalidité. Elle estime cette activité comme angoissante, stressante, fatigante. Elle dit avoir eu un besoin constant de

récupérer l'après-midi des cours. Elle a même essayé de suivre des cours d'appui (payés de sa poche) pour pouvoir suivre. La disparité de formation des autres participants semble quelque peu l'avoir déstabilisée. Elle a alterné des moments d'intérêt, de curiosité avec des sentiments d'absence de confiance en elle-même, inutilité, etc. Encore une fois, elle a trouvé le programme de formation trop rapide, trop exigeant. L'intégration dans le groupe a été pour le moins déficitaire, la patiente ne s'estimant pas acceptée [...]. Elle semble avoir réalisé qu'elle serait plus à l'aise dans une activité manuelle, comportant le contact avec des personnes. Elle n'a pas passé ses examens. Elle s'est sentie plus ou moins obligée de suivre les cours dans une autre classe. Elle dit avoir accumulé une telle saturation que de toute façon elle n'était plus en mesure d'assimiler quoi que ce soit.

[...] Cette patiente présente des douleurs de type inflammatoire de l'appareil locomoteur, intéressant surtout le rachis, à prédominance lombaire avec une extension cependant au reste de la colonne. La symptomatologie douloureuse réveille la patiente vers trois ou quatre heures du matin, l'empêchant de s'endormir par la suite. Elle a clairement un sommeil non réparateur. La mise en route le matin est très difficile, essentiellement par la raideur et les douleurs. Elle se dit très ralentie. Le peu d'activité professionnelle qu'elle a encore exercé ces derniers temps entraîne des douleurs à la hauteur de la ceinture scapulaire, nécessitant de fréquentes interruptions de l'activité, avec parfois l'intervention d'une tierce personne pour compléter le travail. Elle a même des difficultés à tenir son ménage. Elle présente également des douleurs de la fosse iliaque droite (voir liste des diagnostics). Elle a un besoin constant de faire des exercices d'assouplissement. A cela, il faut ajouter une humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, une diminution marquée pour les différentes activités, des troubles du sommeil, une fatigue et une perte d'énergie, un sentiment de dévalorisation, une diminution de l'aptitude à se concentrer, une diminution de l'activité sociale, etc. L'anamnèse par système est sans grande particularité. Pendant la formation dans le cadre de l'assurance-invalidité, la patiente s'est sentie dépassée par l'importance de la tâche et les troubles digestifs se sont nettement accentués, se manifestant sous la forme de creux épigastriques, douleur abdominale et diffuse, troubles du transit. D'ailleurs, étant donné le contexte, une gastroscopie et une coloscopie ont été demandées (examens normaux). »

Sollicité pour avis, le Dr T. _____ du SMR a indiqué le 19 juillet 2012 que l'assurée présentait un « trouble de l'adaptation suite à l'échec de sa formation » dont la résolution devait être attendue « dans un délai de 6 - 8 semaines ». Le status clinique n'était sinon pas modifié, ce qui permettait d'exclure une aggravation objective de l'état de santé qui, si elle était avérée, serait « de toute façon limitée dans le temps ». Les précédentes conclusions du SMR étaient ainsi maintenues.

Vu ces éléments, le Service de réinsertion professionnelle a mis un terme au reclassement professionnel de l'assurée et rendu son rapport final le 2 août 2012. Il a procédé à la détermination du degré d'invalidité de l'assurée, fixant le revenu hypothétique sans invalidité à 35'535 fr. (valeur 2009) pour un taux d'activité de 70% sur la base de la convention collective de travail SYNA pour les personnes dotées d'un brevet professionnel. Quant au revenu d'invalidité, il a pris en considération le montant de 44'254 fr. à 70% selon les recommandations de la Société suisse des employés de commerce (SSEC) pour un employé de commerce de détail, du niveau d'un responsable de petit magasin ou de rayon. La comparaison des revenus précités ne mettait à jour aucun préjudice économique, soit un degré d'invalidité nul.

L'OAI a établi un projet de décision le 18 octobre 2012, envisageant de nier à l'assurée le droit à une rente d'invalidité. S'agissant de la période s'étendant d'avril 2005 à mars 2009, il a rappelé que l'assurée avait présenté une capacité de travail de 50% jusqu'au 25 février 2009, puis de 70% dans son activité habituelle dès cette date. Dans une activité adaptée, sa capacité de travail était entière depuis mars 2009. Cela étant, dès avril 2009, sa capacité de travail était de 50% dans son activité habituelle et de 75% dans une activité adaptée. Compte tenu d'un statut d'active à 70% et des conclusions de l'enquête ménagère du 21 mars 2011, son degré d'invalidité s'élevait au total à 26,93% jusqu'au 25 février 2009, au vu de l'addition de 20% au titre de préjudice dans la sphère lucrative et de 6,93% dans la sphère ménagère. Un droit à la rente était donc exclu. A l'issue du reclassement professionnel, étant donné le défaut de préjudice économique dans la sphère lucrative, le taux d'invalidité devait être ramené à 6,93%, ce qui excluait derechef le droit à une rente.

J. L'assurée a formellement contesté le projet de décision précité par pli du 27 octobre 2012, complété par l'intermédiaire du Dr C. _____ le 28 novembre 2012, puis de son mandataire, Intégration Handicap (devenue dans l'intervalle Inclusion Handicap), le 5 décembre 2012. Elle

s'est expressément référée aux propos du Dr C._____, lequel a relaté les éléments suivants :

« [...] La problématique de base est la capacité résiduelle dans son activité de coiffeuse. En effet, selon le dernier avis, la Clinique F._____ de [...] estime maintenant sa capacité de travail à 50%. Toutefois, [l'assurée] souffre d'une spondylarthrite ankylosante avec atteinte axiale et périphérique. Hormis une atteinte rachidienne qui limite de façon significative les possibilités d'être debout de façon statique, ce qui correspond en tout point aux contraintes du métier de coiffeuse, elle présente une atteinte périphérique touchant les épaules, les coudes, les poignets et les mains. Cette atteinte périphérique est difficilement compatible avec une activité de coiffeuse. Si on se réfère aux recommandations publiées par la communauté des intérêts suisses de la médecine des assurés pour capacité de travail exigible et l'incapacité de travail, on doit premièrement tenir compte du fait que les limitations au niveau des articulations résultant d'un processus inflammatoire, comme dans une spondylarthrite, sont plus importantes que les limitations résultant d'une lésion articulaire dégénérative ou provoquée par des accidents et que ces limitations peuvent provenir aussi bien de modifications organiques que de situations aiguës temporaires comme des synovites. Mon dossier atteste de synovites fréquentes avec des poussées également régulières, éléments à prendre en compte dans la capacité de travail. De même, il est essentiel de tenir compte de la perte de rendement et sa correspondance en termes d'incapacité. Les limitations fonctionnelles somatiques dues à l'atteinte des articulations des épaules, des coudes, des avant-bras, des poignets et des mains sont clairement incompatibles avec une activité à 50% dans un travail de coiffeuse. La mise en action des mains au-dessus du niveau des épaules est nécessaire pour ce travail, mais limitée par l'atteinte des épaules, alors que l'atteinte des coudes, du poignet et des mains a des conséquences défavorables sur la position des mains et la contrainte manuelle spécifique à ce travail de coiffeuse. En tenant compte de tous ces faits, son incapacité de travail dans son activité de coiffeuse est certainement de 70% si l'on tient compte des limitations et de la diminution du rendement, en particulier pour une personne indépendante.

En ce qui concerne l'activité adaptée, sa capacité de travail a été estimée à 75% au moins dans une activité adaptée. Je m'insurge surtout sur le fait que vous considérez que [l'assurée] n'a pas voulu participer aux mesures professionnelles de reclassement. Elle a suivi les cours de l'Ecole M._____, et aussi bien moi-même que le Dr D._____, qui a signé l'arrêt de travail, pouvons témoigner, comme je vous l'ai écrit dans une lettre du 11 juin, qu'elle présentait tous les signes d'un état dépressif et d'un burnout dans le cadre du stress secondaire à ce reclassement. Si ce reclassement professionnel partait certainement d'une bonne intention, [l'assurée] s'est retrouvée acculée et incapable d'assurer, malgré tous ses efforts, cette formation avec une dépression secondaire évidente que je peux attester chez une patiente que j'ai vue à plusieurs reprises en pleurs, décompensée, et présentant un équivalent de stress post-traumatique à l'idée de retourner à ces cours et d'être acculée à un échec supplémentaire.

Par conséquent, je vous demande de reconsidérer votre projet de décision. [L'assurée] présente une incapacité de travail dans son activité habituelle de coiffeuse d'au moins 70% et ne présente surtout pas d'activité exigible de 75%, votre essai ayant démontré qu'elle ne pouvait pas assumer la formation dans laquelle vous pensiez pouvoir la faire travailler à ce pourcentage, et ce pour des raisons médicales et non pas sur un simple non-désir de la patiente. [...] »

Etant donné les éléments avancés par le Dr C._____, le SMR a suggéré la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, dont le mandat a été confié le 28 février 2013 au Dr P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Après entretien et examen clinique de l'assurée le 22 août 2013, ce spécialiste a rédigé son rapport le 24 août 2013, au terme duquel il n'a retenu aucun diagnostic psychique se répercutant sur la capacité de travail. Il a en revanche relevé un « syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) existant depuis 2009 » au titre de diagnostic sans impact sur dite capacité. Il a notamment libellé ses observations comme suit :

« [...] L'assurée ne souffre pas d'un trouble de la personnalité au sens des classifications psychiatriques officielles (CIM-10 ; DSM-IV-TR).

Pour qu'un diagnostic de trouble de la personnalité puisse être posé, il est nécessaire que des dysfonctionnements prononcés aient existé de manière permanente depuis l'adolescence au plus tard dans le domaine des cognitions (perception de soi et de l'environnement), de l'affectivité, du contrôle des impulsions ou dans le domaine interpersonnel, dysfonctionnements qui doivent s'être manifestés dans tout type de situations et qui doivent avoir été à l'origine d'une souffrance personnelle considérable (mais qui peut être d'apparition tardive) ou d'un impact nuisible sur l'environnement social ; le trouble est habituellement, mais pas toujours, associé à une dégradation du fonctionnement professionnel et social.

Dans le cas de [l'assurée], cette dernière ne signale pas de souffrance psychique avant 2005 au plus tôt (30 ans). Elle a été à même de mener à terme une formation professionnelle (obtention d'un CFC de coiffeuse en 1997), de même qu'elle s'est montrée apte à s'intégrer dans le monde du travail et de supporter la pression psychique de condition d'indépendante. Plus particulièrement, la biographie professionnelle montre une stabilité. De même, il n'apparaît pas, à l'analyse du cursus professionnel, que les changements d'emploi aient été en lien avec une quérulence, avec une rigidité ou avec des comportements dysfonctionnels systématiques menant à des licenciements répétés ; l'assurée

semble avoir été une employée, puis une responsable, appréciée. Enfin, sur le plan sentimental, elle a été à même de s'engager dans une relation de confiance et de réciprocité à long terme avec son mari, de même qu'elle s'est montrée apte à assumer une famille. Ce qui précède signifie que les critères généraux pour la présence d'un trouble de la personnalité ne sont pas vérifiés et qu'un tel diagnostic ne doit pas être posé.

[...] Actuellement, l'humeur n'est pas déprimée avec l'absence de découragement systématique, l'absence de discours négatif, l'absence de tristesse, l'absence de diminution de l'élan vital, d'abattement, ainsi qu'une mimique, une gestuelle et une modulation de la voix conservées. Par contre, [l'assurée] est émotive, comme en témoignent les pleurs lorsque les moments difficiles du passé sont évoqués (remise du salon de coiffure ; démêlés avec l'Assurance-Invalidité et l'Ecole M. _____). Il n'y a pas d'anhédonie (perte de la capacité à ressentir du plaisir) en ce sens que la lecture, le cinéma, le fait d'être avec ses amis et d'être avec ses enfants, de faire la cuisine, d'aller à la piscine et de faire des marches dans la nature sont des activités qualifiées d'agréables. Il existe des sentiments de culpabilité légèrement inappropriés en ce sens que l'assurée s'en veut de ne pas être à 100% avec ses enfants lorsque ses douleurs s'accroissent. Il n'y a pas d'idées de mort ou de suicide, l'appétit et le poids corporel sont stables et il n'y a pas de diminution de la libido. Par contre, le sommeil est qualifié de non réparateur. Il n'y a pas de sentiments de perte d'espoir.

Plus particulièrement, il n'y a pas de diminution de l'énergie avec, à l'observation clinique, l'absence de diminution de l'élan vital (assurée plutôt vive). Cet aspect a tendance à se vérifier à l'analyse du déroulement du quotidien avec des journées structurées et le maintien d'activités variées pendant la journée (soins corporels, préparation des repas, aller au parc ou à la piscine avec les enfants, faire les lits, ménage, courses, jouer avec les enfants, promenades, cinéma, rencontres d'amis) ; si par périodes les activités sont réduites, cela est le fait de l'intensification des douleurs. [L'assurée] dit avoir repris confiance en elle ; il n'apparaît pas qu'actuellement elle se traite de « nulle », ou d'incapable. Il n'y a pas de diminution de l'aptitude à penser avec l'absence de troubles de la concentration. En effet, au cours de l'entretien d'expertise psychiatrique du 22 août 2013, l'assurée a compris et a répondu aux questions sans hésitations ou temps de latence anormalement accrus des réponses aux questions ; le fait qu'elle s'adonne à la lecture, qu'elle regarde des programmes ciblés à la télévision et qu'elle s'occupe à l'ordinateur parle contre la présence de troubles de la concentration. De même, nous n'avons pas constaté de troubles formels de la mémoire à court terme ou à long terme (restitution de dates ; description précise d'événements se rapportant au passé proche ou lointain). Il n'y a pas de ralentissement idéique (initiative, fluidité idéiques) ni moteur. Enfin, il n'y a pas d'aboulie (perte de la volonté) en ce sens où, par exemple, [l'assurée] s'adonne aux tâches quotidiennes dans la mesure où les douleurs qu'elle ressent le lui permettent.

Ce qui précède signifie que l'assurée est exempte de toute symptomatologie dépressive et qu'un diagnostic d'épisode dépressif, même de degré léger, ni même un diagnostic de dysthymie (forme de dépression atténuée chronique) ne doit être posé.

[...] Dans ce cas particulier, le diagnostic de trouble somatoforme indifférencié ne doit pas être posé. En effet, il n'existe pas des

plaintes somatiques multiples et variables mais des douleurs uniquement (critère A du trouble somatoforme indifférencié non vérifié).

Par contre, les critères pour un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) sont remplis. En effet, la douleur persistante, intense, s'accompagne d'un sentiment de détresse. Nous avons vu qu'elles n'étaient pas entièrement expliquées par une atteinte somatique. Les douleurs que ressent [l'assurée] constituent sa préoccupation essentielle. Enfin, celles-ci ne s'inscrivent pas dans le contexte d'une dépression (critères A et B du diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant vérifiés).

Concernant les critères de gravité retenus par le Tribunal Fédéral pour le syndrome douloureux somatoforme persistant, il n'y a pas de comorbidité psychiatrique invalidante.

De plus, l'anamnèse met en évidence l'absence de perte d'intégration sociale (l'assurée a des interactions avec son mari et avec ses enfants au jour le jour ; elle a des contacts avec ses parents 2-3 fois par semaine et les rencontre une fois par semaine ; elle a des contacts avec son frère 1-2 fois par semaine et le rencontre 1-2 fois par mois ; elle a des contacts avec ses amis tous les jours).

Concernant l'existence d'atteintes physiques chroniques sans rémission durable, ceci est un aspect dont l'estimation relève de la compétence des médecins somaticiens.

Par rapport à la présence d'un état psychique cristallisé (résolution défectueuse d'un conflit intrapsychique par les douleurs), son évaluation dépasse le cadre d'une expertise (nécessité d'une exploration psychodynamique en profondeur, irréalisable dans la pratique). Néanmoins, rien ne porte à croire que l'assurée se trouve dans un processus psychique rigidifié inaccessible à la thérapie.

En tant que non somaticien, il n'est pas possible de dire si les traitements ont été conformes aux règles de l'art et dans quelle mesure ils se sont montrés inefficaces.

Cependant, globalement, l'évaluation des critères concernant le syndrome douloureux somatoforme persistant ne montre pas d'arguments suffisants pour une atteinte incapacitante.

[...] Si l'assurée a été affectée par la période de formation de gestionnaire d'entreprise qui s'est déroulée à l'Ecole M. _____ du 1^{er} octobre 2011 au 31 mars 2012, en ce sens qu'elle se sentait dépassée par la quantité de connaissances à assimiler, qu'elle se sentait en décalage avec les autres étudiants, beaucoup plus jeunes qu'elle, « rabaissée moralement » et sous la pression de l'Assurance-Invalidité pour qu'elle poursuive la mesure, l'on ne peut pas parler d'état de stress post-traumatique.

En effet, objectivement il ne s'agit pas là d'une situation ou d'un événement stressant exceptionnellement menaçant ou catastrophique dans l'esprit des classifications psychiatriques internationales (CIM-10 ; DSM-IV-TR).

Les types de situations citées pour un état de stress post-traumatique sont ceux de l'exposition à un facteur de stress traumatique extrême qui implique objectivement le vécu direct et personnel d'un événement tel que les situations de combats militaires, les agressions personnelles violentes, le fait d'être kidnappé, le fait d'être pris en otage, les attaques terroristes, la torture, l'incarcération en tant que prisonnier de guerre ou dans un camp de concentration, les catastrophes naturelles ou d'origine humaine ainsi que les accidents de voiture graves.

Au vu de ce qui précède (critère A du diagnostic d'état de stress post-traumatique non vérifié), nous nous distançons du document précité [réd. : rapport médical du 28 novembre 2012 du Dr C._____].

L'exploration anamnestique n'a pas montré de problématique de consommation de substances psychoactives (alcool, stupéfiants), l'absence de pathologie psychotique (psychose schizophrénique ; trouble délirant ; trouble psychotique aigu ; trouble schizo-affectif), l'absence d'autres troubles de l'humeur (trouble affectif bipolaire), l'absence de troubles anxieux (agoraphobie ; trouble panique ; phobie sociale ; anxiété généralisée) ni de trouble obsessionnel-compulsif. Il n'y a pas de troubles des conduites alimentaires (anorexia mentalis ; bulimia nervosa), nous avons vu qu'un diagnostic de trouble de la personnalité ne devait pas être posé et il n'y a pas de pathologie du fonctionnement intellectuel (absence de retard mental). [...] »

Le Dr P._____ a enfin communiqué ses conclusions en ces termes :

« En résumé, il s'agit d'une assurée de 38 ans, qui souffre d'un syndrome douloureux somatoforme persistant, affection qui doit être considérée comme non incapacitante à la lumière des critères jurisprudentiels actuellement en vigueur. Les diagnostics d'épisode dépressif et d'état de stress post-traumatique ne doivent pas être posés et il n'existe pas d'autres pathologies psychiatriques. La capacité de travail a toujours été de 100%. »

Par avis du 3 septembre 2013, le Dr T._____ du SMR a considéré que l'expertise du Dr P._____ pouvait être qualifiée de probante, ce qui permettait d'exclure toute pathologie psychiatrique incapacitante dans le cas de l'assurée. Au plan somatique, une aggravation de l'état de santé n'avait pas été objectivée, le Dr C._____ ayant attesté depuis 2010 d'une capacité de travail restreinte à 30%, ce qui ressortait d'une appréciation différente de la situation évaluée par experts de la Clinique F._____. La position de l'OAI pouvait donc à son sens être maintenue.

L'assurée a eu l'opportunité de se prononcer sur les conclusions du Dr P._____ et par courrier du 5 novembre 2013, a adressé à l'OAI un rapport du Dr C._____ du 23 octobre 2013, dont il était prié de tenir compte. Le Dr C._____ y a fait part des observations suivantes :

« [...] J'ai revu personnellement [l'assurée] à ma consultation ambulatoire de rhumatologie le 21 octobre 2013, et je peux toujours attester avec une vraisemblance prépondérante qu'elle souffre bien d'une spondylarthropathie axiale et périphérique et que cette atteinte est active et invalidante. En effet, lors de cet examen je retrouve une atteinte articulaire touchant le squelette axial, mais aussi périphérique avec une atteinte des épaules, des coudes, des poignets, des doigts, des chevilles, des genoux et des pieds. Dans ces conditions, sa capacité de travail reste fortement limitée avec une capacité résiduelle de 30% au maximum dans son ancienne activité et une activité adaptée. Les limitations fonctionnelles sont multiples puisque, compte tenu de ce rhumatisme inflammatoire, toutes les professions stressantes, les expositions au froid, aux poussières et autres problèmes environnementaux sont interdites. Compte tenu de son atteinte du dos, elle ne peut pas rester debout de manière statique, mais pas non plus longtemps assise. Elle ne peut pas faire de mouvements en porte-à-faux ni soulever de charge. Compte tenu des atteintes articulaires touchant aussi bien les grosses articulations que les petites articulations, elle est limitée dans ses déplacements, mais aussi dans ses mouvements et dans le port de charge. Elle est limitée au niveau des épaules et ne peut pas travailler en levant régulièrement les bras au-dessus du niveau des épaules et l'atteinte de poignets et des doigts limite la frappe, les gestes de précision et d'autres gestes simples.

Enfin, je profite de ce courrier pour émettre quand même mon étonnement concernant le diagnostic du Dr P. _____ de syndrome douloureux somatoforme persistant. En effet, la somatisation est caractérisée par le refus persistant d'accepter un avis médical confirmant l'absence de toute cause organique aux douleurs ressenties, le syndrome douloureux somatoforme persistant étant de fait caractérisé par une douleur intense et persistante accompagnée par un symptôme de détresse n'étant pas expliqué par un syndrome somatique et survenant dans un contexte de conflit émotionnel ou psycho-social [...]. Ce diagnostic fait fi et nie l'avis médical des divers somaticiens, dont je suis, et qui ont attesté depuis de nombreuses années auprès des autorités et de [l'assurée] de la présente une affection organique qui explique de façon tout à fait rationnelle et vraisemblable, voire avec certitude, ses douleurs qui rentrent bien dans le cadre d'une affection somatique, nommément un rhumatisme inflammatoire. [...] »

Le Dr T. _____ du SMR s'est déterminé eu égard à ce nouveau document médical le 19 novembre 2013 et a persisté à retenir les conclusions des experts de la Clinique F. _____ et du Dr P. _____.

Dès lors, l'OAI a communiqué sa décision en date du 23 janvier 2014, niant à l'assurée le droit à une rente d'invalidité. Il a repris les termes de son projet de décision du 18 octobre 2012 et précisé avoir accordé la prépondérance aux évaluations médicales effectuées par les experts susmentionnés.

K. L'assurée, avec l'assistance de Me Florence Bourqui, Inclusion Handicap, a déféré la décision du 23 janvier 2014 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par mémoire de recours du 28 février 2014. Elle a conclu à l'annulation de la décision entreprise et à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité pour la période s'étendant du 21 avril 2006 au 21 mars 2011 sous suite de renvoi du dossier à l'OAI pour mise en œuvre de mesures de reclassement supplémentaires. Elle a dans un premier moyen fait grief à l'OAI d'avoir appliqué la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité à l'issue du délai de carence, alors qu'à son avis, cette méthode ne pouvait être envisagée qu'au moment de la seconde enquête économique, réalisée dans la sphère ménagère le 21 mars 2011. Pour la période antérieure à cette date, elle avait maintenu son activité indépendante dans la mesure de 50% que lui permettait son état de santé, sans changement substantiel de ses conditions de travail, tandis que les résultats de la première enquête économique de juillet 2009, devaient être pris en compte, soit un degré d'invalidité de 53,38%. Dans un second moyen, eu égard à la période postérieure à mars 2011, elle a argué de l'inadéquation de la formation entreprise auprès de l'Ecole M._____ avec ses capacités, alors même que le projet de réadaptation envisagé au sein de l'Institution J._____ consistait en une activité de secrétaire. Elle a considéré que l'intimé avait fait preuve de partialité en lui imputant l'échec du reclassement professionnel organisé au sein de l'Ecole M._____, tout en rappelant qu'aucun manquement à ses obligations d'assurée, ni défaut de motivation ne pouvaient lui être reprochés. L'OAI ne pouvait en l'état prétendre que la recourante était dotée d'une capacité de gain en tant qu'employée de commerce, faute des qualifications requises pour l'exercice d'une telle activité. Des mesures supplémentaires s'imposaient pour mettre à profit la capacité de travail retenue par les experts de la Clinique F._____.

L'intimé a produit sa réponse au recours le 17 avril 2014, rappelant que le début de l'aptitude à la réadaptation de l'assurée devait être fixé à mars 2009, date à laquelle un préjudice économique de 20% avait pu être déterminé et avait justifié la mise en œuvre du reclassement professionnel. S'agissant du statut de l'assurée, son raisonnement ne

pouvait être suivi puisque l'on se trouvait dans le contexte d'un examen initial du droit à la rente. Le statut déterminé par l'enquête de mars 2011 demeurait valable pour l'intégralité de la période analysée. Eu égard aux mesures professionnelles incriminées, l'OAI a indiqué que le module « gestion d'entreprise » correspondait aux attentes professionnelles de l'assurée et qu'elle s'était vue proposer des cours spécifiques pour achever son cursus, dont le succès n'était pas remis en doute par le prestataire. Les mesures avaient finalement été interrompues suite à l'aggravation de l'état de santé alléguée par la recourante et l'OAI avait à bon droit procédé à une évaluation théorique de son degré d'invalidité. L'intimé a ainsi proposé le rejet du recours et le maintien de la décision querellée.

Par réplique du 30 mai 2014, la recourante a persisté dans ses conclusions. Elle a précisé que le changement de son statut ne pouvait intervenir qu'à partir de mars 2011, dans la mesure où précédemment, en tant qu'indépendante, elle avait été dotée d'une grande souplesse dans la gestion de ses horaires, ce qui lui aurait permis de tenir compte des besoins de ses deux enfants. Elle a réitéré au surplus ne pas devoir être sanctionnée par le terme hâtif porté aux mesures de réadaptation, alors qu'elle n'avait pas contrevenu à ses obligations et proposé de son propre chef une formation de secrétaire comptable plus adaptée à ses compétences et à ses besoins.

L'OAI a dupliqué le 13 juin 2014, rappelant qu'après avoir échoué aux examens finaux du cursus entrepris, l'assurée avait été mise au bénéfice d'une prolongation des mesures professionnelles pour suivre la formation commerciale dont elle avait sollicité la prise en charge. Elle n'avait finalement pas entrepris les cours correspondants au motif d'une aggravation de son état de santé, laquelle n'avait pas été objectivée à l'issue de l'instruction médicale conduite à cet égard. L'OAI a derechef proposé le rejet du recours.

L'assurée a persisté dans les termes de ses précédentes écritures par correspondance du 23 juin 2014.

Une audience s'est déroulée auprès de la Cour de céans en date du 29 août 2016. Ont notamment été consignés les éléments suivants aux termes du procès-verbal corrélatif :

« [...] Sur questions de la Cour, l'intimé indique qu'après l'enquête économique de l'activité indépendante, il a été constaté un potentiel de réadaptation, raison pour laquelle dite enquête a été écartée. [...] La recourante signale que dans le champ d'activités de la coiffure entre en ligne de compte la prise de rendez-vous, le coiffage des clients, etc. L'entretien du salon était réparti entre les employées. Elle se consacrait aux rendez-vous avec les représentants et à la formation des apprentis, suivant également des cours de perfectionnement. Elle estime rétrospectivement avoir eu un rendement correspondant à celui d'une employée expérimentée et considère que les revenus d'exploitation annuels correspondaient à ses attentes de l'époque.

L'enquêteur expose avoir eu recours à la méthode extraordinaire, se trouvant dans l'impossibilité de retenir le revenu concret ressortant de la comptabilité. Il relève des amortissements importants selon les bilans comptables produits, susceptibles d'expliquer une partie de la différence entre le revenu sans invalidité de l'enquête de l'ordre de 43'000 fr. et les revenus réels de l'assurée avant l'atteinte à la santé. Il précise avoir modulé les salaires statistiques pris en considération dans les différents champs en fonction des niveaux de compétence dans la ligne 34 des ESS TA 7.

Sur questions, la recourante précise avoir été locataire de son salon de coiffure. [...] »

La cause a dès lors été gardée à juger.

Les faits seront au surplus repris en tant que de besoin dans le développement juridique infra.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20).

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA).

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA.

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

c) En l'espèce, le recours formé le 28 février 2014 contre la décision de l'OAI du 23 janvier 2014 a été interjeté en temps utile. Les formalités prévues par la loi, au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA,

ont été par ailleurs respectées. Le recours est en conséquence recevable de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond.

2. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement, d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Les conclusions du recours déterminent, dans le cadre de l'objet de la contestation, le rapport juridique qui reste litigieux (objet du litige). Selon cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige coïncident souvent. Ils sont identiques si la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 413 consid. 1b et 2 avec les références citées ; Ulrich Meyer/Isabel von Zwehl, L'objet du litige en procédure de droit administratif fédéral, in : Mélanges en l'honneur de Pierre Moor, Berne 2005, p. 440).

Les différents aspects de la motivation d'une décision font partie de l'objet du litige sur lequel le juge peut être appelé à se prononcer, quand bien même ils ne seraient pas formellement contestés, pour autant que cette motivation concerne l'un des rapports juridiques tranchés dans le dispositif de la décision et contestés par le recourant. Le tribunal ne se prononce toutefois sur les éléments qui forment l'objet du litige, mais qui n'ont pas été contestés, que s'il a des motifs suffisants de le faire en raison des allégations des parties ou d'autres indices ressortant du dossier (ATF 131 V 164 ; 125 V 413 cité et 110 V 48 consid. 4a in fine ; Meyer/von Zwehl, op. cit., p. 443 ss.).

b) En l'occurrence, l'objet de la contestation est circonscrit par la décision du 23 janvier 2014. Cette dernière, intitulée « refus de rente d'invalidité », statue principalement sur le droit à la rente de la recourante

à compter du début de son incapacité de travail, attestée médicalement dès le 21 avril 2005. L'OAI a, ce faisant, prononcé un refus de rente afférent à des périodes successives - avant et après la mesure de reclassement professionnel accordée à l'assurée - lesquelles sont intégralement englobées dans l'objet du litige.

En outre, la décision entreprise met un terme aux mesures professionnelles précédemment octroyées, en se référant aux « nombreuses sommations » adressées à l'assurée, lesquelles justifieraient selon l'intimé une évaluation théorique du degré d'invalidité. Il découle ainsi de la teneur de la décision du 23 janvier 2014 un refus de mesures professionnelles subséquentes, compte tenu du comportement de l'assurée.

La recourante fait en premier lieu grief à l'OAI d'avoir refusé l'allocation d'une rente d'invalidité pour la période s'étendant jusqu'au 21 mars 2011, correspondant à la date du rapport d'enquête économique sur le ménage à partir de laquelle elle concède revêtir un statut mixte (70% active / 30% ménagère). Elle se réfère au rapport d'enquête de l'activité indépendante du 8 juillet 2009 qui avait mis à jour un degré d'invalidité de 53,38%, alors qu'elle poursuivait l'exploitation de son salon de coiffure à 50%, pour conclure à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité jusqu'en mars 2011.

En second lieu, elle conteste le terme apporté aux mesures professionnelles, singulièrement à un reclassement professionnel, estimant ne porter aucune responsabilité dans l'échec de la formation organisée au sein de l'Ecole M._____. Elle considère que la mise à profit d'une capacité de travail de 75%, telle que déterminée par les experts de la Clinique F._____, impose la mise en œuvre de nouvelles mesures en adéquation avec son niveau de compétences.

Quant à l'OAI, il est d'avis que l'assurée revêt un statut mixte pour l'intégralité des périodes tranchées par la décision querellée, dans la mesure où il s'agit d'un examen initial du droit à la rente. L'octroi de cette

prestation serait exclu du fait d'un degré d'invalidité nul ou ascendant au maximum à 7%. Relativement aux mesures professionnelles, il rappelle que celles-ci ont été clôturées après trois sommations adressées à la recourante, dans le contexte d'une prétendue aggravation de son état de santé, laquelle n'a toutefois pas été objectivée par les investigations médicales corrélatives.

Compte tenu des griefs des parties, il convient donc de statuer non seulement sur le droit à la rente de l'assurée, mais également sur la question de la poursuite des mesures professionnelles.

3. a) Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI).

En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

Est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

A teneur de l'art. 4 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (al. 1). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa

gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2).

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, resp. art. 29 al. 1 LAI jusqu'au 31 décembre 2007).

Selon l'art. 28 al. 2 LAI (resp. al. 1 jusqu'au 31 décembre 2007), la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40% au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donnant droit à trois quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donnant droit à une rente entière.

c) Le droit applicable est celui en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, aussi en cas de changement des règles de droit, sauf si des dispositions particulières de droit transitoire en disposent autrement (ATF 136 V 24 consid. 4.3). Le jour auquel la demande de prestations est présentée constitue le fait juridiquement déterminant pour fixer le début du droit à la rente, respectivement le versement de celle-ci (ATF 117 V 23 consid. 3b).

Depuis le 1^{er} janvier 2008 (date d'entrée en vigueur de la 5^{ème} révision de la LAI), la rente ne prend naissance qu'après l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations (art. 29 al. 1 LAI ; RO 2007 5129 ss). Avant le 1^{er} janvier 2008, ce délai d'attente n'existait pas et une rente pouvait être accordée pour une période en principe de douze mois antérieure à la demande (RO 1987 447 ss et ancien art. 48 al. 2 LAI ; Ulrich Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 2^{ème} éd. 2010, ad art. 29 LAI, p. 360/361).

A la différence de l'art. 29 al. 1 LAI, l'art. 48 al. 2 aLAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007) prévoyait que si l'assuré présentait sa demande plus de douze mois après la naissance du droit, les prestations, en dérogation à l'art. 24 al. 1 LPGA, n'étaient octroyées que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande. Elles étaient allouées pour une période antérieure si l'assuré ne pouvait pas connaître les faits donnant droit à prestation et qu'il présentait sa demande dans les douze mois dès le moment où il en avait eu connaissance.

Le Tribunal fédéral a précisé que l'application de l'art. 48 al. 2 aLAI au-delà du 1^{er} janvier 2008 suppose non seulement que le délai d'attente d'une année ait commencé à courir avant le 1^{er} janvier 2008 mais également que la demande de prestations ait été déposée jusqu'au 31 décembre 2008 (soit dans les douze mois prévus par l'art. 48 al. 2, première phrase, aLAI ; TF [Tribunal fédéral] 9C_896/2014 du 29 mai 2015 consid. 4 ; 9C_432/2012 du 31 août 2012 consid. 3.3).

d) In casu, vu que la demande formelle de prestations AI a été déposée par l'assurée le 4 juillet 2008 et que le délai de carence ouvrant théoriquement le droit à la rente est échu depuis le 21 avril 2006, l'ancienne règle contenue à l'art. 48 al. 2 aLAI s'applique pour autant que les autres conditions mises à l'octroi d'une rente, notamment en lien avec la notion d'invalidité, aient été remplies avant l'année 2008. Cas échéant, le versement d'une telle prestation entrerait en ligne de compte dès juillet 2007, soit durant les douze mois précédant le dépôt de la demande de prestations.

4. Il s'agit en premier lieu de déterminer si la situation médicale de la recourante a été élucidée à satisfaction, compte tenu des principes jurisprudentiels rappelés ci-après.

a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, 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 proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 2c ; 105 V 156 consid. 1 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1).

L'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_418/2007 du 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 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 quelque 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 prémisses 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'invalide 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'invalidé, 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 13^{ème} salaire comprise (ESS 2006, TA1, montant total, niveau de qualification 4). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2006 (41.6 heures ; cf. OFS / La Vie économique, n°1/2-2014, tableau B 9.2), il y a lieu de porter ce montant à 4'180 fr. fr (4'019 fr. x 41.6 / 40), ce qui met à jour un salaire annuel de 50'157 francs. Il se justifie en outre de procéder au maximum à une réduction de 10% pour tenir compte de l'activité légère seule accessible à la recourante. Déduction faite, le revenu annuel d'invalidé déterminant s'élève en définitive à 45'141 francs.

Le préjudice économique résultant de la comparaison des revenus précités s'avère nul, de même que le taux d'invalidité de la recourante, de sorte que le droit à la rente est exclu pour la période de juillet 2007 à mars 2009.

10. Concernant la période s'étendant du 1^{er} avril 2009 au 31 juillet 2009, où la recourante a vu sa capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée diminuer durablement à 75%, il y a lieu de procéder à une nouvelle comparaison des revenus à l'année de cette modification, soit 2009.

Ainsi qu'il a été déterminé plus haut, le revenu hypothétique sans invalidité s'élève à 41'097 fr. après actualisation (cf. considérant 9 supra).

Quant au revenu d'invalidé, le salaire de référence est celui auquel peut prétendre une femme effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services) en 2008, soit 4'116 fr. par mois, part au 13^{ème} salaire comprise (ESS 2008, TA1, montant total, niveau de qualification 4). Après prise en compte de la durée usuelle du travail dans les entreprises en 2009 (41.6 heures ; cf. OFS / La Vie économique, n°1/2-2014, tableau B 9.2), le revenu mensuel s'élève à 4'281 fr., ce qui met à jour un salaire annuel de 51'368 francs. Ce revenu peut être porté à 52'457 fr. après actualisation à l'année 2009 au moyen de l'indice suisse des salaires nominaux (cf. OFS/ La Vie économique, n°1/2-2014, tableau B 10.3) et doit être porté à 39'343 fr. pour tenir compte d'une exigibilité de 75%. Il se justifie en outre derechef de procéder à un abattement de 10%, ce qui permet d'aboutir au revenu d'invalidé déterminant de 35'409 francs.

Le préjudice économique résultant de la comparaison des revenus précités $([41'097 \text{ fr.} - 35'409 \text{ fr.}] \times 100 / 41'097 \text{ fr.})$ met à jour un taux d'invalidité de 13,8%, arrondi à 14% (cf. ATF 130 V 121 consid. 3.2),

dans le cas de la recourante, de sorte que le droit à la rente est derechef exclu pour la période d'avril à juillet 2009.

11. Il convient de relever, pour la troisième période s'étendant du 1^{er} août 2009 au 31 mai 2010, que le changement de statut de l'assurée (de personne active à 100% à une personne active à 80%) constitue un motif de révision dans la mesure où il implique ipso facto un changement de méthode d'évaluation de l'invalidité, soit le recours à la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité.

Relativement à la sphère d'activité ménagère, l'enquêtrice de l'OAI a déterminé un taux global de 23,1% d'empêchements dans le ménage sur la base des explications de l'assurée et des constats médicaux. Quand bien même le rapport corrélatif date du 21 mars 2011, il y a lieu de considérer que ses conclusions sont valables pour la période antérieure, étant donné l'absence de fluctuation de la situation médicale de la recourante depuis avril 2009.

En application de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité, le degré d'invalidité de l'assurée doit donc être fixé ainsi du 1^{er} août 2009 au 31 mai 2010 :

Sphère d'activité	Temps consacré en %	Empêchement en %	Invalidité en %
Activité lucrative	80%	13.8%	11.04%
Activité ménagère	20%	23.1%	4.62%
TOTAL = taux d'invalidité global			15.66%

Le degré d'invalidité ci-dessus, arrondi à 16% (cf. ATF 130 V 121 consid. 3.2), demeure largement en-deçà du seuil de 40% ouvrant le droit à une prestation sous forme de rente.

12. A compter du 1^{er} juin 2010, la cessation de l'exploitation du salon de coiffure tenu par l'assurée paraît en soi constituer un motif de révision, s'agissant d'une modification substantielle de sa situation professionnelle. Toutefois, dès lors que l'on a tenu compte pour les périodes précédentes du revenu exigible dans une activité adaptée, il n'y a aucune raison de procéder à une nouvelle évaluation de l'invalidité.

Quoi qu'il en soit, cela ne conduirait à aucune modification du droit à la rente de la recourante. En effet, tout en maintenant le recours à la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité, la comparaison des revenus dans la sphère d'activité lucrative pourrait être opérée à l'année de référence 2010, étant rappelé que le revenu hypothétique sans invalidité se monterait depuis lors à 41'531 fr. (cf. considérant 9 supra).

S'agissant du revenu d'invalidé, il conviendrait de retenir le salaire statistique auquel peut prétendre une femme affectée à des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services) en 2010, soit 4'225 fr. par mois, part au 13^{ème} salaire comprise (ESS 2010, TA1, montant total, niveau de qualification 4). Après prise en compte de la durée usuelle du travail dans les entreprises en 2010 (41.6 heures ; cf. OFS / La Vie économique, n°1/2-2014, tableau B 9.2), le revenu mensuel s'élèverait à 4'394 fr., ce qui mettrait à jour un salaire annuel de 52'728 francs. Ce revenu devrait être porté à 39'546 fr. pour tenir compte d'une exigibilité médicale de 75%. Il se justifierait par ailleurs de procéder à un abattement de 10%, ce qui aboutirait à un revenu d'invalidé déterminant de 35'591 francs.

Le préjudice économique résultant de la comparaison des revenus précités ($[41'531 \text{ fr.} - 35'591 \text{ fr.}] \times 100 / 41'531 \text{ fr.}$) permettrait de retenir une invalidité de 14,3% dans la sphère d'activité lucrative.

En application de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité, le degré d'invalidité pourrait être en conséquence détaillé comme suit :

Sphère d'activité	Temps consacré en %	Empêchement en %	Invalidité en %
Activité lucrative	80%	14.3%	11.44%
Activité ménagère	20%	23.1%	4.62%
TOTAL = taux d'invalidité global			16.06%

Ce taux, arrondi à 16%, exclut le droit à une rente d'invalidité dès le 1^{er} juin 2010.

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).

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.

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 LPGA) 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 répétitions 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.

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 LPGA, 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 LPGA et 55 al. 1 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 23 janvier 2014 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

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

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

Le président :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- Inclusion Handicap, Me Florence Bourqui, à Lausanne (pour X. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :