

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 19 mars 2012

Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE

Juges : Mme Thalmann et M. Neu

Greffière : Mme Donoso Moreta

Cause pendante entre :

X. _____, à [...], recourante

et

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

Art. 7, 8 et 16 LPGA ; 4 al. 1, 28 et 29 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. X._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le 4 février 1952, titulaire d'un CFC de coiffeuse depuis 1991, travaille comme coiffeuse indépendante depuis 1975. Il ressort des pièces de son dossier fiscal que l'assurée a réalisé notamment les bénéfices annuels suivants : 17'832 fr. en 2003, 18'297 fr. en 2004, 19'255 fr. en 2005, 18'210 fr. en 2006, 9'076 fr. en 2007 et 2'505 francs en 2008.

Le 2 octobre 2008, l'assurée a fait parvenir une demande de prestations à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), visant à l'octroi d'un reclassement dans une nouvelle profession, d'une rééducation dans la même profession ou d'une rente, pour cause d'épaule gelée.

Dans un rapport du 23 mars 1992, le Dr M._____, médecin chef au [...], avait posé le diagnostic de syndrome cervico-dorsal sur troubles statiques par discrète rectitude et discopathie dégénérative débutante C5-C6, amplifié par l'activité professionnelle. Le 16 octobre 2008, ce médecin a indiqué que l'assurée souffrait de scapulalgies gauches depuis septembre 2006.

Dans un rapport du 4 novembre 2008, le Dr Q._____, spécialiste en rhumatologie ayant suivi l'assurée du 18 avril au 4 septembre 2007, a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de tendinite du sus-épineux gauche, existant depuis début 2007. Il a indiqué que la mobilité du bras était diminuée en antépulsion, en abduction et en rotation et que l'élévation du bras gauche de façon répétitive était déconseillée. Il a attesté une incapacité de travail de 30% du 2 avril au 28 mai 2007 et de 50% du 29 mai au 23 septembre 2007. Il a également considéré qu'il s'agissait d'une situation chronique et qu'une réadaptation pouvait être envisagée.

Dans un rapport du 6 novembre 2008, la Dresse C._____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie ayant suivi l'assurée depuis le 6 septembre 2007, a indiqué les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de capsulite de l'épaule gauche, de dépression moyenne, de dysbalance musculaire cervicocéphale, de constipation chronique et de periarthropathie huméroscapulaire droite. Elle a également mentionné les diagnostics sans effet sur la capacité de travail de status post opération de la colonne le 5 août 2008 et de status post opération d'une hernie inguinale droite en 2006. Selon ce médecin, l'activité exercée était encore exigible à 40% environ en respectant les limitations fonctionnelles suivantes : ne pas travailler avec les bras au-dessus de la tête, ne pas soulever/porter et ne pas monter sur une échelle ou un échafaudage. Un changement de profession était suggéré et les incapacités de travail suivantes étaient attestées :

60% du 1^{er} septembre 2007 au 16 mars 2008 ;

100% du 17 au 30 mars 2008 ;

70% du 31 mars au 22 juin 2008 ;

60% dès le 23 juin 2008.

Le 8 avril 2009, l'assurée a fait l'objet d'un examen clinique rhumatologique et psychiatrique au Service médical régional de l'AI (SMR). Dans leur rapport établi le 22 avril 2009, les Drs W._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et E._____, psychiatre, posent les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de cervico-brachialgies gauches sur troubles dégénératifs cervicaux anamnestiques et de status après capsulite rétractile versus tendinopathie de l'épaule gauche, aucun diagnostic psychiatrique n'étant retenu. A titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, les médecins mentionnent une amplification verbale des plaintes en vue d'obtention d'avantages sociaux. La capacité de travail exigible est fixée, depuis le 23 juin 2008, à 50% dans l'activité habituelle et à 100% dans une activité adaptée. Ce rapport mentionne en outre notamment ce qui suit :

« En conclusion : cette assurée met en avant une symptomatologie algique cervico-brachiale G sur un trouble dégénératif du rachis cervical et sur un status après capsulite rétractile de l'épaule G

(anamnestique). L'examen clinique réalisé au SMR met en évidence des limitations dans les amplitudes articulaires aux dépens de l'articulation scapulo-humérale G. Le reste de l'examen sur le plan ostéoarticulaire et neurologique est parfaitement dans les limites de la norme. La présence de signes de non organicité s'intègre dans un processus d'amplification verbale de plaintes en vue d'obtention d'avantages sociaux.

Sur la base des atteintes à la santé objectives, une incapacité de travail de 50% est retenue dans son activité habituelle de coiffeuse indépendante en raison des positions en abduction et antépulsion prolongées des MS. Toute activité qui respecte les limitations fonctionnelles est théoriquement possible à hauteur de 100% et ceci depuis le moment du dépôt de demande de prestations AI (octobre 2008).

L'anamnèse psychiatrique permet de constater une réaction dépressive suite au décès de sa petite-fille. Toutefois, ceci n'a pas nécessité la mise en place d'une prise en charge spécialisée, son médecin traitant va lui prescrire un traitement anxiolytique que l'assurée dit, elle-même, prendre occasionnellement. Pour ces motifs, une maladie psychiatrique ou un trouble de la personnalité décompensée à l'origine d'une atteinte à la santé mentale ayant comme conséquence une incapacité de travail de longue durée n'est pas retenue.

L'examen psychiatrique au SMR ne met pas en évidence une symptomatologie psychotique, dépressive ou anxieuse.

Les limitations fonctionnelles

Pas de port de charges supérieures à 2,5 kg au niveau du MS G de façon répétitive, pas de position en antépulsion ou en abduction du MS au-delà de 60° de façon répétitive et, occasionnelle, au-delà de 90°. Pas de position statique prolongée en flexion-extension du rachis cervical associée à des mouvements brusques. Pas de position statique assise prolongée au-delà de 1 heure sans possibilité de varier les positions assise-debout au minimum 1x/heure.

Sur le plan psychiatrique aucune.

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

Sur la base des documents mis à notre disposition, cette assurée a été mise en incapacité de travail à partir du 02.04.2007.

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors?

Sur la base des documents mis à disposition, 100% d'incapacité de travail attestée du 02.04.2007 jusqu'au 22.06.2008. Depuis lors, une incapacité de travail de 60% est attestée par ses médecins traitants. Sur la base des constatations objectives effectuées ce jour au SMR à la suite de l'examen clinique et de l'étude du dossier médical, nous retiendrons une incapacité de travail de 50% dans son activité habituelle de coiffeuse depuis le 23.06.2008 et une pleine capacité de travail dans toute autre forme d'activité qui respecte les limitations fonctionnelles depuis la même date.

Concernant la capacité de travail exigible,

Toute activité qui respecte les limitations fonctionnelles est possible à un taux de 100% sans diminution de rendement. L'activité habituelle de l'assurée ne pouvant pas être adaptée aux limitations fonctionnelles, une incapacité de travail de 50% est retenue de façon définitive.

L'évaluation de la capacité de travail se base sur les atteintes objectives à la santé mises en évidence par l'examen clinique au SMR et le dossier médical fourni. Le phénomène d'amplification des plaintes avec mise en évidence de signes de non organicité n'a pas été pris en considération pour l'évaluation de la capacité de travail résiduelle de l'assurée. »

Le 3 septembre 2009, l'assurée a fait l'objet d'une enquête économique pour les indépendants, dont les conclusions sont les suivantes :

« Madame X. _____ exerce depuis de très nombreuses années, un métier qu'elle affectionne et lui a apporté de nombreuses satisfactions. Après ses problèmes de santé, elle a poursuivi cette activité autant qu'elle le pouvait, et ceci jusqu'à épuisement de ses prestations perte de gain. Elle mentionne avoir tenté de diminuer les contraintes physiques dues aux brushings par l'acquisition de foehns plus légers, mais les mouvements et les positions la fatiguent. S'agissant de la hauteur, elle demande à ses clientes de se baisser un peu si nécessaire.

Au vu d'une exigibilité entière dans une activité adaptée, et de l'âge actuel de l'assurée, il est difficile de déterminer les possibilités effectives de celle-ci, de changer d'activité. En effet, l'assurée étant indépendante depuis 35 ans dans le même domaine, rend difficile l'admission d'un changement d'activité.

S'agissant des investissements, les pièces au dossier ne font pas état d'amortissements, et par conséquent les installations doivent être intégralement amorties. L'assurée nous ayant mentionné être locataire de son salon, il n'y a pas de capital immobilier investi dans l'entreprise. L'assurée travaille seule et son revenu est relativement stable depuis 1999, jusqu'à 2006, dernière année avant la LM.

Sur la base de la comparaison des champs d'activité, effectuée selon les dires de l'assurée, la capacité de travail résiduelle est relativement faible par rapport à une approche selon l'exigibilité médicale retenue. [...] Par ailleurs, la part d'activités non productive ("exigible") a également une incidence sur la capacité résiduelle pondérée.

[...]

Remarque : les incapacités médicales retenues dans l'avis SMR ne correspondent pas avec les informations reçues de l'assureur perte de gain (aucune IT à 100% pendant une année, mais des IT de 30% à 100%). »

Par communication du 27 janvier 2010, l'OAI a informé l'assurée que les conditions pour lui reconnaître un droit à une orientation professionnelle visant à déterminer ses possibilités de réinsertion professionnelle étaient remplies et l'a convoquée à une première rencontre en ce sens, début février 2010.

Le 21 avril 2010, l'assurée a visité le Centre Orif en vue d'un stage d'orientation visant à évaluer l'adéquation du métier d'assistante de bureau/réceptionniste avec ses compétences, ses intérêts et ses limitations fonctionnelles. Le rapport établi suite à cette visite, daté du 3 mai 2010, mentionne notamment ce qui suit :

« Déroulement de la visite :

Mme X._____ a pu visiter le secteur bureau-commerce, notamment la section réception-téléphone. Elle dit n'avoir aucun intérêt dans ce domaine et elle refuse de s'investir dans un stage d'orientation et/ou, à plus forte raison, dans quelque formation que ce soit, car ceci mettrait fin à son commerce, qui constitue sa seule source de revenu actuelle. Il semble que Mme X._____ n'ait pas totalement saisi l'enjeu d'une réorientation professionnelle. De plus, à son âge (58 ans), une réinsertion professionnelle dans le domaine bureau-commerce serait très improbable. Cependant, et suite à notre conversation téléphonique du 23 avril 2010, nous demeurons disponibles à effectuer un stage d'orientation.

Remarques

Au vu de l'absence totale d'appropriation du projet par l'assurée et d'intérêt pour le domaine du bureau-commerce, le stage proposé semble en l'état n'avoir aucune chance d'aboutir positivement. Par ailleurs, à défaut d'expérience antérieure dans le domaine, une réinsertion professionnelle dans le bureau-commerce paraît très aléatoire, même au terme d'une formation qualifiante, qui constitue une condition indispensable.

Pour autant que l'assurée comprenne les enjeux de sa situation actuelle et les objectifs de la mesure proposée, une orientation vers une activité dans l'industrie légère nous semble plus adéquate. »

Par courrier du 17 mai 2010, l'OAI, retenant que l'assurée n'avait montré aucun intérêt à s'investir dans un stage d'orientation qui mettrait fin à son activité de coiffeuse indépendante, a rappelé à celle-ci que sa capacité de travail était entière dans une activité adaptée et que l'art. 21 al. 4 LPGA prévoit que les prestations de l'assurance-invalidité

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 à une mesure de réinsertion professionnelle raisonnablement exigible et susceptible d'améliorer notablement sa capacité de travail ou d'offrir une nouvelle possibilité de gain. L'OAI a dès lors prié l'assurée de prendre contact avec sa conseillère jusqu'au 18 juin 2010, afin d'organiser une mesure d'orientation au Centre Orif.

Dans un courrier du 20 juin 2010 adressé à l'OAI, la Dresse C._____ a attesté que l'assurée souffrait de dépression, affection pour laquelle elle était suivie. Ses douleurs à l'épaule droite avaient augmenté et l'empêchaient de dormir. Quant à son épaule gauche, son état restait inchangé. Ce médecin demandait donc que sa patiente pût bénéficier d'une rente d'invalidité à 50% sans devoir effectuer de mesure d'orientation.

Dans un projet de décision du 14 juillet 2010, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui refuser une rente d'invalidité, au motif que, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, sa capacité de travail était entière et lui permettait de réaliser un revenu supérieur à son revenu sans invalidité.

Le 7 août 2010, l'assurée a contesté ce projet, alléguant être trop âgée pour un apprentissage ou une réinsertion professionnelle dans un nouveau métier. Elle souhaitait ainsi pouvoir continuer à exercer sa profession de coiffeuse à un taux de 30-50%.

Par décision du 19 octobre 2010, l'OAI a refusé à l'assurée le droit à une rente d'invalidité. Se basant sur les conclusions de l'examen du SMR, l'OAI a retenu que l'assurée était en incapacité de travail depuis le 2 avril 2007. Dès le 23 juin 2008, sa capacité de travail était de 50% dans son activité habituelle mais de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Par ailleurs, son activité lucrative actuelle ne lui rapportait que de très faibles revenus et l'assurée n'avait pas consenti de

grands investissements dans son entreprise ; elle était locataire de son salon de coiffure et y travaillait seule ; elle n'avait donc pas de personnel qui serait touché par la fermeture de son salon ; de plus, il lui restait encore six ans avant d'atteindre l'âge AVS. Procédant au calcul théorique du revenu d'invalidé, l'OAI a retenu comme salaire de référence celui auquel pouvaient prétendre en 2008 (année d'ouverture du droit à la rente) les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit 4'280 fr. 64 par mois ou 51'367 fr. 68 par année, part au 13^{ème} salaire et adaptation à la durée hebdomadaire de travail en 2008 (41,6 heures) comprises (Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS] 2008, TA1, niveau de qualification 4). Compte tenu des limitations fonctionnelles et de l'âge de l'assurée, l'OAI a considéré qu'un abattement de 10% sur le revenu d'invalidé était justifié, portant ce dernier à 46'230 francs 91. Concernant le revenu sans invalidité, l'OAI a retenu que, si l'assurée avait poursuivi son activité de coiffeuse indépendante, elle aurait pu réaliser un salaire annuel de 20'066 fr., soit un revenu inférieur au revenu réalisable avec son atteinte à la santé, ce qui ne lui ouvrait aucun droit à une rente.

B. Par acte daté du 19 novembre 2010 mais envoyé le 30 novembre 2010, X. _____ a interjeté recours contre la décision du 19 octobre 2010, dont elle conclut implicitement à la réforme, en ce sens qu'une rente d'invalidité lui est allouée. Au vu de son âge, qui lui rend difficiles ses recherches d'un nouvel emploi, elle estime en effet préférable de pouvoir bénéficier d'une rente plutôt que d'une réinsertion professionnelle, ce qui lui permettrait de pouvoir continuer d'exercer, à un taux réduit, son activité de coiffeuse indépendante. Invitée par le juge instructeur à faire parvenir au tribunal la décision attaquée et l'enveloppe qui la contenait, la recourante a produit ladite décision, sans l'enveloppe.

Par réponse du 11 mars 2011, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a notamment considéré que, âgée respectivement de 56 et 58 ans au moment de la survenance de son aptitude à la réadaptation et de

la décision litigieuse, l'assurée ne pouvait pas être considérée comme étant proche de l'âge de la retraite.

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, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, 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.

La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique 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 al. 1 let. a LPA-VD).

b) Selon l'art. 60 al. 1 LPGA, le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours. Selon la jurisprudence, le fardeau de la preuve de la date à laquelle la notification d'un acte a eu lieu incombe en principe à l'autorité qui entend en tirer une conséquence juridique. Cette autorité supporte dès lors les conséquences de l'absence de preuve, en ce sens que si la date de la notification est contestée et qu'il existe effectivement un doute à ce sujet, il y a lieu de se fonder sur les déclarations du destinataire de l'envoi (ATF 129 I 8, consid. 2.2 ; 124 V 400, consid. 2a ; TF 9C_362/2009 du 9 décembre 2009). En l'espèce, la décision attaquée est datée du 19 octobre 2010, et le recours, bien que daté du 19 novembre 2010, a été envoyé le 30 novembre 2010. Or on ignore la date à laquelle la décision de l'OAI a effectivement été envoyée, l'office intimé ne notifiant pas ses décisions

sous pli recommandé mais par simple courrier, et également celle à laquelle elle est parvenue à la recourante. Celle-ci n'a en effet pas produit l'enveloppe ayant contenu la décision attaquée. L'intimé ne conteste toutefois pas la recevabilité du recours, dont il conclut uniquement au rejet au fond. Il subsiste donc un doute certain sur le jour exact auquel la notification de la décision a eu lieu. En conséquence, et dans la mesure où l'envoi du recours reste dans un laps de temps relativement bref avec le terme présumé du délai de recours, il convient de considérer que le recours, qui par ailleurs satisfait aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), a été interjeté en temps utile et est donc recevable.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 125 V 413, consid. 2c ; 110 V 48, consid. 4a).

b) En l'occurrence, la recourante ne critique pas la capacité de travail exigible retenue par l'intimé, qui est de 50% dans son activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, dès le 23 juin 2008. Cette capacité de travail, attestée dans le rapport d'examen bidisciplinaire effectué en avril 2009 au SMR, ne sera donc pas examinée plus en avant. Le litige porte donc uniquement sur l'exigibilité de la réadaptation, à savoir en l'espèce un changement d'activité professionnelle, qui permettrait à la recourante de retrouver une pleine capacité de travail et de gain. La recourante estime en effet qu'une telle réadaptation n'est pas exigible, au vu de son âge avancé qui rend toute recherche d'emploi excessivement difficile. Elle est ainsi d'avis

qu'une rente d'invalidité devrait plutôt lui être allouée, ce qui lui permettrait de continuer à exercer sa profession à temps partiel.

3. Aux termes de l'art. 8 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 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. Quant à l'incapacité de travail, elle est définie à l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. Selon l'art. 28 al. 1 LAI, 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 (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si, au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (let. c). Par ailleurs, selon l'art. 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008), le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^{ème} anniversaire de l'assuré.

Selon l'art. 16 LPGA, 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. Il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente pour procéder à la comparaison des revenus (ATF 129 V 222, consid. 4.3.1), dont les modifications susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 128 V 174).

D'après la jurisprudence, on applique de manière générale dans le domaine de l'assurance-invalidité le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations de l'assurance-invalidité, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité ; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente. La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage, qui s'applique aux aspects de la vie les plus variés et prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation. 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 pris en compte l'existence d'un marché du travail équilibré et la durée prévisible des rapports de travail (TFA I 750/04 du 5 avril 2006, consid. 5.3 ; I 11/00 du 22 août 2001, consid. 5a/bb ; TF 9C_393/2008 du 27 janvier 2009). Il n'y a ainsi pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (TFA I 198/97 du 7 juillet 1998, consid. 3b et les références, in VSI 1998, p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes.

Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsque celle-ci ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (TFA I 350/89 du 30 avril 1991, consid. 3b, in RCC 1991 p. 329 ; I 329/88 du 25 janvier 1989, consid. 4a, in RCC 1989 p. 328). Toutefois, s'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible, la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (TFA I 377/98 du 28 juillet 1999, consid. 1 et les références, in VSI 1999 p. 246).

Néanmoins, lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (TFA I 819/04 du 27 mai 2005, consid. 2.2 et les références ; TF 9C_93/2008 du 19 janvier 2009 ; 9C_393/2008 du 27 janvier 2009).

4. La question de savoir à quel moment on doit se placer pour apprécier les chances d'un assuré de retrouver un emploi en fonction de son âge - lors de l'ouverture du droit à la rente ou de la décision litigieuse - n'a pas été tranchée par le Tribunal fédéral (TF 9C_949/2008 du 2 juin 2009, consid. 2 ; 9C_651/2008 du 9 octobre 2009, consid. 6.2.2.2 ; 9C_695/2010 du 15 mars 2011, consid. 6.2). Elle peut également rester ouverte en l'espèce, dès lors que la recourante était, à ces moments-là, âgée de 56, respectivement de 58 ans, et n'avait donc, dans l'un et l'autre cas, pas encore atteint le seuil à partir duquel la jurisprudence considère généralement qu'il n'existe plus de possibilité réaliste d'exploiter sa capacité de travail résiduelle sur un marché du travail supposé équilibré (TF 9C_651/2008 du 9 octobre 2009, consid. 6.2.2.2).

Il s'agit donc d'examiner si, comme le soutient l'intimé, la recourante était tenue de diminuer le dommage résultant de son incapacité de travail dans son activité habituelle en changeant d'activité professionnelle, soit en exerçant, dès le 23 juin 2008, une activité à plein temps respectant ses limitations fonctionnelles. Or il convient tout d'abord de remarquer que, dans le cas d'un assuré exerçant une activité indépendante, il y a lieu de tenir compte du temps qui lui est nécessaire pour remettre son entreprise et faire preuve de prudence en invoquant l'obligation de réduire le dommage (TFA I 269/03 du 25 avril 2005, consid. 4.1). En l'occurrence, il peut être relevé que la recourante travaille depuis plus de 35 ans dans la coiffure, domaine dans lequel elle dispose encore d'une capacité de travail réduite, et qu'elle ne bénéficie d'aucune autre expérience ou qualification professionnelle. Toutefois, force est de constater qu'elle n'a pas consenti de grands investissements dans son entreprise : elle n'est pas propriétaire des locaux de son salon, dont elle a intégralement amorti les installations, et n'emploie pas de personnel. Ses deux médecins traitants ont par ailleurs également mentionné la possibilité d'un changement de profession (cf. leurs rapports respectifs de novembre 2008). On soulignera également que les limitations fonctionnelles de la recourante (pas de port de charges supérieures à 2,5 kg au niveau du membre supérieur gauche de façon répétitive ; pas de position en antépulsion ou en abduction du membre supérieur au-delà de

60° de façon répétitive et, occasionnelle, au-delà de 90° ; pas de position statique prolongée en flexion-extension du rachis cervical associée à des mouvements brusques ; pas de position statique assise prolongée au-delà d'une heure sans possibilité de varier les positions assise-debout au minimum une fois par heure) n'impliquent pas nécessairement d'adaptations particulières du poste de travail dans une activité industrielle légère. Une formation de réceptionniste lui a par ailleurs été proposée, ce qu'elle a refusé, malgré la mise en demeure qui lui a été faite par l'intimé. Au vu de ces éléments, on était donc en droit d'attendre de la recourante, conformément à son obligation de diminuer le dommage, qu'elle remette son salon dans un délai raisonnable et ainsi change d'activité professionnelle aux alentours de la fin de l'année 2008, soit environ six mois après avoir recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, afin de mettre à profit l'entier de sa capacité de travail. Certes, on peut regretter que l'OAI n'ait pas examiné avec davantage de précision quels types d'activités sont adaptées au cas de la recourante. On peut toutefois retenir que, au vu du large éventail d'activités simples et répétitives qui correspondent à un emploi léger respectant les limitations fonctionnelles observées, un nombre significatif d'entre elles, ne nécessitant aucune formation spécifique (telles des activités de surveillance ou d'ouvrière d'usine), sont adaptées aux problèmes physiques de la recourante et, en règle générale, disponibles indépendamment de l'âge de l'intéressée sur le marché équilibré du travail. Une telle activité, qui permettrait à la recourante, compte tenu d'un taux abattement de 10%, de réaliser un revenu de 46'230 fr. 91, comme le retient à juste titre la décision litigieuse, serait à même d'augmenter considérablement sa capacité de gain, au vu du revenu assez bas réalisable dans son salon de coiffure. Ce dernier s'élevait en effet de 2003 à 2006, soit avant l'atteinte à la santé, à une moyenne de 18'398 fr. 50 $[(17'832 + 18'297 + 19'255 + 18'210) / 4]$, montant qui, indexé à 2008 (+ 1,6% et + 2% [Office fédéral de la statistique, indice suisse des salaires]) s'élève à 19'066 fr. 72. Dès 2007, il a par ailleurs chuté à 9'706 fr. puis à 2'505 francs.

En conclusion, il convient de retenir que, fin 2008, soit moins de six mois après la demande de prestations d'invalidité (cf. art. 29 al. 1 LAI), la recourante disposait d'une pleine capacité de gain dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles et qu'un changement d'activité professionnelle était pleinement exigible de sa part. C'est donc à juste titre que l'intimé lui a nié le droit à une rente d'invalidité.

5. En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

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 sociales est soumise à des frais de justice ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD et 61 let. g LPGA).

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

I. Le recours est rejeté.

II. La décision rendue le 19 octobre 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

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

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- X. _____,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :