

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 4 janvier 2010

Présidence de Mme THALMANN
Juges : Mme Rossier et M. Bidiville, assesseurs
Greffière : Mme de Quattro Pfeiffer

* * * * *

Cause pendante entre :

H._____, à Château-d'Oex, recourante, représentée par Me Jean-Louis
Duc, audit lieu,

et

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD (ci-
après : OAI), à Vevey, intimé.

Art. 28 al. 2 LAI, 16 LPGA et 27bis RAI

E n f a i t :

A. H._____, ressortissante française née en 1967, mariée et mère de famille, a suivi une formation d'horticultrice avant de travailler en Suisse comme sommelière, puis comme vendeuse auxiliaire à temps partiel chez [...], du 1^{er} septembre 2003 au 30 juin 2005. Selon le questionnaire pour l'employeur du 22 mai 2006, le nombre d'heures par semaine dans l'entreprise était de 41 heures et l'intéressée aurait gagné un salaire horaire de 18 fr. 70 en 2005 et de 19 fr. en 2006. Souffrant de douleurs abdominales chroniques, elle a subi plusieurs opérations successives de la vésicule biliaire entre 2001 et 2002. Elle a déposé, le 5 avril 2006, une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) tendant à l'octroi d'une rente, précisant, le 11 mai suivant, qu'elle aurait travaillé à 80 ou 100% dans la vente ou l'hôtellerie depuis 2002 si elle était restée en bonne santé.

L'assurée est suivie depuis 1990 par la Dresse F._____, spécialiste FMH en médecine interne, qui a posé, dans un rapport du 3 juin 2006, les diagnostics principaux de trouble digestif chronique avec douleurs abdominales consécutives à une cholédocojéjunostomie sur anse en Y après sténose inflammatoire du canal cholédoque après cholécystectomie en 2001, avec constipation et diarrhées, ainsi que d'état dépressif latent, affections existant depuis 2001. Elle énumérait de nombreuses périodes d'incapacité totale de travail à compter du 6 mai 2004, la dernière remontant au 1^{er} janvier 2006 et perdurant lors de l'examen. Selon le médecin traitant, la capacité de travail de l'intéressée en tant que caissière était diminuée de 50% en raison de ses douleurs abdominales fréquentes, aucune autre activité n'étant exigible.

Etaient joints à ce rapport maints documents médicaux retraçant l'évolution de l'état de santé de l'intéressée de 1990 à 2006, à savoir notamment un rapport de la Dresse D._____, neurologue, du 19 avril 2006, qui retenait les diagnostics de migraine sans aura, de status après cholédocojéjunostomie sur anse en Y après sténose inflammatoire

du canal cholédoque après cholécystectomie en 2001, d'état dépressif larvé, ainsi que de mononucléose infectieuse en 1990 avec manifestations neurologiques, et prescrivait un traitement conservateur.

Dans un rapport du 18 juillet 2006, le Dr V._____, spécialiste FMH en gastro-entérologie et hépatologie, a diagnostiqué des douleurs de l'hypocondre gauche d'origine indéterminée depuis 2002, de reconstruction des voies biliaires et cholédocojéjunostomie sur anse en Y le 25 juin 2002, de status après sténose récidivante du canal hépatique post-cholécystectomie en 2001, de colopathie fonctionnelle et d'état dépressif. Il observait une évolution post-opératoire favorable, avec une disparition de la cholestase, malgré la persistance de troubles digestifs se manifestant par une constipation accompagnée de douleurs récidivantes en spasmes localisés au niveau de l'hypocondre gauche, exacerbées lors de périodes de surcharge de travail. Il estimait que ces troubles, dont l'origine demeurait indéterminée, limitaient la capacité de travail de l'assurée à 50% depuis 2004 dans son activité habituelle, compte tenu du port de lourdes charges que celle-ci impliquait, et qu'un travail moins physique était indiqué, tel que la vente, au même taux.

Un examen chirurgical a été effectué au Service médical régional AI (ci-après : SMR) par le Dr M._____, spécialiste FMH en chirurgie, dont le rapport du 18 janvier 2007 retenait le diagnostic principal de douleurs abdominales résiduelles après cholécystectomie et cholédocojéjunostomie sur anse de Roux en Y, ainsi que ceux - sans répercussion sur la capacité de travail - de migraines, d'allergie de contact au nickel, de status après amygdalectomie et appendicectomie et de status après traumatisme crânio-cérébral en 1998. Il ressortait du rapport d'examen que, les migraines étant désormais bien contrôlées, seules restaient à prendre en compte les limitations fonctionnelles liées au système digestif. Selon le médecin du SMR, quand bien même l'origine des douleurs résiduelles demeurait incertaine, la cholestase s'étant normalisée après la dernière intervention et le CT-scan abdominal n'ayant rien révélé de particulier, la typologie des douleurs évoquait un côlon spastique à cause mécanique, ce qui rejoignait le diagnostic posé par le Dr

V._____. Il admettait une incapacité de travail totale depuis le mois de janvier 2001, date de la première opération, jusqu'à fin septembre 2002, soit trois mois après la dérivation biliaire, l'état de santé s'étant par la suite stabilisé, et était d'avis que dès le mois d'octobre 2002, l'assurée avait recouvré une capacité de travail de 30% comme sommelière et de 50% comme vendeuse auxiliaire, voire même de 80% dans une activité semi-sédentaire ou sédentaire, sans port de charges de plus de 5kg, telle que caissière ou aide de bureau.

Lors d'une enquête économique sur le ménage réalisée en date du 6 mars 2007, il a été relevé que l'assurée avait diminué d'elle-même son taux de travail à 40% depuis le 1^{er} janvier 2005 en raison de son atteinte à la santé, avant de donner son congé en juin 2005, car elle ne pouvait plus assumer physiquement son activité. Lors de l'enquête, l'intéressée se serait déclarée incapable de reprendre une nouvelle activité professionnelle, même à taux réduit, et aurait affirmé assumer au mieux les tâches ménagères, bien que souvent au-delà de ses possibilités. Le rapport retenait un statut d'active à 80% et de ménagère à 20% et parvenait à la conclusion qu'il n'existait pas d'empêchement ménager, dès lors que l'assurée était en tout temps à la maison et pouvait s'organiser à sa guise.

Sur la base de ces éléments, l'OAI a rendu, le 29 juin 2007, un projet de décision de refus de rente d'invalidité, considérant que l'assurée disposait d'une capacité de travail exigible de 80% dans une activité adaptée à ses problèmes de santé. Il comparait dès lors le revenu avec invalidité de 36'319 fr. avec celui qu'elle aurait touché si elle avait poursuivi son activité de vendeuse auxiliaire à 80% chez [...], soit 38'230 fr., ce qui correspondait, après prise en compte de l'activité ménagère à 20%, à un degré d'invalidité global de 4%, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. L'OAI précisait toutefois que l'intéressée aurait eu droit à une rente entière à partir du 1^{er} janvier 2002, mais qu'au vu du dépôt tardif de sa demande, le 5 avril 2006, ce droit n'était plus ouvert.

L'assurée a contesté ce projet par courrier du 17 août 2007, reprochant au SMR d'avoir évalué sa capacité de travail de manière purement théorique, sans tenir compte du fait que, disposant d'une formation en horticulture, elle n'était pas en mesure d'exercer une nouvelle profession sans mesure de réadaptation, à tout le moins au taux d'activité retenu. Elle demandait par conséquent à l'OAI de revoir sa position au regard des pièces médicales versées au dossier et d'examiner ses possibilités de réinsertion sur le marché du travail.

Dans un avis médical du 11 mars 2008, le Dr M. _____ du SMR a rappelé qu'il avait été tenu compte des douleurs abdominales de l'intéressée et de leurs répercussions sur la capacité de travail par le biais d'une baisse de rendement de 20% dans une activité adaptée, ajoutant que le courrier du 17 août 2007 ne faisait état d'aucun élément médical susceptible de mettre en doute les conclusions du SMR.

Par décision du 28 mars 2008, l'OAI a confirmé son projet du 29 juin 2007 et rejeté la demande de rente de l'assurée.

B. H. _____ a recouru contre cette décision auprès du Tribunal des assurances par acte du 9 avril 2008, concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvel examen du droit à des mesures de réadaptation et, cas échéant, à une rente. Elle allègue qu'elle bénéficie d'une formation d'horticultrice et qu'il ne lui est dès lors pas possible d'exercer une activité adaptée à ses problèmes de santé sans mesure de réadaptation préalable. Elle soutient en outre qu'il existe une différence d'appréciation considérable entre les opinions des différents médecins consultés et celle du SMR, dont les conclusions quant à la capacité de travail résiduelle lui paraissent extrêmement théoriques. Elle réfute enfin la valeur probante du rapport d'examen chirurgical du 18 janvier 2007, qu'elle qualifie de sommaire et contredisant les autres avis médicaux versés au dossier, dont elle déduit qu'il existe un état invalidant.

Dans sa réponse du 4 juillet 2008, l'OAI conclut au rejet du recours, en se référant à sa décision litigieuse. S'agissant des mesures professionnelles requises par la recourante, il précise que le droit au reclassement exige, selon la jurisprudence, un degré d'invalidité d'environ 20%, taux non atteint en l'espèce. Il ajoute que l'intéressée n'a jamais exercé la profession d'horticultrice en Suisse, soit pendant plus de quinze ans, raison pour laquelle il n'a pas été tenu compte du salaire résultant de cette activité dans l'évaluation de l'invalidité, ni de perspectives de gain supérieures.

Dans sa réplique du 23 juillet 2008, complétée le 7 août suivant, la recourante insiste sur le fait qu'il ne peut lui être reproché de ne pas exercer une nouvelle activité professionnelle si elle ne dispose pas des mesures de formation ou reclassement adéquates, relevant qu'une incapacité de travail de 50% lui a été reconnue en tant que vendeuse auxiliaire. Elle déplore en outre le fait que l'OAI n'ait pas examiné sérieusement quelles seraient les activités adaptées à son handicap sans mesures de réadaptation préalable, compte tenu de sa situation personnelle.

Dans sa duplique du 15 septembre 2008, l'OAI soutient qu'une activité légère, semi-sédentaire et sans port de charges, ni soulèvement répétitif est exigible de la part de l'assurée et expose que, seule l'activité exercée à l'extérieur du ménage devant être prise en considération, le taux d'invalidité pour la part active est largement inférieur à 20%, de sorte que la question du droit à des mesures professionnelles ne se pose pas.

Dans ses déterminations complémentaires du 25 septembre 2008, la recourante a réitéré ses griefs.

E n d r o i t :

1. a) A teneur de la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV

173.36), en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2009, les causes pendantes devant les autorités administratives et de justice administratives à l'entrée en vigueur de la présente loi sont traitées selon cette dernière.

La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est donc compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

b) Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée, le recours est déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1]) ; il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable en la forme.

2. Est litigieuse en l'espèce la question du droit de la recourante à des mesures de réadaptation professionnelle et à une rente d'invalidité.

La recourante fait valoir que les maux dont elle souffre ne lui permettent pas de travailler dans une mesure telle que retenue par l'OAI et qu'une nouvelle activité n'est pas exigible sans bénéficier au préalable des mesures de réadaptation adéquates.

L'OAI soutient pour sa part que la recourante dispose d'une capacité de travail exigible de 80% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles et que son taux d'invalidité étant ainsi de 4%, le droit à une rente ou à des mesures professionnelles n'est pas ouvert.

3. a) Selon l'art. 6 LPGA, 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.

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.

D'après l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Cette invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]).

b) Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, aux trois-quarts d'une rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

L'évaluation de l'invalidité peut être effectuée selon trois 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, méthode mixte, méthode spécifique. Le choix entre ces méthodes dépend du statut de l'intéressé : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel et assuré non-actif. Est en principe déterminante l'activité qu'exercerait l'assuré s'il n'était pas atteint dans sa santé (ATF 125 V 146 consid. 2c ; TF I 85/07 du 14 avril 2008, consid. 3.2).

La méthode ordinaire de comparaison des revenus prévoit que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) 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 (revenu d'invalidé) (art. 16 LPGA ; TF 9C_236/2009 du 7 octobre 2009, consid. 3.1).

Selon la méthode spécifique, l'invalidité des assurés qui n'exercent pas d'activité lucrative est évaluée en fonction de l'incapacité d'accomplir leurs travaux habituels (art. 27 RAI [règlement sur l'assurance-invalidité, RS 831.201]). Par travaux habituels dans le ménage, il faut entendre notamment l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants, ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique.

D'après la méthode mixte, l'invalidité des assurés qui n'exercent une activité lucrative qu'à temps partiel est, pour cette part, évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus. S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique pour cette activité. Dans ce cas, il faudra déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question (art. 27bis RAI). L'invalidité totale de la personne résultera de l'addition des taux d'invalidité pondérés dans les deux domaines (ATF 133 V 504).

c) Selon la jurisprudence constante, toute personne qui demande des prestations de l'assurance-invalidité doit, préalablement, faire tout ce qu'on peut raisonnablement exiger d'elle afin d'atténuer autant que possible les conséquences de son invalidité. Il incombe à l'assuré, fût-ce au prix d'un effort important, de diminuer le dommage résultant de son atteinte à la santé (ATF 113 V 22 consid. 4a et les références ; TF 9C_236/2009 du 7 octobre 2009, consid. 4.1). En outre, l'âge de l'assuré, à l'instar du défaut de qualifications professionnelles et du manque de connaissances linguistiques, n'est pas un facteur lié à l'invalidité, de sorte que l'on ne doit pas en tenir compte dans l'évaluation de celle-ci (ATF 107 V 17 consid. 2c ; TF 9C_651/2008 du 9 octobre 2009, consid. 6.2.2.1).

d) Le juge des assurances sociales doit examiner tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008, consid. 2.1). A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1). En particulier, la jurisprudence reconnaît qu'un rapport qui émane d'un SMR au sens de l'art. 69 al. 4 RAI (règlement sur l'assurance-invalidité, RS 831.201) a une valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence (ATF 125 V 351 consid. 3a ; TFA I 573/04 du 10 novembre 2005, consid. 5.2 ; cf. aussi TF 9C_105/2009 du 19 août 2009, consid. 4.2). Il faut en outre tenir compte du fait que le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; TF 8C_658/2008, 8C_662/2008 du 23 mars 2009, consid. 3.3.1).

4. En l'espèce, la décision litigieuse se fonde essentiellement sur les constatations médicales du Dr M._____, selon lesquelles seules constituent un obstacle à la capacité de travail de la recourante les douleurs résultant du système digestif. Le médecin du SMR constate en effet que les migraines sont dorénavant traitées et équilibrées et que symptomatologie douloureuse se voit provoquée par l'effort, de sorte

qu'un travail sédentaire ou semi-sédentaire sans port de charges doit pouvoir être exigé, moyennant une diminution de rendement de 20 pour-cent.

La recourante allègue toutefois que cette appréciation contreviendrait aux observations des autres médecins interpellés, qui lui reconnaîtraient une atteinte à la santé invalidante, et remet dès lors en cause la valeur probante du rapport d'examen chirurgical du SMR. Toutefois, ce grief est infondé. En effet, tant la Dresse F. _____ que le Dr V. _____, médecins traitant de l'assurée, retiennent une capacité de travail résiduelle de 50% dans l'ancienne activité de vendeuse auxiliaire, compte tenu des fréquentes douleurs abdominales et des ports de charges qu'implique cette activité, conclusions rejoignant précisément celles du Dr M. _____. En outre, il sied de relever que même si elle exclut l'exercice d'une autre activité professionnelle, adaptée aux problèmes de santé de sa patiente, la Dresse F. _____ n'étaye en rien sa position, malgré le peu de limitations fonctionnelles indiquées. Cette même critique peut être émise à l'encontre du Dr V. _____, qui n'explique pas les raisons pour lesquelles une activité non physique, telle qu'il la recommande, ne permettrait pas à l'intéressée d'améliorer sa capacité de travail. En tout état de cause, ces deux avis médicaux ne sont pas de nature à mettre en doute la valeur probante du rapport d'examen du Dr M. _____, lequel prend en compte tant l'anamnèse que les plaintes de la recourante, est bien étayé et dont les conclusions sont claires, motivées et convaincantes.

S'agissant des autres documents médicaux versés au dossier, force est de constater qu'ils ne plaident pas davantage en faveur de la recourante, dans la mesure où la plupart sont obsolètes et où nul autre médecin ne se prononce sur la capacité de travail exigible. En particulier, l'éventualité d'une atteinte psychique doit être écartée, étant donné que le dernier rapport psychiatrique figurant au dossier, datant du 20 mai 2005, ne fait état que d'un épisode dépressif et relève l'absence de volonté de l'assurée de se soumettre à un suivi psychiatrique. En outre, les Drs F. _____, D. _____ et V. _____ n'étant pas psychiatre, leur

appréciation ne saurait être suivie sur ce point. Au demeurant, la recourante ne s'en prévaut pas.

Cela étant, il y a lieu de reconnaître pleine valeur probante au rapport d'examen chirurgical du SMR et de considérer, conformément à la décision litigieuse, que la recourante dispose d'une capacité de travail exigible de 80% dans une activité industrielle légère.

5. S'agissant du calcul économique, non contesté par la recourante, l'OAI a considéré à juste titre cette dernière comme active à 80% et comme ménagère à 20%, sur la base de ses déclarations du 11 mai 2006 et compte tenu du fait qu'elle n'a jamais travaillé à plein temps au vu des comptes individuels (ci-après : CI). C'est donc conformément à la jurisprudence précitée (cf. supra, consid. 3b) que l'intimé a appliqué la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité.

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient, selon la jurisprudence, de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente, soit dans la plupart des cas à l'échéance du délai d'attente d'une année. Dans la mesure où, in casu, l'intéressée a présenté une incapacité de travail durable à compter du mois de janvier 2001, il convient d'arrêter ici l'année de référence à 2002 (art. 28 al. 1 let. b LAI ; cf. ATF 129 V 222 ; TF 8C_40/2009 du 13 mars 2009, consid. 1).

a) Revenu avec invalidité

L'assurée n'ayant pas repris d'activité professionnelle, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui aurait raisonnablement été exigible de sa part dans un marché du travail équilibré, le revenu d'invalidé doit être déterminé selon les données statistiques telles qu'elles résultent de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS), éditée par l'Office fédéral de la statistique (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; TF 9C_625/2008 du 26 février 2009, consid. 3.2.1).

Le salaire de référence en l'espèce est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2002, 3'820 fr. par mois, part au 13^{ème} salaire comprise (cf. ESS 2002, TA1 ; 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 2002 (41,7 heures ; cf. La vie économique 6/2009, p. 86, tableau B 9.2.), ce montant doit être porté à 3'982 fr. 35, ce qui donne un salaire annuel de 47'788 fr. 20.

Compte tenu de la capacité de travail exigible de 80% dans une activité adaptée, le revenu d'invalidé doit être réduit en proportion pour atteindre un montant annuel de 38'230 fr. 56.

Le montant ainsi obtenu doit encore, le cas échéant, être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, par exemple certaines limitations liées au handicap, à l'âge, à la nationalité, à la catégorie de permis de séjour ou au taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieur à 25% (ATF 134 V 322 consid. 5.2).

Dans le cas présent, l'abattement de 5% opéré par l'intimé sur le revenu d'invalidé est approprié, dès lors qu'il prend en compte les limitations fonctionnelles de l'intéressée. Le revenu annuel avec invalidité s'élève par conséquent à 36'319 fr. 03.

b) Revenu sans invalidité

Selon la jurisprudence, bien qu'il soit hypothétique, le revenu sans invalidité n'en doit pas moins être évalué de manière aussi concrète que possible. Ainsi, il convient en règle générale de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en prenant en considération l'évolution des salaires jusqu'au moment du prononcé de la décision (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 ; TF 9C_651/2008 du 9 octobre 2009, consid. 6.1.2.1). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques de l'ESS. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle exercée par l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb ; TF I 294/06 du 20 avril 2007, consid. 5.3 ; TFA I 168/05 du 24 avril 2006, consid. 3.3 et les références).

En l'occurrence, dans la mesure où il résulte des CI que la recourante n'a pas exercé d'activité lucrative entre 1998 et septembre 2003, il y a lieu de se référer, conformément à la jurisprudence exposée ci-dessus, à l'ESS 2002. Toutefois, l'OAI mentionne par erreur dans sa décision litigieuse que la recourante aurait gagné un revenu annuel de 38'230 fr. en tant que vendeuse auprès de son ancien employeur. Or, si l'on se réfère au salaire qu'elle aurait perçu en tant que telle en 2005 selon le questionnaire pour l'employeur du 22 mai 2006, on obtient, pour un taux d'activité de 80%, un montant de l'ordre de 34'551 fr. ($18 \text{ fr. } 70 \times 41 \times 52 = 39'868 \text{ fr. } 40 + 8,33\% = 43'189 \text{ fr. } 44 \times 80\%$). Le montant retenu par l'OAI correspond en réalité à celui résultant des données statistiques de l'ESS 2002 (cf. supra, consid. 5a). Il est ainsi conforme à la jurisprudence précitée et doit dès lors être confirmé. Enfin, le fait que la recourante bénéficie d'une formation initiale d'horticultrice est sans incidence.

c) En comparant ces deux revenus, on obtient un taux d'invalidité de 5,26%, arrondi à 5% (ATF 130 V 121), qui se calcule comme suit:

$$\frac{(38'230 \text{ fr.} - 36'319 \text{ fr. } 03) \times 100}{36'319 \text{ fr. } 03}$$

La recourante présente ainsi une invalidité de 5% en tant qu'active à 80% et de 0% en tant que ménagère à 20%, soit un degré d'invalidité total de 4%, tel que calculé par l'OAI.

Ce taux, inférieur à 40%, est insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité (cf. art. 28 al. 2 LAI). En outre, dans la mesure où la diminution de la capacité de gain n'atteint pas 20% et que la majeure partie des postes de travail pouvant entrer en ligne de compte ne nécessite pas de formation particulière autre qu'une mise au courant initiale, c'est à tort que la recourante demande à être mise au bénéfice de mesures de réadaptation (ATF 124 V 108 consid. 2b et les références ; TF 9C_279/2008 du 16 décembre 2008, consid. 5.2).

6. En définitive, le recours se révèle mal fondé et doit donc être rejeté, ce qui entraîne le maintien de la décision entreprise.

7. Compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice sont arrêtés à 250 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI ; cf. aussi art. 49 al. 1 LPA-VD et art. 2 al. 1 TFJAS [tarif des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales, RSV 173.36.5.2]).

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision de l'OAI du 28 mars 2008 est confirmée.
- III. Les frais de justice, arrêtés à 250 fr. (deux cent cinquante 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 :

- Me Jean-Louis Duc, avocat (pour H. _____)
- 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 :