

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 17 mars 2011

Présidence de M. NEU
Juges : M. Jomini et Mme Röthenbacher
Greffière : Mme Berberat

Cause pendante entre :

J. _____, à [...], recourante,

et

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

Art. 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. a) J._____, née en 1959, mariée et mère de deux enfants, nés en 1980 (décédé en 2000) et 1990, est sans activité lucrative depuis 1986. Son époux est au bénéfice d'une rente entière d'invalidité (70 %) depuis 1993, mais exerce une activité adaptée auprès de N._____ à [...].

La prénommée a déposé le 7 août 2007 une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (OAI) tendant à l'octroi d'une rente en raison d'une hernie discale présente depuis 2005, de fibromyalgie présente depuis 2006 et d'un diabète présent depuis 2001-2002.

Dans un rapport médical du 24 août 2007, le Dr W._____, spécialiste FMH en rhumatologie, a estimé que les diagnostics de rachialgies sur troubles statiques, séquelles d'une maladie de Scheuermann, discopathies lombaires avec petite hernie discale L5-S1 paramédiane droite et de fibromyalgie avaient des répercussions sur la capacité de travail de l'assurée. Par contre, le diabète non insulino-dépendant, l'hypertension et l'état anxio-dépressif consécutif au décès du fils en 2000 n'avaient aucune influence sur la capacité de travail de l'intéressée. Le Dr W._____ n'a attesté aucune incapacité de travail, en précisant ce qui suit :

"Je me réfère à mon rapport du 28 mars 2006. J'ai retéléphoné à la patiente le 22 août 2007. La demande de rente actuelle a été formulée en raison de diminution de prestations perçues de l'AI par l'époux, Mme J._____ souhaitant, comme son époux, travailler 3 jours par semaine à N._____, ce qui nécessiterait une rente ?

La patiente n'a pas de formation, elle n'a jamais travaillé depuis plus de 30 ans. A ses dires, ses douleurs rachidiennes sont fluctuantes, elles nécessitent la prise de Co-Dafalgan épisodiquement. Elle peut marcher sans trop de difficultés.

A mon sens, et si je me réfère à mon examen de 2006, je ne pense pas que les substrats organiques décelés et les limitations fonctionnelles somme toute modestes retentissent significativement sur une capacité de travail

dans une activité adaptée où la patiente pourrait changer de posture et ne devrait pas porter des charges lourdes. Le problème social et professionnel (recherche difficile d'un emploi dans la région) semble au premier plan. Il n'y a certainement pas d'indication pour un reclassement professionnel puisqu'il n'y a pas de formation mais peut-être que l'Al pourrait aider Mme J. _____ dans sa recherche d'un emploi adapté, peut-être même à N. _____ selon ses souhaits?"

Dans son rapport du 28 mars 2006 adressé au Dr G. _____, spécialiste FMH en médecine générale et médecin traitant de l'intéressée, le Dr W. _____ indiquait avoir reçu l'assurée en consilium à la même date et faisait part de son appréciation quant aux différentes atteintes qu'elle présentait.

Dans un rapport médical du 24 août 2008, le Dr G. _____ a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de fibromyalgie, d'état dépressif, de troubles anxieux et de lombo-sciatalgies. Il a considéré que les diagnostics de diabète insulino-dépendant et d'hyperandrogénisme sur probable syndrome des ovaires polykystiques n'avaient aucune influence sur la capacité de travail de sa patiente. Il a toutefois indiqué qu'il lui était très difficile d'évaluer son incapacité de travail actuelle, se limitant à préciser que l'assurée devait éviter les travaux lourds. A cette occasion, il a transmis les rapports médicaux du 5 juin 2007 du Dr D. _____, spécialiste FMH en médecine interne, endocrinologie-diabétologie, des 25 février et 21 novembre 2005 de la Dresse K. _____, spécialiste FMH en neurologie, ainsi que du 22 novembre 2004 de la Dresse C. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui a fait état d'un trouble anxieux et dépressif mixte (F 41.2), d'un probable retard mental léger (F 70) et de difficultés dans le rapport avec le conjoint (Z 63.0).

Dans un rapport médical du 29 août 2007, le Dr D. _____ a retenu que les diagnostics d'état anxio-dépressif, de diabète type 2 / syndrome métabolique et de syndrome des ovaires polykystiques notamment avaient des répercussions sur la capacité de travail de sa patiente. Il a estimé que des activités régulières, sans efforts physiques ni

contraintes psychiques par exemple à 50 %, étaient envisageables selon l'évolution des pathologies.

Le 4 septembre 2007, l'assurée a rempli un complément à sa demande de prestations AI en déclarant qu'en bonne santé, elle aurait travaillé dès 2005 à 50 % en qualité d'aide de cuisine ou ménage et ce, par nécessité financière (formulaire 531 bis).

L'OAI a également mis en œuvre une enquête économique sur le ménage afin de déterminer si et dans quelle mesure l'atteinte subie par l'assurée l'affectait dans l'accomplissement de ses tâches ménagères. Dans le cadre de l'enquête effectuée le 31 octobre 2008, l'enquêtrice a proposé de retenir le statut de 50 % active et 50 % ménagère, ajoutant que l'assurée allait commencer une activité de collage à N. _____ (travail en milieu protégé) dans le courant du mois de janvier 2008 à raison de trois jours par semaine. L'invalidité dans l'activité ménagère a finalement été évaluée à 13 % (rapport d'enquête daté du 30 octobre 2007).

A la demande du Service médical régional de l'AI (SMR) du 5 novembre 2007 concernant les empêchements dans l'activité ménagère, ainsi que le taux y relatif, le Dr W. _____ a indiqué que les empêchements au ménage étaient très modestes, probablement de l'ordre de 10 %. Toutefois, le temps nécessaire pour effectuer ces différentes tâches pouvait être un peu plus long qu'à l'habitude (courrier du 8 novembre 2007).

b) Par avis médical du 26 novembre 2007, la Dresse P. _____ du SMR, a estimé qu'il convenait de compléter l'instruction en sollicitant un rapport médical de la Dresse K. _____ et en organisant une expertise psychiatrique compte tenu du diagnostic de fibromyalgie.

Dans un rapport médical du 11 décembre 2007, la Dresse K. _____ a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'intéressée de troubles sensitifs des membres inférieurs sur polyneuropathie diabétique, de lombosciatalgies S1 à bascule sur hernie

discale L5-S1, d'état anxio-dépressif au départ réactionnel au décès de son fils et de status après cure de tunnel carpien gauche et transposition antérieure du nerf cubital gauche. N'ayant pas vu cette patiente depuis 2005, il ne lui a pas été possible d'évaluer sa capacité de travail.

Dans un rapport du 5 mars 2008 faisant suite à une expertise du 31 janvier 2008, le Dr T._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a considéré que l'assurée souffrait d'un trouble mixte anxieux et dépressif, mais qu'il ne s'agissait pas d'une affection psychiatrique sévère. L'assurée pouvait donc travailler à 100 % dans une activité de femme de ménage. Les problèmes semblaient surtout être d'ordre socio-économique avec des difficultés financières suite à la perte de la rente pour conjoint.

Dans un rapport médical final du 22 avril 2008, la Dresse P._____ du SMR a retenu une capacité de travail de 75 % dans une activité adaptée en raison de limitations fonctionnelles ostéo-articulaires uniquement. En l'absence d'incapacité de travail attestée, le SMR a considéré la date du consilium rhumatologique du Dr W._____, soit le 28 mars 2006 comme date de début de l'incapacité de travail durable.

c) Par décision du 26 février 2009, confirmant un projet de décision du 15 janvier 2009, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité. Il a ainsi considéré que sans atteinte à la santé, l'assurée ne travaillerait qu'à 50 %, les 50 % restant étant consacrés à la tenue de son ménage. Compte tenu de l'absence d'empêchement dans l'activité professionnelle, exercée à 50 %, et d'un empêchement de 13% dans l'activité ménagère, exercée à 50 %, l'OAI a constaté que l'invalidité globale se montait à 6.5 %, ce qui était insuffisant pour donner droit à une rente.

B. a) Par acte du 22 mars 2009, J._____ interjette recours contre cette décision et conclut implicitement à l'annulation de la décision attaquée et au versement d'une rente d'invalidité. Elle soutient que son état de santé s'est aggravé ces dernières années. Ne pouvant travailler

dans l'économie normale, elle a débuté un travail au sein de N._____, activité qui lui permet de rencontrer d'autres personnes, mais qu'en l'absence de rente, elle ne pourra pas la poursuivre. Elle annexe à son recours un courrier du 23 janvier 2009 du Dr G._____, ainsi qu'une lettre du 23 mars 2009 de N._____ la soutenant dans sa démarche.

b) Dans sa réponse du 29 mai 2009, l'intimé a conclu au rejet du recours sans formuler d'observations.

c) Par courrier du 4 juin 2009, le juge instructeur a demandé à l'intimé de se déterminer s'agissant de l'approche théorique, au sujet de l'absence d'empêchement quant à la part active, alors même que la capacité de travail avait été estimée à 75 % pour cette seule part active.

d) Par lettre du 19 juin 2009, l'intimé a indiqué que dans la mesure où la capacité de travail exigible était de 75 % (sur la base d'un 100 %), la recourante ne subissait, conformément à la jurisprudence, aucun préjudice économique.

e) Dans sa réplique du 17 novembre 2009, la recourante a transmis une nouvelle attestation de N._____ qui reprochait à l'intimé d'appliquer la loi sans tenir compte du contexte de vie de l'assurée et de sa famille.

f) Dans sa duplique du 9 décembre 2009, l'intimé a rappelé que la capacité de travail de 75 % dans une activité adaptée ainsi que la relative "faiblesse" des empêchements ménagers ne permettait à l'évidence pas d'admettre qu'il existait une diminution de la capacité d'exercer une activité lucrative ou d'accomplir les travaux habituels en raison des efforts consentis dans l'autre domaine d'activité. Enfin, la recourante n'ayant pas repris d'activité lucrative dans la mesure de ce qui était exigible, le défaut de complémentarité entre les deux domaines d'activité ne pouvait être considéré comme manifeste et inévitable.

E n d r o i t :

1. a) Interjeté le 22 mars 2009, dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise, 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]).

b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1er janvier 2009, s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. Le présent litige concerne le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, auxquelles elle prétend avoir droit.

a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). 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 (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'assuré a droit à

une rente s'il est invalide à 40 % au moins; un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente (art. 28 LAI).

b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées).

Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de 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 trancher 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 ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Ce principe est aussi valable

s'agissant de l'appréciation émise par un psychiatre traitant (TF I 50/06 du 17 janvier 2007 consid. 9.4).

3. En l'espèce, il ressort du dossier que la recourante n'a plus assumé d'activité lucrative depuis 1986. Selon ses déclarations (formulaire 531 bis du 4 septembre 2007), elle aurait toutefois repris un emploi à 50 % depuis 2005, si elle avait été en bonne santé et ce pour des motifs financiers (perte de la rente pour conjoint), éléments qu'elle a confirmé à l'occasion de l'enquête ménagère (rapport d'enquête daté du 30 octobre 2007). Dans ce contexte, le statut de 50 % active et 50 % ménagère tel que retenu par l'intimé, ne saurait être remis en question.

a) 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. 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 faut 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. 28 al. 2ter LAI en corrélation avec les art. 27bis RAI et 16 LPGA, ainsi que l'art. 28 al. 2bis LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA).

Ainsi, lorsqu'il y a lieu d'appliquer la méthode mixte d'évaluation, l'invalidité des assurés pour la part qu'ils consacrent à leur activité lucrative doit être évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 28 al. 2ter LAI en corrélation avec les art. 27bis RAI et 16 LPGA). Concrètement, lorsque l'assuré ne peut plus exercer (ou plus dans une mesure suffisante) l'activité qu'il effectuait à temps partiel avant la survenance de l'atteinte à la santé, le revenu qu'il aurait pu obtenir effectivement dans cette activité (revenu sans invalidité) est comparé au revenu qu'il pourrait raisonnablement obtenir en dépit de son atteinte à la santé (revenu sans invalidité). Autrement dit, le dernier

salaire que l'assuré aurait pu obtenir compte tenu de l'évolution vraisemblable de la situation jusqu'au prononcé de la décision litigieuse - et non celui qu'il aurait pu réaliser s'il avait pleinement utilisé ses possibilités de gain (ATF 125 V 146 consid. 5c/bb p. 157) - est comparé au gain hypothétique qu'il pourrait obtenir sur un marché équilibré du travail en mettant pleinement à profit sa capacité résiduelle dans un emploi adapté à son handicap (ATF 125 V 146 consid. 5a p. 154).

b) Cela étant, le Tribunal fédéral, dans sa jurisprudence la plus récente, a considéré que dans certaines circonstances bien définies, il pouvait être tenu compte de la diminution de la capacité d'exercer une activité lucrative ou d'accomplir les travaux habituels en raison des efforts consentis dans l'autre domaine d'activité (ATF 134 V 9; voir également TFA I 156/04 du 13 décembre 2005, consid. 6.2, publié in SVR 2006 IV n° 42 p. 151).

Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure les efforts fournis dans l'un et l'autre domaine d'activité s'influencent mutuellement, il convient de tenir compte des paramètres différents qui caractérisent les deux situations. En vertu de son obligation de réduire le dommage résultant de l'invalidité, la personne assurée est tenue d'exercer une activité lucrative adaptée qui mette pleinement en valeur sa capacité résiduelle de travail (cf. ATF 130 V 97 consid. 3.2 p. 99 et les références); en d'autres mots, il lui appartient de privilégier les types d'activité qui sollicitent le moins possible son organisme. En revanche, un tel choix n'est guère possible dans le domaine ménager, puisque la conduite du ménage repose sur un canevas de tâches prédéfinies à l'accomplissement desquelles il ne peut être renoncé. La personne assurée a toutefois la possibilité d'atténuer les effets de son atteinte à la santé, dans la mesure où elle dispose d'une plus grande liberté dans la répartition de son travail et peut solliciter dans un rapport raisonnable l'aide de ses proches. L'éventualité que les deux domaines d'activités puissent s'influencer réciproquement apparaîtra cependant d'autant plus faible que leurs profils d'exigences seront complémentaires.

L'influence négative engendrée par le défaut - total ou partiel - de complémentarité des deux domaines d'activité doit être manifeste et inévitable pour qu'elle puisse être prise en compte. On ne saurait admettre l'existence d'effets réciproques dommageables lorsque ceux-ci peuvent être évités par le choix d'une activité lucrative adaptée et normalement exigible. Le Tribunal fédéral a ainsi dégagé les principes suivants (ATF 130 V 97 consid. 3.2 p. 99 et les références; TF 9C_713/2007 du 8 août 2008 consid. 4.2.2.).

La prise en considération d'effets réciproques dommageables ne peut avoir lieu que s'il ressort du dossier que la documentation pertinente (rapports médicaux et enquêtes ménagères) a été établie en méconnaissance de la situation prévalant dans l'un et l'autre champ d'activité et uniquement s'il existe des indices concrets plaidant en faveur d'une diminution de la capacité d'exercer une activité en raison des efforts consentis dans l'autre activité. De plus, les efforts consentis en exerçant une activité lucrative ne peuvent être pris en compte lorsqu'il convient d'apprécier la capacité à accomplir les travaux habituels que si la personne assurée exploite pleinement et concrètement sa capacité résiduelle de travail après la survenance de l'invalidité. A l'inverse, les efforts fournis dans l'accomplissement des travaux habituels ne peuvent être pris en compte lorsqu'il convient d'apprécier la capacité à exercer une activité lucrative que dans l'hypothèse où la personne assurée consacre une partie de son temps à des tâches d'assistance familiale (en faveur de ses enfants ou de parents nécessitant des soins). L'appréciation doit se faire en fonction de l'importance décroissante qu'il convient d'accorder à chaque domaine d'activité. Si la répartition des champs d'activité est équilibrée, il convient d'examiner celui où les efforts se font le plus fortement ressentir. Une double prise en considération n'est en revanche pas possible, les efforts ne pouvant se répercuter de manière cumulative dans chaque domaine d'activité. En outre, la diminution de l'aptitude à exercer une activité lucrative ou à accomplir les travaux habituels résultant des efforts consentis dans l'autre domaine d'activité doit être manifeste et dépasser la mesure normale. La mesure de ce qu'il y a lieu de considérer comme des effets réciproques considérables doit toujours

être examinée à la lumière des circonstances concrètes du cas particulier, mais ne saurait dépasser en tout état de cause 15 %. Il ne se justifie toutefois de renvoyer la cause à l'administration pour qu'elle procède à une instruction complémentaire que dans les cas où l'évaluation globale de l'invalidité peut être influencée par la prise en compte d'une capacité réduite dans un domaine d'activité résultant des efforts consentis dans l'autre domaine d'activité.

4. a) En l'espèce, il s'agit à présent de déterminer la capacité résiduelle de travail de l'assurée (part active). Sur le plan somatique, la capacité de travail de la recourante a été fixée à 75 % tant par le Dr W._____, spécialiste FMH en rhumatologie, (rapport médical du 24 août 2007) que par le SMR (avis médical du 26 novembre 2007) en raison de rachialgies sur troubles statiques, séquelles d'une maladie de Scheuermann, de discopathies lombaires et d'une petite hernie discale L5-S1 paramédiane droite (rapports médicaux des 28 mars 2006 et 24 août 2007 du Dr W._____), cela dans une activité adaptée, soit autorisant la possibilité d'alterner les positions et le port-soulèvement de charges d'un poids maximal de 10 kg et excluant les positions statiques prolongées. Tant le Dr G._____, médecin traitant de l'assurée, que la Dresse K._____, spécialiste en neurologie, ne se sont pas prononcés quant au taux d'incapacité de travail de l'intéressée (rapports des 24 août 2007 et 11 décembre 2007). Quant au Dr D._____, spécialiste en endocrinologie et diabétologie, il a préconisé une activité régulière adaptée par exemple à 50 %, sans attester d'incapacité de travail (rapport médical du 29 août 2007). Le Dr W._____ ayant fait état du diagnostic de fibromyalgie, c'est à juste titre que l'intimé a mis en œuvre une expertise psychiatrique de la recourante.

Ainsi sur le plan psychique, l'expertise réalisée par le Dr T._____ a conclu à une pleine capacité de travail dans une activité de femme de ménage en l'absence de ralentissement moteur marqué et de fatiguabilité, les fonctions cognitives étant au demeurant préservées. L'expert a en effet exclu la présence d'un syndrome douloureux

somatoforme persistant. La fibromyalgie était certes accompagnée d'un trouble dépressif et anxieux mixte (F 41.2), mais qui ne représentait pas une affection psychiatrique sévère. Cette appréciation n'a pas été remise en question par la Dresse C. _____, psychiatre traitante de l'assurée, qui n'a attesté aucune incapacité de travail (rapport du 22 novembre 2004).

Il y a dès lors lieu de retenir que la capacité de travail de l'assurée est de 75% pour une activité à plein temps. Compte tenu de sa volonté de reprendre une activité lucrative à 50 %, la recourante ne subit pas d'incapacité de gain, sa capacité résiduelle de travail étant plus étendue ou égale au taux d'activité qu'elle exercerait sans atteinte à la santé.

b) S'agissant de l'accomplissement des travaux habituels, la recourante n'a pas contesté l'appréciation de son incapacité d'effectuer l'ensemble des activités. Le faible taux, soit 13 %, des empêchements ménagers ne permet pas d'admettre qu'il existe une diminution de la capacité d'accomplir les travaux habituels, éléments qui ont été confirmé par le Dr W. _____, puisque ce dernier a conclu à des empêchements au ménage très modestes de l'ordre de 10 % (courrier du 8 novembre 2007).

c) En tant qu'assurée exerçant une activité lucrative à temps partiel, il convient ainsi d'évaluer le degré d'invalidité qu'elle présente selon la méthode mixte. S'agissant de la capacité de travail, l'OAI a conclu à l'absence de préjudice économique, appréciation dont il n'y a pas lieu de s'écarter. Par ailleurs, le degré d'invalidité de 6.5 % (13 % X 50 %) que l'OAI a reconnu à la recourante dans l'accomplissement de ses tâches ménagères, échappe également à toute critique. Ainsi, l'addition des degrés d'invalidité dans l'activité lucrative (0 %) et dans l'activité ménagère (6.5 %) conduit à un degré d'invalidité total de 6.5 %, qui ne donne pas droit à une rente, étant donné qu'il est inférieur au taux minimal de 40 % (art. 28 al. 1 LAI). Enfin, la recourante n'ayant pas repris d'activité lucrative dans la mesure de ce qui est exigible, il n'est pas envisageable de procéder à un abattement supplémentaire sur la capacité de l'assurée à accomplir les travaux habituels. En tout état de cause,

même en tenant compte d'un abattement maximal de 15 % dans la part active en raison des effets réciproques, il en résulterait un taux d'invalidité maximal pour la part active de 7,5 % (0.5 X 15), ce qui reste largement insuffisant pour la reconnaissance du droit à la rente.

5. a) Par conséquent, au regard de la jurisprudence exposée ci-dessus, les critiques développées par la recourante à l'appui de son recours ne lui permettent pas d'établir une violation du droit fédéral. La décision attaquée n'est, par conséquent, pas critiquable dans son résultat et doit être confirmée, ce qui conduit au rejet du recours.

b) 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 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 francs (art. 69 al.1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 250 fr. à la charge de recourante, qui succombe (art. 49 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 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 rendue le 26 février 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais de justice, par 250 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 à :

- J. _____, à [...], recourante,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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: