



### EN FAIT

1. Madame N\_\_\_\_\_ (ci-après l'assurée ou la recourante) d'origine espagnole, née en 1957, est arrivée en Suisse en 1981.
2. Elle se marie en 1982 avec Monsieur N\_\_\_\_\_, également d'origine espagnole et de cette union sont issus deux enfants.
3. Sans autre formation professionnelle que la scolarité obligatoire accomplie en Espagne, l'assurée a exercé la profession d'aide ménagère à mi-temps, dès son arrivée en Suisse. Durant l'autre mi-temps, l'assurée s'occupait de son ménage et de l'éducation de ses enfants.
4. L'assurée qui percevait pour son activité d'aide ménagère, un revenu mensuel brut de 1'297 fr. a cessé son activité professionnelle le 27 novembre 2003.
5. Dès l'année 2002, l'assurée est victime de plusieurs syncopes : à la suite de malaises, elle perd connaissance pendant de longues minutes.
6. A la demande de son médecin, le Dr. A\_\_\_\_\_, médecin gynécologue, l'assurée a consulté le Dr. B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en cardiologie. Dans un courrier du 1<sup>er</sup> décembre 2003, le Dr. B\_\_\_\_\_ relève avoir fait procéder, le 27 novembre 2003, à une lecture du Reveal qui a montré que la syncope avait été due à un arrêt cardiaque ayant duré 36 secondes et que la décision a été prise d'implanter immédiatement un pacemaker. Le Dr. B\_\_\_\_\_ précise : « En conclusion, il est maintenant possible de diagnostiquer que les syncopes sont dus ici à des arrêts cardiaques, problème qui a pu être résolu par l'implantation d'un pacemaker. »
7. Après avoir revu l'assurée en contrôle, le Dr. B\_\_\_\_\_ conclut, le 6 juillet 2004, « l'évolution cardiovasculaire récente de Madame N\_\_\_\_\_ me paraît satisfaisante après les nombreuses complications survenues suite à l'arrêt cardiaque du 26 novembre 2003. Son problème actuel principal est certainement sa situation ophtalmologique post-opératoire. »
8. A l'occasion d'un rapport médical, du 25 février 2005, à l'attention du médecin conseil de l'Office cantonal de l'assurance invalidité (ci-après l'OAI), le Dr. C\_\_\_\_\_, FMH médecine générale, relève :  
  
« Diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail :
  - Bradycardie ayant entraîné des pertes de connaissances à répétition, la première en 2002 et la pose d'un Pace Maker le 27 novembre 2003, celle-ci se complique d'une Thrombose veineuse du membre supérieur gauche ainsi que d'un pneumothorax.

- Cure chirurgicale d'un strabisme divergent de l'œil droit associé à une amblyopie profonde idiopathique (suspicion d'une rétinite à cytomégalovirus congénital) avec quasi cécité de l'œil droit.
- Accès d'hypotension orthostatique

Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail :

Depuis 2002 :

- Hypertension artérielle essentielle
- Polyarthrose
- Insuffisance veineuse périphérique stade I. »

9. Au sujet de l'incapacité de travail, le Dr C \_\_\_\_\_ relève : « au moins 20% reconnue médicalement dans l'activité exercée jusqu'à ce jour en tant que femme de ménage ;

100% à compter du 23.11.2003. »

En ce qui concerne les améliorations possibles par des mesures médicales ou des mesures professionnelles, le Dr. C \_\_\_\_\_ se prononce négativement.

10. Dans un rapport du 16 septembre 2005, le Dr. B \_\_\_\_\_ relève :

« Diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail

- Arrêt cardiaque en novembre 2003.
- Syncopes graves en 2002-2003 sur arrêts sinusaux prolongés ayant entraîné l'implantation d'un pace-maker en novembre 2003.
- Pneumothorax après implantation du pace-maker.
- Thrombose des veines sous-clavière, axillaire et humérale proximale gauches ayant entraîné un important œdème du membre supérieur gauche.
- Hypertension artérielle avec hypotension orthostatique symptomatique (vertiges, lipothymies).
- Quasi-cécité de l'œil droit.

Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail

- Obésité

- Discrète insuffisance mitrale
- Dysfonction du ventricule gauche. »

A l'occasion de ce même rapport, répondant aux questions du Dr. D\_\_\_\_\_, le Dr. B\_\_\_\_\_ précise :

« 1. Les limites fonctionnelles au plan cardiologique sont essentiellement dues à l'hypotension orthostatique symptomatique et à la faible aptitude physique.

2. La capacité de travail résiduelle comme nettoyeuse est probablement nulle

3. La capacité de travail résiduelle comme ménagère est probablement satisfaisante.

4. Depuis les syncopes, l'implantation du pace-maker et les complications survenus en 2003 je doute qu'il existe une capacité de travail résiduelle.

Je ne pense pas que les chances d'amélioration de l'état actuelle soient bonnes. »

11. A une demande d'expertise médicale formulée par l'OAI, la Dresse E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en cardiologie, relève, dans un rapport du 22 mai 2006, au niveau des diagnostics notamment un état dépressif sévère. Elle précise encore, dans l'appréciation du cas : « sur le plan purement cardiaque, l'évolution est relativement favorable avec sur le plan clinique une patiente compensée sur le plan cardiorespiratoire. Le contrôle de pacemaker effectué le 28 septembre 2005 montrait un bon fonctionnement de l'appareil en VVIR 60/130 ».
12. Au sujet des influences sur la capacité de travail, la Dresse E\_\_\_\_\_ précise que « les limitations au plan physique : la capacité fonctionnelle n'a jamais pu être évaluée en raison de la symptomatologie extrêmement démonstrative de la patiente sans traduction tensionnelle ou électrocardiographique pendant le test d'effort. A noter que pendant la scintigraphie myocardique, la patiente s'est montrée peu motivée ce qui a nécessité un test pharmacologique.

Sur le plan psychologique et mental : il est clair que lors des différents examens, Mme N\_\_\_\_\_ s'est effectivement déclarée extrêmement symptomatique, mais qu'il n'a été possible à aucun moment de mettre une corrélation entre ce qu'elle décrivait et des modifications soit électrocardiographiques, rythmiques ou tensionnelles. La patiente semble extrêmement déprimée et non motivée pour une reprise d'une activité telle qu'elle soit.

Sur le plan social, son mari est adéquat, mais a été traumatisé par la vision de sa femme qu'il décrit comme morte lorsqu'elle a fait sa pause sinusale prolongée avant l'implantation du pacemaker. Cet épisode a profondément marqué le couple. »

La Dresse E\_\_\_\_\_ précise également que « le degré d'incapacité de travail est de 100% depuis 2003. » et que « les mesures de réadaptation professionnelles sont vraisemblablement envisageables sur le plan cardiaque en théorie. Un travail à 50% en position assise sans stress, sans fumée et sans exposition au froid, ni aux interactions électromagnétiques au vu de la présence du pacemaker est envisageable. »

13. Répondant à des questions de l'OAI, la Dresse E\_\_\_\_\_ confirme, par courrier du 10 août 2006, que la recourante présente effectivement une maladie cardiovasculaire justifiant une incapacité de travail de 50%. Elle précise encore que sur le plan cardiaque, toute activité de nature administrative (classement etc...) ou manuelle, en position assise sans stress et sans fumée et sans exposition au froid ou aux interactions électromagnétiques et sans travaux en hauteur, est tout a fait envisageable.
14. Le 30 novembre 2006, l'OAI a procédé à une enquête économique sur le ménage de la recourante. A cette occasion, celle-ci a déclaré notamment avoir fait des syncopes à répétition en 2003, ce qui a nécessité la pose d'un pacemaker, avoir développé un pneumothorax et une thrombose veineuse profonde au bras gauche suite à la pose du pacemaker. Elle se plaint également de vertiges et de sensations d'essoufflement. Elle précise encore être anxieuse et déprimée et avoir une dégénérescence chorio-rétinienne de l'œil droit depuis plus de vingt ans.

L'enquêtrice a retenu un empêchement de 25% dans les travaux ménagers habituels. Ce taux a été évalué comme suit, en scindant les travaux en sept catégories et en pondérant les champs d'activité correspondant :

Description des empêchements dus à l'invalidité	Pondération du champ d'activité en %	Empêchement en %	Invalidité en %
Conduite du ménage	5%	0%	0%
Alimentation (préparation, cuisson, service, nettoyage de la cuisine, provisions)	40%	15%	6%
Entretien du logement (poussière, aspirateur, entretien des sols, nettoyage des vitres, entretien des lits, nettoyage de la salle de bains et WC)	20%	30%	6%
Emplettes et courses diverses			

(poste, assurance, services officiels, administration)	10%	10%	1%
Lessive et entretien des vêtements (laver, suspendre, ramasser, repasser, raccommoder)	20%	60%	12%
Soins aux enfants ou autres membres de la famille	5%	0%	0%
Divers	0%	0%	0%
Total	100%	%	25%

S'agissant de la conduite du ménage, l'enquêtrice a retenu que la recourante gérait cela seule. Pour les tâches liées à l'alimentation, avant novembre 2003, la recourante faisait tous les travaux de nettoyage de la cuisine, deux repas par jour étant préparés par son mari. Depuis novembre 2003, la recourante ne fait que le petit entretien léger de la cuisine, la vaisselle et les-à-fond étant faits par le mari et les enfants. Avant novembre 2003, la recourante s'occupait de tout l'entretien de l'appartement, à l'exception des vitres, et depuis novembre 2003, elle ne fait quasiment plus rien, ces travaux étant assumés par le mari et la fille. Pour les emplettes et les courses, la recourante les faisait seule avant novembre 2003 mais depuis cette date, elle va chaque samedi avec sa fille et son mari en voiture, se limitant à faire les petites courses légères d'appoint aux commerces du quartier. En ce qui concerne la lessive et l'entretien des vêtements qui étaient assumés entièrement par la recourante, ils sont effectués, depuis novembre 2003, par sa fille. Cette dernière étant adulte, la recourante est disponible pour le fils, âgé de 14 ans au moment de l'enquête, qui est toutefois déjà autonome pour ses activités extérieures au foyer.

L'enquêtrice concluait que « ses empêchements dans le ménage sont relativement importants et majoritairement dus à son bras gauche handicapé. Il a été pris en compte que son mari a le devoir de participer à certaines tâches ménagères, ainsi que dans une moindre mesure son fils de 14 ans et sa fille déjà très prise par ses études de médecine. »

15. A la demande de l'OAI, le SMR a procédé, en date du 14 août 2007, à un examen clinique rhumato-psychiatrique. A l'issue de cet examen, le Drs. F \_\_\_\_\_, rhumatologue FMH et G \_\_\_\_\_, psychiatre FMH, médecins au SMR, relèvent les diagnostics suivants :

1. avec répercussion sur la capacité de travail :

Aucuns

2. sans répercussion sur la capacité de travail :

- douleurs résiduelles du membre supérieur gauche, dans un status post-thrombose veineuse profonde
- status post-pose d'un pacemaker pour arrêts sinusaux ; persistance d'une labilité tensionnelle
- amblyopie de l'œil droit, status post-opération d'un strabisme divergent
- obésité de classe II
- déconditionnement physique
- dysthymie à début tardif, cote CIM-10.F 34.1.

Les médecins examinateurs relèvent, dans leur rapport du 26 septembre 2007, « l'examen psychiatrique au SMR ne met pas en évidence une symptomatologie psychotique ou anxieuse. L'assurée présente un sentiment d'inutilité, accompagné d'un sentiment de désespoir, avec absence de ruminations existentielles, idées noires ou même idées suicidaires. Une perte d'intérêt et du plaisir pour les activités de la vie quotidiennes et les activités habituellement agréables n'est pas constatée. En ce qui concerne la jurisprudence vis-à-vis d'un trouble somatoforme douloureux, une comorbidité psychiatrique manifeste (dans son intensité ni dans la durée) n'est pas constatée. De même, une perte d'intégration sociale ne peut pas être retenue. »

Au sujet des limitations fonctionnelles, les médecins précisent : « l'évolution clinique, l'évolution des examens complémentaires et l'examen clinique de ce jour, ne permettent pas de retenir de limitation fonctionnelle après résolution de la thrombose veineuse profonde du membre supérieur gauche.

Au niveau cardiaque, nous laissons le soin au cardiologue traitant de se prononcer sur les éventuelles limitations fonctionnelles et leur adéquation avec l'activité habituelle. A priori, l'absence d'insuffisance cardiaque, la présence d'un pacemaker fonctionnel ne devrait pas justifier de limitation dans l'activité professionnelle physiquement peu contraignante effectuée par l'assurée.

Sur le plan psychiatrique, aucune limitation fonctionnelle. »

En conclusion de leur rapport, les médecins du SMR relèvent : « concernant la capacité de travail exigible, dans l'activité habituelle d'employée dans la récupération d'argenterie ou celle de ménagère, elle est de 100% en se basant sur la récupération du membre supérieur gauche. Nous laissons au cardiologue traitant le

soin de se prononcer, à savoir si l'activité professionnelle physiquement légère décrite plus haut est à risque sur le plan cardiaque. »

16. Procédant à un nouvel examen, le Dr. H\_\_\_\_\_, médecin du SMR conclut, en date du 13 novembre 2007, que la capacité de travail de la recourante exigible dans l'activité habituelle est de 100% ainsi que dans une activité adaptée, ceci dès le 6 juillet 2004.
17. L'OAI a notifié, le 26 novembre 2007, à l'assurée un projet de décision qui a fait l'objet de transmission de nouveaux documents médicaux. Considérant qu'il n'y avait pas d'élément objectif nouveau susceptible de remettre en question le projet de décision, l'OAI a adressé, le 16 mai 2008, la décision reprenant intégralement les conclusions du projet de décision, à savoir le rejet de la demande de prestations.
18. Par courrier du 16 juin 2008, l'assurée a recouru contre la décision de l'OAI du 16 mai 2008 en concluant notamment à la recevabilité du recours, à l'annulation de la décision du 16 mai 2008 et l'octroi d'une rente entière à compter du 27 novembre 2004.
19. Par courrier du 18 septembre 2008, l'OAI a conclu au rejet du recours en se basant en particulier sur l'avis du SMR qui relève qu'il n'y a pas d'élément objectivable permettant de limiter la capacité de travail de l'assurée.
20. Entendue en audience de comparution personnelle, le 9 janvier 2009, et persistant dans ses conclusions, la recourante rappelle qu'elle a été victime, à plusieurs reprises, de syncopes et d'un arrêt cardiaque estimé à 54 secondes qui a abouti à l'implantation d'un pacemaker. Cette implantation a réduit le nombre de syncopes mais ne les a toutefois pas supprimées totalement. L'assurée relève également une quasi cécité de l'œil droit ainsi qu'un handicap du bras gauche.
21. Lors de cette même audience, la représentante de l'OAI qui persiste également dans ses conclusions de rejet du recours, précise : « Au sujet des réserves émises à la suite de l'examen clinique rhumato-psychiatrique qui mentionne en page 9 que « au niveau cardiaque, nous laissons le soin au cardiologue traitant de se prononcer sur les éventuelles limitations fonctionnelles et leur adéquation avec l'activité habituelle et la conclusion de l'expertise qui aboutit à une capacité totale de travail, je précise que cette réflexion était dictée par le fait que le Dr. B\_\_\_\_\_ avait signalé que le problème des syncopes était résolu à la suite de l'implantation du pacemaker. Je précise que le rapport du SMR joint à notre réponse au recours de Mme N\_\_\_\_\_ mentionne qu'après avoir repris l'ensemble du dossier, il n'y avait pas de limitation à prendre en compte au niveau cardiologique. »
22. Entendu en audience d'enquêtes, le Dr. C\_\_\_\_\_ relève que, en plus de malaise qui persistait malgré l'implantation d'un pacemaker, Madame N\_\_\_\_\_ a présenté un pneumothorax et une thrombose veineuse profonde, ce

qui a engendré le problème au bras gauche. Ce médecin précise encore : « Vers le mois de mai 2007, nous avons découvert que Mme N\_\_\_\_\_ souffrait du syndrome d'apnée du sommeil et d'hypopnée obstructive qui provoquent une très grande fatigue matinale et des vertiges au réveil et plus particulièrement au lever. Ce problème d'apnée du sommeil est aggravé par un état d'obésité. En plus, Mme N\_\_\_\_\_ avait un strabisme qui a fait l'objet d'une opération et qui a abouti à la perte de la vision d'un œil... L'accumulation de ces problèmes a engendré un état dépressif latent qui pourrait être qualifié de léger et pour lequel j'envisage actuellement une prise en charge par un spécialiste pour éviter son aggravation... D'une manière générale, je relève que l'évolution de l'état de santé de Mme N\_\_\_\_\_ va dans le mauvais sens en raison notamment de la découverte de l'apnée du sommeil, des problèmes circulatoires ainsi que de vertiges persistants dont l'origine est en cours d'investigation. »

Au sujet de sa capacité de travail, le Dr. C\_\_\_\_\_ déclare « En raison de l'ensemble des problèmes ressentis par Mme N\_\_\_\_\_, dont l'évolution est plutôt négative, j'estime qu'à ce jour, Mme N\_\_\_\_\_ est en totale incapacité de travail, sans pour autant « fermer la porte » pour l'avenir. Compte tenu du fait que les signes pathologiques perdurent, il me semble difficile pour Mme N\_\_\_\_\_ d'envisager la reprise d'une activité, même partielle, notamment en raison des crises dont la fréquence est soutenue. »

23. Entendu lors de la même audience, le Dr. B\_\_\_\_\_, médecin cardiologue, relève qu'il est difficile de dire que Mme N\_\_\_\_\_ est en incapacité de travail totale. Il peut toutefois constater que sa capacité résiduelle est faible et qu'elle subit également des répercussions psychologiques majeures. Le Dr. B\_\_\_\_\_ conclut : « je précise encore que Mme N\_\_\_\_\_ ne pourra probablement pas guérir de ses problèmes d'hypotension orthostatique, ce qui confirme qu'elle aura toujours, à mon avis, une capacité résiduelle de travail très faible. »
24. L'OAI ayant relevé que l'hypotension n'avait pas été objectivée dans le cadre de l'expertise, le Tribunal de céans a interpellé la Dresse E\_\_\_\_\_ à ce sujet.
25. Répondant au Tribunal, la Dresse E\_\_\_\_\_ qui n'a pas revu la recourante depuis 2006, précise que « la patiente souffrait d'une labilité tensionnelle comprenant d'une manière documentée des épisodes d'hypertension artérielle ainsi que des phases de tension artérielle basse qui ont été objectivées, les variations étant parfois particulièrement brusques, ce qui peut entraîner une symptomatologie inquiétante... En conséquence, une telle labilité tensionnelle peut avoir une répercussion sur la capacité de travail comme discuté dans le complément d'expertise du 10.08.2006, sous point 1. »
26. Sur quoi, le Tribunal a gardé la cause à juger

## **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la Loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) qui sont relatives à la Loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI ; RS 831.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, s'applique au cas d'espèce.
3. Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 60 LPGA).
4. Le litige porte sur la question de savoir si l'évaluation de la capacité ménagère a été effectuée correctement et, par conséquent, sur le taux d'invalidité de la recourante.
5. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle 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 le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 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 (art. 16 LPGA).

En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins.

En vertu de l'art. 29 LAI, 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<sup>er</sup> LPGA, mais pas avant le mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré (al. 1<sup>er</sup>). Le droit ne prend pas naissance tant que l'assuré peut faire valoir son droit à une indemnité journalière au sens de l'art. 22 LAI (al. 2). La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (al. 3).

6. Lors de l'examen initial du droit à la rente, il faut examiner quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28a LAI, en corrélation avec l'art. 27 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI; RS 831.201). Le choix de l'une des trois méthodes entrant en considération (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif ou assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel.

Pour déterminer la part de l'activité lucrative par rapport à celle consacrée aux travaux ménagers, il convient d'examiner ce que ferait l'assuré dans les mêmes circonstances s'il n'était pas atteint dans sa santé. Il faut tenir compte de la situation familiale, sociale et professionnelle, ainsi que des tâches d'éducation et de soins à l'égard des enfants, de l'âge, des aptitudes professionnelles, de la formation, des dispositions et des prédispositions. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de la situation telle qu'elle s'est développée jusqu'au moment où l'administration a pris sa décision, encore que, pour admettre l'éventualité selon laquelle l'assuré aurait exercé une activité lucrative s'il avait été en bonne santé, il faille que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 125 V 146 consid. 2c).

7. Pour évaluer l'invalidité des assurés travaillant dans le ménage au sens de l'art. 27 RAI, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacune des activités habituelles en se référant au supplément 1 aux directives concernant l'invalidité et l'impotence de l'Office fédéral des assurances sociales.

Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 128 V 93). Le seul fait que la personne désignée pour procéder à l'enquête se trouve dans un rapport de subordination vis-à-vis de l'office AI ne permet pas encore de conclure à son manque d'objectivité et à son parti pris. Il est nécessaire qu'il existe des

circonstances particulières qui permettent de justifier objectivement les doutes émis quant à l'impartialité de l'évaluation (à propos des rapports et expertises des médecins internes des assurances, cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Selon la jurisprudence, les empêchements de l'assuré doivent être évalués en tenant compte de l'aide que l'on peut exiger des membres de la famille au titre de l'obligation de réduire le dommage (ATF 130 V 97 consid. 3.2 p. 99, 123 V 230 consid. 3c et les références p. 233), une personne qui s'occupe du ménage étant tenue de faire ce que l'on peut raisonnablement attendre d'elle afin d'améliorer sa capacité de travail, par exemple en adoptant une méthode de travail adaptée ou en recourant précisément à l'aide des membres de sa famille dans la mesure habituelle (ATF non publié I 735/04 du 17 janvier 2006, consid. 6.5).

En l'occurrence, l'enquête a été dirigée par une infirmière, qui avait connaissance des affections dont la recourante souffre.

En l'espèce, la recourante qui exerçait à 50% la profession de nettoyeuse a cessé son activité professionnelle le 27 novembre 2003 et depuis n'a plus repris une quelconque activité. Lors de l'enquête ménagère, elle a indiqué qu'elle aimerait assurer un petit salaire stable pour sa famille et son fils maintenant adolescent. La recourante a encore précisé que ses empêchements dans le ménage étaient relativement importants et majoritairement dus à son bras gauche handicapé. Il a été pris en compte que son mari a le devoir de participer à certaines tâches ménagères, ainsi que dans une moindre mesure son fils de 14 ans et sa fille déjà très prise par ses études de médecine. Toutefois, l'enquête ménagère conclut à un taux d'invalidité de 25%. Il sied, en revanche, de relever que, selon son médecin traitant, la recourante présente une incapacité totale de travail.

L'enquête a scindé le champ d'activités ménagères en sept postes comme le préconise le chiffre 3086 de la circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'AI de l'Office fédéral des assurances sociales (ci-après la CIIAI). La pondération de ces postes se fait en partie selon le chiffre 3086 CIIAI, qui donne un minimum et un maximum, mais aussi sur la base de la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances, en particulier l'arrêt du 11 mars 1985, en la cause V.B., qui donne une moyenne entre les minimas et maximas à prendre en considération.

Par rapport à la conduite du ménage, à l'alimentation, aux emplettes et courses diverses, ainsi qu'au poste "divers", l'enquêtrice a retenu une pondération conforme au chiffre 3086 CIIAI et à la jurisprudence.

S'agissant des postes relatifs à l'entretien du logement, à la lessive et à l'entretien des enfants, la pondération retenue par l'enquêtrice est conforme à la moyenne jurisprudentielle de 20%.

---

Le total est bien de 100%, la pondération effectuée par l'enquêtrice est donc correcte.

L'enquête ménagère conclut à un taux d'invalidité de 25% alors que l'examen clinique rhumato-psychiatrique du 26 septembre 2007 conclut à une capacité de travail exigible dans l'activité habituelle de 100% tout en laissant au cardiologue traitant le soin de se prononcer, à savoir si l'activité professionnelle légère décrite plus haut est à risque sur le plan cardiaque. L'enquête économique sur le ménage a pris en compte que son mari a le devoir de participer à certaines tâches ménagères, ainsi que dans une moindre mesure son fils de 14 ans et sa fille. Dès lors, l'enquête ménagère conclut à un taux d'invalidité de 25% et l'OAI a retenu un degré d'invalidité de 12,50% dans la tenue du ménage, taux d'invalidité qui n'ouvre pas de droit à l'octroi d'une rente.

8. S'agissant de l'examen clinique rhumato-psychiatrique réalisé par le Dr. F\_\_\_\_\_ et le Dr. G\_\_\_\_\_, médecins du SMR a fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions des médecins examinateurs sont motivées, pour lui reconnaître une pleine valeur probante. Au sujet de la capacité de travail exigible, le rapport laisse au cardiologue traitant le soin de se prononcer, à savoir si l'activité professionnelle physiquement légère décrite est à risque sur le plan cardiaque. Toutefois interpellé sur ce point, le SMR relève, par avis médical du 14 août 2008, au sujet du courrier de la Dresse E\_\_\_\_\_ du 10 août 2006 que « le point 1. indique une capacité de travail limitée à 50% sur le plan strictement cardiaque, ce qui n'est pas correct ; la fonction cardiaque est normalisée et la présence de vertiges/lipothymies ne justifient pas de limitation de la capacité de travail. » Interrogée sur cette question, la Dresse E\_\_\_\_\_ relève une labilité tensionnelle qui peut avoir une répercussion sur la capacité de travail sans être en mesure de se prononcer sur l'importance de cette répercussion. Pour sa part, le Dr. B\_\_\_\_\_ qui avait précisé, le 1<sup>er</sup> décembre 2003, que le problème des syncopes dus à des arrêts cardiaques avait pu être résolu par l'implantation d'un pacemaker, relève, lors de son audition qu'il lui est difficile de dire que la recourante est en incapacité de travail totale. Toutefois, ce médecin peut constater que sa capacité résiduelle de travail est faible. Cependant, s'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988

p. 504 consid. 2). Le Tribunal de céans retiendra la valeur probante de l'examen du SMR et se ralliera aux conclusions de l'OAI.

9. La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2006, apporte des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En particulier, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005). Il sera donc perçu un émolument, fixé à 200 fr.

En conclusion, la décision de l'OAI sera confirmée et le recours rejeté. La recourante qui succombe, supportera les frais de justice fixés à 200 fr.

**PAR CES MOTIFS,  
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Met un émolument de 200 fr. à la charge de la recourante.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la Loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF ; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le Président suppléant

Irène PONCET

Georges ZUFFEREY

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le