

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2324/2010

ATAS/137/2011

ARRET

DE LA COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

du 9 février 2011

4^{ème} Chambre

En la cause

Madame B_____, domiciliée au Petit-Lancy

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue de Lyon 97, Genève

intimé

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Rosa GAMBA et Violaine LANDRY ORSAT,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame B_____ (ci-après l'assurée ou la recourante), née en 1957, mariée, de nationalité portugaise, a effectué quatre années de scolarisation au Portugal. Par la suite, elle a travaillé dans les champs puis comme femme de ménage. En Suisse depuis 1994, l'assurée a travaillé dans le secteur des nettoyages, en réduisant progressivement son activité. Depuis 2000, elle a cessé toute activité pour des raisons médicales.
2. Le 22 mai 2008, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OAI) visant à l'octroi d'une rente.
3. Dans le questionnaire servant à déterminer le statut, l'assurée a répondu en date du 29 mai 2008 qu'en bonne santé, elle exercerait une activité de femme de ménage à 100%, pour des raisons financières, et ce depuis toujours.
4. Dans un rapport du 2 juin 2008, le Dr L_____, spécialiste FMH en cardiologie, a diagnostiqué une maladie mitrale sur rhumatisme articulaire aigu dans l'enfance avec sténose mitrale modérée, insuffisance mitrale sévère, hypertension artérielle pulmonaire et multiples décompensations cardiaques gauche. En outre, la patiente souffre de diabète insulino-indépendant, d'hypertension artérielle, de fibrillation auriculaire et d'hypo-thyroïdie substituée. Selon le Dr L_____, la cause de l'incapacité de travail est la valvulopathie mitrale, sévère, avec de multiples décompensations cardiaques. L'incapacité de travail est de 100%. Il ne lui est pas possible de dire depuis quand cette incapacité a été signifiée, ce point devant être éclairci avec le médecin traitant de l'assurée, le Dr M_____. Le praticien a précisé que l'assurée est au bénéfice d'un traitement ambulatoire depuis le 11 juillet 1994. Le dernier traitement hospitalier a eu lieu aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) du 27 décembre 2006 au 4 janvier 2007. Le médecin relève qu'un remplacement valvulaire mitral par une valve a été effectué le 29 janvier 2007. La patiente ne peut effectuer aucun travail et son incapacité à exercer une activité professionnelle est de 100%. Compte tenu du niveau socio-éducatif de la patiente, une réadaptation professionnelle est illusoire. Le médecin a joint en annexe un résumé de l'observation établi par le Prof. N_____, médecin chef de service du département de chirurgie clinique cardiovasculaire. Aux termes de ce rapport, l'assurée a séjourné du 25 janvier 2007 au 12 février 2007 aux HUG. Les médecins ont diagnostiqué une sténose mitrale modérée avec surface indexée à 1,5 cm² et régurgitation mitrale sévère, une oreillette gauche modérément dilatée, un thrombus au niveau de l'oreillette gauche en septembre 2006, une HTAP sévère, une fibrillation auriculaire chronique, une cardioversion électrique en novembre 2006, un diabète de type II, une HTA et une hypothyroïdie substituée. La patiente a bénéficié le 29 janvier 2007 d'un remplacement valvulaire mitral par une valve mécanique St Jude 33 et d'une

procédure de Maze gauche. Les suites opératoires ont été simples et afébriles, avec ablation des drains thoraciques au deuxième jour post-opératoire sur des cicatrices calmes et propres. Les médecins rappellent la nécessité absolue d'un traitement antibiotique en cas de traitement dentaire ou même de simple détartrage. Celui-ci doit précéder, accompagner et suivre toute intervention au niveau de la cavité buccale ainsi qu'avant toute intervention pouvant provoquer une bactériémie. Il a joint également un rapport d'échocardiographie et un rapport médical établi le 15 janvier 2007 à l'attention du Dr M_____.

5. Le Dr M_____, médecin traitant, a établi un rapport en date du 19 juin 2008. Il a diagnostiqué avec effet sur la capacité de travail une prothèse mitrale et remaniement rhumatismal aortique, oreillette gauche dilatée, FA récurrente souvent mal tolérée, HTAP et HTA. Le diabète, l'hypothyroïdie et l'état dépressif sont en revanche sans influence sur la capacité de travail. Selon le Dr M_____, la patiente a arrêté d'elle-même ses activités de nettoyage en 2000 et aucune activité ne paraît envisageable. La patiente présente de nombreuses limitations fonctionnelles, qui seraient à évaluer. Il a joint divers rapports médicaux.
6. L'OAI a ordonné une expertise et mandaté le Dr O_____, spécialiste FMH en cardiologie, à cet effet.
7. Dans son rapport du 3 septembre 2009, le Dr O_____ indique que l'assurée a fait l'objet d'une consultation ambulatoire le 3 avril 2009 et d'exams spécialisés le 28 août 2009. En outre, des documents ont été obtenus des HUG en 2009. L'expert a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, une maladie mitrale d'origine rhumatismale, connue depuis 1992, avec valvuloplastie au ballonnet en 1994, puis remplacement valvulaire par une prothèse mécanique St Jude le 29 janvier 2007, une fibrillation auriculaire récidivante avec procédure de Maze chirurgicale gauche le 29 janvier 2007, puis ablation par radiofréquence le 27 mai 2009 et retour en rythme sinusal. En revanche, les diagnostics d'hypertension artérielle antérieure à 1994, diabète antérieur à 2006, et l'hypothyroïdie substituée antérieure à 2006 sont sans répercussion sur la capacité de travail. Dans l'appréciation du cas, l'expert indique que l'assurée présente toutes les complications classiques d'une maladie mitrale rhumatismale avec des lésions sévères de la valve ayant nécessité un remplacement par une prothèse et ayant entraîné une hypertension pulmonaire et une fibrillation auriculaire. L'évolution progressive et ses complications ont abouti à un handicap important et à une inactivité progressive. Actuellement, la patiente est en état stable, sans possibilité d'amélioration prévisible et elle demeure sévèrement limitée dans ses activités physiques. Seules des activités sédentaires sont envisageables, mais les possibilités de reclassement professionnel semblent très limitées en raison des limitations physiques, linguistiques et de la formation réduite de l'assurée. Sur le plan physique, les problèmes cardiaques de l'assurée ne lui permettent pas d'effectuer des efforts modérés ou soutenus ni de se déplacer rapidement. En revanche, des

activités sédentaires en position assise, avec des déplacements dans un périmètre limité de 50 à 100 mètres, sont possibles. Sur le plan psychique et mental, la patiente ne présente pas de handicap. La maladie cardiaque a empêché l'assurée de poursuivre ses activités comme femme de ménage avec une diminution progressive du taux d'activité et un arrêt depuis 2000. Les interventions n'ont pas permis d'améliorer significativement les capacités physiques de l'assurée. Selon l'expert, il est difficile d'apprécier le taux d'incapacité entre 1994 et 2006, mais il était probablement supérieur à 20%. Depuis novembre 2006, on peut considérer que la patiente présente une incapacité de travail de 100%. Une activité adaptée, sans aucun effort, pourrait être théoriquement exercée à temps complet, mais la diminution du rendement devrait être estimée en fonction de l'activité envisagée. L'échocardiographie effectuée en date du 28 août 2009 a conclu notamment à une hypertension pulmonaire sévère avec dilatation de l'artère pulmonaire et une discrète diminution de la fonction systolique du ventricule droit. Le test d'effort du 28 août 2009 a été largement sous-maximal sous bétabloquant et amiodarone cliniquement et électriquement négatif pour une ischémie du myocarde. Il y a absence d'arythmie, la fréquence cardiaque est très limitée par le bétabloquant et l'amiodarone. Une bonne adaptation de la tension artérielle à l'effort et la phase de récupération a été notée. L'aptitude physique est fortement diminuée.

8. Dans un rapport du 12 octobre 2009, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), a conclu à une incapacité de travail totale de novembre 2006 à actuellement, à une capacité de travail exigible de 0% en tant que femme de ménage, mais de 100% dans une activité adaptée dès le 1^{er} juillet 2009.
9. Une enquête ménagère a été effectuée au domicile de la patiente en date du 18 novembre 2009. L'enquêtrice a noté que selon ses dires, l'assurée aurait continué à travailler au même taux, si elle était en bonne santé. Elle s'est fondée sur la situation de 1997-1998, soit un taux d'activité de 50%, correspondant au taux d'inscription au chômage en mars 1999. Retenant un statut mixte de 50% dans la sphère professionnelle et de 50% dans la sphère ménagère, les empêchements dans la sphère ménagère ont été évalués à 24%.
10. Le 19 avril 2010, l'OAI a notifié à l'assurée un projet d'acceptation de rente, aux termes duquel l'assurée présente un degré d'invalidité de 62 % ouvrant droit à trois-quarts de rente d'invalidité dès le 1^{er} novembre 2007. Toutefois, eu égard à l'avis du SMR qui considère qu'elle présente, dès le 1^{er} juillet 2009, une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée, le degré d'invalidité ne s'élève qu'à 13,40 %, de sorte que le droit à la rente s'éteint au 30 septembre 2009.
11. Par courrier du 17 mai 2010, l'assurée s'est opposée à ce projet, motif pris qu'elle ne se sent pas capable au niveau de sa santé d'aller travailler, ne serait-ce qu'à 50 %. Elle allègue que l'OAI n'a pas pris en compte le rapport du Dr L _____, ni tous les éléments qui se sont produits entre 2008 et 2010.

12. Par décision du 23 juin 2010, l'OAI a octroyé à l'assurée trois-quarts de rente du 1^{er} novembre 2007 au 30 septembre 2009, confirmant son projet de décision du 19 avril 2010 pour le surplus.
13. Par acte du 5 juillet 2010, l'assurée a interjeté recours auprès du Tribunal cantonal des assurances (TCAS), contestant la capacité de travail de 50 % retenue par l'OAI. Elle a produit en annexe à son recours un rapport établi par le Dr L. _____ en date du 6 mai 2010, dans lequel il se dit très étonné par la décision de l'OAI refusant de reconnaître une incapacité de travail à 100 %. Il indique qu'il existe une hypertension artérielle pulmonaire déjà au repos et que l'on peut bien sûr penser que cette hypertension s'aggrave à l'effort. Il existe par ailleurs une valve mécanique ainsi qu'une anti-coagulation à vie au Sintrom, ce qui n'est pas une mince affaire. La patiente n'est plus en mesure d'effectuer des efforts physiques.
14. Par courrier du 23 juillet 2010, l'OAI a sollicité l'apport du rapport d'hospitalisation de la patiente en octobre 2009 aux HUG.
15. Selon le rapport établi le 30 octobre 2009 par le service de cardiologie des HUG, la patiente a été admise aux urgences le 19 octobre 2009, puis a été admise dans le service de cardiologie du 19 octobre 2010 au 26 octobre 2010. Les médecins ont diagnostiqué une fibrillation auriculaire avec réponse ventriculaire rapide et une hypertension artérielle pulmonaire sévère post-capillaire. Les antécédents cardio-vasculaires étaient une fibrillation auriculaire cardioversée électriquement en 2006, un status post remplacement de valve mitrale par une prothèse type St Jude No. 33 et opération de Maze en 2007 et un status post ablation de fibrillation auriculaire par isolation des veines pulmonaires en mai 2009. Au titre des comorbidités, il est mentionné un diabète de type II non insulino-requérant et comme facteurs de risque cardio-vasculaires, le diabète, la dyslipidémie, l'hypertension artérielle, l'obésité, la sédentarité et le stress. Au vu d'une hypertension artérielle pulmonaire sévère objectivée à l'échocardiographie, la patiente a bénéficié dans un premier temps d'un scanner thoracique, en vue d'exclure une maladie thromboembolique ou une pneumopathie. Un cathétérisme cardiaque droite-gauche a objectivé une hypertension pulmonaire post-capillaire sévère non réversible et un traitement de diurétique a été instauré.
16. L'OAI, dans sa réponse du 6 septembre 2010, conclut au rejet du recours, motif pris que selon le SMR, l'hospitalisation de la recourante a engendré une incapacité de travail d'un mois avant et un mois après ladite hospitalisation.
17. Le Tribunal a entendu les parties en audience de comparution personnelle le 20 octobre 2010. La recourante a expliqué que sa maladie cardiaque avait été diagnostiquée alors qu'elle vivait au Portugal, en 1992. Dans son pays, elle avait travaillé à plein temps, dans les nettoyages et les restaurants. En 1994, elle était venue en Suisse, rejoindre son mari. Elle avait travaillé à temps partiel dans des

entreprises de nettoyages, puis elle avait été employée à la cuisine dans un EMS, à 80 % probablement. Puis elle a dû progressivement réduire ses activités, car elle avait de la peine à exécuter ses tâches, en raison de son état de santé. En 2000, elle a cessé complètement ses activités, et non en 2006 comme l'expert l'a mentionné dans son rapport. Elle a précisé qu'elle n'avait pas été hospitalisée en 2010 et qu'elle était toujours en traitement auprès des Drs L_____ et M_____.

L'intimé a déclaré qu'il n'avait pas questionné à nouveau l'expert quant à la situation survenue en octobre 2009, car selon le SMR, la situation s'est stabilisée après l'hospitalisation.

18. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20).

Dès le 1^{er} janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 9 octobre 2009).

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

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales et notamment dans le droit de l'assurance-invalidité. Du point de vue temporel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 229 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1; ATF 126 V 136 consid. 4b et les références). Il y a lieu de rappeler à cet égard que les définitions de l'incapacité de travail, de l'incapacité de gain, de l'invalidité, de la méthode de comparaison des revenus et de la révision (de la rente d'invalidité et d'autres prestations durables) contenues dans la LPGA correspondent aux notions précédentes dans l'assurance-invalidité telles que développées à ce jour par la jurisprudence (ATF 130 V 343).

En l'espèce, la décision litigieuse datant du 23 juin 2010, est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004 et le 1er janvier 2008, des modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 et du 6 octobre 2006 (4^{ème} et 5^{ème} révisions). En revanche, les faits pertinents remontent à 2000 déjà. Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné jusqu'au 31 décembre 2002 à la lumière des règles en vigueur à ce moment-là et, après le 1er janvier 2003, respectivement le 1er janvier 2004 et le 1er janvier 2008, en fonction des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4^{ème} et la 5^{ème} révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

En ce qui concerne les règles de procédure, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 - LPA ; RS E 5 10).
4. Le litige porte sur le droit à la rente de la recourante, plus particulièrement sur le degré d'invalidité et la suppression de la rente au 30 septembre 2009.
5. a) 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 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 al. 1^{er} LPGA).

Selon le texte de la loi en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, l'invalidité est réputée survenue, selon l'art. 4 al. 2 LAI, dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Ce moment doit être déterminé objectivement, d'après l'état de santé de l'assuré ; des facteurs externes fortuits n'ont pas d'importance. Il ne dépend en particulier ni de la date à laquelle une demande a été présentée, ni de celle à partir de laquelle une prestation a été requise, et ne coïncide pas non plus nécessairement avec le moment où l'assuré apprend, pour la première fois, que l'atteinte à sa santé peut ouvrir droit à des prestations d'assurance (ATF 126 V 5 consid. 2b, 157 consid. 3a). S'agissant du droit à une rente, la survenance de l'invalidité se situe au moment où il prend naissance, conformément à l'art. 29 al. 1^{er} LAI, soit dès que l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins ou dès qu'il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption

notable, mais au plus tôt le premier jour du mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 2 aLAI; ATF 126 V 5 consid. 2b et les références).

Avec l'entrée en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008 de la nouvelle LAI, l'invalidité est réputée survenue, selon l'art. 4 al. 2 LAI, dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. À teneur de l'art. 29 LAI, le droit à une rente d'invalidité 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 son dix-huitième anniversaire.

b) En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version antérieure au 1^{er} janvier 2004), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% 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; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. Dès le 1^{er} janvier 2004, 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.

Par ailleurs, selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision (ATF 125 V 417 consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid.). En cas d'allocation d'une rente dégressive ou temporaire, la date de la modification du droit (diminution ou suppression de la rente) doit être fixée conformément à l'art. 88a al. 1 RAI (ATF 125 V 417 consid. 2d; RCC 1984 p. 137). Selon cette disposition, en sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2004, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès que l'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

6. a) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des

revenus; ATF 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; jusqu'au 31 décembre 2002: art. 28 al. 2 LAI; du 1er janvier au 31 décembre 2003: art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA; depuis le 1er janvier 2004: art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174).

Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. S'agissant du revenu de la personne valide, il se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé.

b) L'invalidité d'un assuré qui n'exerce que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus ou selon la méthode extraordinaire d'évaluation. S'il se consacre en outre à ses travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique pour cette activité. Ainsi, il faut évaluer d'une part l'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités (art. 27 RAI) et d'autre part l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus (art. 28 al. 2 LAI); on pourra alors déterminer l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activité. La part de l'activité professionnelle dans l'ensemble des travaux de l'assuré est déterminée en comparant l'horaire de travail usuel dans la profession en question et l'horaire accompli par l'assuré valide; on calcule donc le rapport en pourcentage entre ces deux valeurs. La part des travaux habituels constitue le reste du pourcentage (ATF 130 V 395 consid. 3.3 et les références). C'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (jusqu'au 31 décembre 2002: art. 28 al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis al. 1 et 2 RAI; du 1er janvier au 31 décembre 2003: art. 28 al. 3 LAI en corrélation avec les art. 27bis al. 1 et 2 RAI et 8 al. 3 LPGA, ainsi que l'art. 16 LPGA; depuis le 1er janvier 2004: 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).

Le choix de la méthode d'évaluation (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait - les circonstances étant par ailleurs restées les mêmes - si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. En pratique,

on tiendra compte de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, en admettant la reprise hypothétique d'une activité lucrative partielle ou complète, si cette éventualité présente un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 125 V 150 consid. 2c, 117 V 194 consid. 3b et les références).

7. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement 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, à ce motif, 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 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (ATFA non publié du 6 mai 2003, I 762/02).

En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est 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. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

8. En l'espèce, selon les rapports médicaux figurant au dossier et le rapport d'expertise du Dr O_____, il n'est pas contesté que la recourante, en raison de l'affection cardiaque sévère diagnostiquée en 1992, n'est plus en mesure d'exercer l'activité de nettoyeuse. Demeure litigieuse la question de savoir si et dans quelle mesure l'état de santé de la recourante lui permet d'exercer une activité adaptée, et, le cas échéant, depuis quand.

Le Dr M_____, médecin traitant, ne s'est pas prononcé formellement sur la capacité de travail. Il a mentionné dans son rapport à l'attention de l'intimé que la patiente avait arrêté d'elle-même son activité professionnelle depuis 2000. En revanche, il a fait état de nombreuses limitations fonctionnelles et indiqué qu'aucune activité ne lui paraissait envisageable. Quant au Dr L_____, il a attesté dans son rapport du 2 juin 2008 d'une incapacité de travail totale, sans

pouvoir en préciser le début, renvoyant sur ce point au Dr M_____. Selon le cardiologue, la patiente ne peut effectuer aucun travail et compte tenu de son niveau socio-éducatif, une réadaptation professionnelle est illusoire. Enfin, les médecins des HUG ne se prononcent pas non plus formellement sur la capacité de travail de la recourante, mais signalent, dans leurs divers rapports, des décompensations cardiaques en 2006, avec en septembre 2006, une fibrillation auriculaire.

Dans son rapport d'expertise du 3 septembre 2009, le Dr O_____ a expliqué que l'évolution progressive et les complications de la maladie mitrale (lésions sévères de la valve qui ont nécessité un remplacement par une prothèse, hypertension pulmonaire et fibrillation auriculaire) ont abouti à un handicap important et à une inactivité progressive. Selon l'expert, actuellement, la patiente est en état stable, sans possibilité d'amélioration prévisible et elle demeure sévèrement limitée dans ses activités physiques. Les problèmes cardiaques de la recourante ne lui permettent pas d'effectuer des efforts modérés ou soutenus ni de se déplacer rapidement. Seules des activités sédentaires sont envisageables, avec des déplacements limités dans un périmètre de 50 à 100 mètres, mais les possibilités de reclassement professionnel semblent très limitées en raison des limitations physiques, linguistiques et la formation réduite de l'assurée. La diminution de rendement devrait être estimée en fonction de l'activité envisagée. Il est possible que la patiente ne puisse pas parvenir à suivre une formation professionnelle en raison de ses limitations physiques sévères, de l'absence de formation antérieure et de ses capacités limitées en français. Selon l'expert, l'incapacité de travail était probablement supérieure à 20 % entre 1994 et 2006, et depuis novembre 2006, elle est de 100 %.

Le SMR, se fondant sur le rapport d'expertise, a retenu une incapacité de travail de 100 % dans toute activité depuis novembre 2006 et une capacité de travail totale dans une activité adaptée depuis le 1^{er} juillet 2009, soit plus d'un mois après l'intervention par radio-fréquence.

La Cour de céans relève que les diagnostics et les limitations physiques retenus par l'expert dans son rapport d'expertise circonstancié rejoignent ceux retenus par le médecin traitant et les spécialistes en cardiologie qui ont suivi la recourante. Sur ce point, l'expertise revêt pleine valeur probante.

S'agissant de la capacité de travail, l'expert retient une incapacité de travail totale depuis novembre 2006. Or, selon les rapports de la clinique de chirurgie cardio-vasculaire des HUG des 15 et 19 janvier 2007, il est fait état d'une fibrillation auriculaire persistante depuis le mois de septembre 2006 avec tentative de cardioversion électrique en novembre 2006 et de trois décompensations cardiaques gauches en octobre, novembre et décembre 2006. La recourante a été hospitalisée du 2 au 10 octobre 2006 (rapport HUG du 12 octobre 2006), du 27 décembre 2006 au 4 janvier 2007 et du 13 janvier au 15 janvier 2007. Dans un rapport du 23 février

2007, les cardiologues des HUG mentionnent notamment un thrombus au niveau de l'oreillette gauche en septembre 2006 et une fibrillation auriculaire chronique. En se fondant sur ces rapports médicaux, la Cour de céans considère qu'il convient de retenir une incapacité de travail totale depuis le mois de septembre 2006 déjà. Pour la période antérieure, l'expert indique que l'incapacité de travail était probablement supérieure à 20 %, sans pouvoir préciser davantage. Ce point doit être investigué, notamment après des médecins cardiologues qui suivent la recourante depuis de nombreuses années, afin qu'ils se prononcent de façon précise sur le taux et les périodes d'incapacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée, de même que sur la diminution de rendement. La Cour de céans rappelle que ces informations sont indispensables pour fixer correctement le point de départ de la rente d'invalidité. En effet, en présence d'une longue maladie et d'une incapacité de travail durable, il convient pour calculer l'incapacité de travail moyenne et le délai d'attente de procéder conformément aux chiffres 2027^{ss} de la Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité (CIIAI - et annexe II), ce que l'intimé n'a point fait.

Quant à la capacité de travail dans une activité adaptée, la Cour de céans ne saurait se rallier à l'avis du SMR. En effet, il convient de relever que la recourante a présenté de nouvelles complications après l'expertise du 3 septembre 2009, avec une hospitalisation, ainsi qu'elle l'avait signalé lors de l'enquête ménagère ; l'intimé n'a toutefois pas effectué d'instruction complémentaire. Selon le rapport des HUG du 30 octobre 2009, la recourante a été hospitalisée du 19 octobre 2009 au 26 octobre 2009 en raison d'une fibrillation auriculaire avec réponse ventriculaire rapide et d'hypertension artérielle pulmonaire sévère post-capillaire. Le SMR considère que l'évolution a été favorable, mais admet une incapacité de travail dans toute activité globalement un mois avant et après les dates d'entrée et de sortie de l'hôpital. La Cour de céans ne saurait se rallier sans autre à cette appréciation et considère que cette question doit faire l'objet d'investigations complémentaires auprès des médecins spécialistes.

Quoi qu'il en soit, c'est à tort que l'intimé a supprimé la rente d'invalidité au 30 septembre 2009, les conditions de l'art. 88a al. 1 du Règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI, RS 831.201) n'étant pas remplies.

9. Au vu de ce qui précède, la Cour de céans n'est pas en mesure de tirer des conclusions claires et définitives quant à la capacité de travail de la recourante et par conséquent de statuer sur son droit aux prestations.

Le recours est admis et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision dûment motivée.

10. L'émolument, fixé à 500 fr., est mis à la charge de l'intimé, qui succombe (cf. art. 69 al. 1bis LAI).

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet et annule la décision de l'OAI du 23 juin 2010.
3. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.
4. Met un émolument de 500 fr. à la charge de l'intimé.
5. 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

La présidente

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDE

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