

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2807/2009

ATAS/912/2010

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 8**

**du 7 septembre 2010**

En la cause

Madame I \_\_\_\_\_, domiciliée à Onex, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Karin BAERTSCHI          **recourante**

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, 1203 Genève          **intimé**

**Siégeant : Thierry STICHER, Président suppléant; Monique STOLLER FÜLLEMANN et Teresa SOARES, Juges assesseurs**

---

### EN FAIT

1. Madame I \_\_\_\_\_ (ci-après : la recourante) a déposé une demande de prestation AI pour adultes auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) le 10 juillet 2006. Née en 1954, épouse et mère de cinq enfants nés entre 1980 et 1987, la recourante est arrivée en Suisse en 1988. Elle a suivi son école primaire au Kosovo. Depuis le mois de janvier 1999, elle a travaillé comme nettoyeuse. Sa demande était motivée par des dorsolombalgies, une gonarthrose bilatérale, un conflit sous-acromial de l'épaule droite, une fibromyalgie, et un diabète.
2. Avant son invalidité, la recourante travaillait à temps partiel auprès de deux employeurs différents.
  - a) Selon questionnaire du 31 juillet 2006, l'un des employeurs de la recourante a expliqué à l'OAI l'avoir licenciée pour la fin du mois de juillet 2006 en raison d'une longue maladie, sans espoir de reprise du travail. Auparavant, elle travaillait 7 heures par semaine pour un salaire horaire de 17 fr. 35, plus indemnités pour les vacances. Le nombre d'heures de travail hebdomadaire habituel dans l'entreprise était de 44 heures.

Il ressort du compte de salaire personnel remis par l'employeur pour les années 2004 à 2006 que les salaires annuels bruts ont passablement fluctué durant cette période, ceci dans une fourchette comprise entre 1'958 fr. 30 et 4'417 fr. 10. Son dernier revenu brut annuel pour une année complète s'est élevé en 2005 à 4'089 fr. 70.

- b) Selon questionnaire du 30 octobre 2006, le second employeur précisa que le contrat de travail avait pris fin au 31 mars 2005. Précédemment, la recourante était payée à raison de 18 fr. 80 par heure. Son dernier revenu brut annuel pour une année complète (2004) s'était élevé à 4'925 fr. 60.
3. Selon une « évaluation rapide » pratiquée le 30 janvier 2006 par la Dresse L \_\_\_\_\_, rhumatologue FMH, au Centre d'expertises médicales (ci-après CEMed), la recourante souffrait de gonarthrose et de spondylo-discarthrose, justifiant l'incapacité de travail. Elle souffrait également d'obésité, d'hypertension artérielle et de diabète de type IIb. Des diagnostics cardiaques et thyroïdiens étaient à investiguer. Il n'y avait pas de comorbidité psychiatrique, selon le bref entretien que la recourante avait eu avec le Dr M \_\_\_\_\_, psychiatre. Le pronostic était défavorable vu l'intensité du syndrome douloureux et l'impasse thérapeutique.

La capacité de travail dans l'activité habituelle était de 50%, pour autant qu'il n'y ait pas d'activité à genoux plus de quinze minutes par jour et que les charges n'excèdent pas 15 kg. Dans une activité ne nécessitant pas la position à genoux, sur

des échelles, des déplacements sur terrain instable, permettant l'alternance de position et évitant les charges de plus de 15 kg, la capacité de travail était complète.

4. Le 6 mars 2006, la Dresse N\_\_\_\_\_, médecin généraliste traitant, attesta d'une incapacité de travail complète dès le 27 septembre 2009. Son diagnostic était le suivant : « 1. Cervico-dorso-lombalgies aiguës sur troubles statiques et dégénératifs de la colonne lombaire sur discopathie et protrusion discale C6-C7 et sur probable instabilité cervicale-glissement antérieur de C6. 2. Gonalgies aiguës bilatérales sur gonarthrose, arthro-fémoro-patellaire et chondropathie rotulienne. 3. Fibromyalgie. 4. Nodules thyroïdiens, suspicion de Ca au niveau de la thyroïde. 5. Diabète de type II. 6. HTA. 7. Etat anxieux important. »
5. Sur demande de l'assureur perte de gain maladie de la recourante, le Dr O\_\_\_\_\_, rhumatologue FMH, a établi une expertise le 8 mai 2006. Dans ce cadre, les diagnostics suivants furent retenus : dorsolombalgies chroniques sur déconditionnement physique ; gonarthrose bilatérale ; conflit sous-acromial de l'épaule droite ; fibromyalgie ; HTA essentielle traitée ; diabète non insulino-dépendant ; et obésité.

L'avis du Dr O\_\_\_\_\_ au sujet de la capacité de travail de la recourante était réservé. Il rejoignait l'avis de l'expertise effectuée en janvier 2006 qui reconnaissait une capacité de travail de 50 %, soit environ 2 heures de travail par jour.

Il était par contre possible pour la recourante d'effectuer à plein temps une activité ne nécessitant pas de position à genoux, de monter sur des échelles, de marcher en terrain instable, permettant une alternance de positions, et évitant les charges au-delà de 15 kilos.

6. Selon une expertise du Dr P\_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute FMH, du 11 mai 2006, la capacité de travail de la recourante était entière d'un point de vue strictement psychiatrique. Il n'y avait pas de symptômes suffisants pour rentrer dans le cadre d'un état dépressif majeur, ou même d'une dysthymie. L'état de la recourante évoquait un trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et une affection médicale générale de gravité légère, sans interférence avec la vie familiale ou la réalisation des activités de ménage.

Il était précisé que la recourante semblait peu motivée à reprendre spontanément un travail et que des facteurs socioculturels paraissaient jouer un rôle non négligeable.

7. Dans un rapport médical du 28 novembre 2006, la Dresse N\_\_\_\_\_ confirma son avis du 6 mars 2006. S'ajoutaient toutefois à son diagnostic des vertiges sur IVB. Par contre l'état anxieux n'était plus mentionné. Le tableau relatif aux limitations fonctionnelles n'était pas complété, mais il était mentionné que les travaux lourds et le port de charges lourdes étaient contre-indiqués, en raison d'importants troubles du rachis et des genoux.

Différents avis de spécialistes et rapports d'imageries étaient annexés. Il en ressortait notamment ce qui suit :

- La recourante ne présentait pas de maladie cardiaque ou coronarienne, mais plusieurs facteurs de risques cardio-vasculaires (avis du Dr Q \_\_\_\_\_, cardiologue FMH, du 16 décembre 2005).
  - Elle ne présentait pas de syndrome du canal carpien, et ses douleurs du membre supérieur ne ressortaient pas d'une cause neurogène (avis du Dr R \_\_\_\_\_, neurologue FMH, du 2 février 2006).
  - Les vertiges ne pouvaient être attribués à une cause otoneurologique, des investigations supplémentaires étant nécessaires (avis du Dr S \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en ORL et chirurgie cervico-faciale, du 7 avril 2006).
  - Selon l'avis du Dr O \_\_\_\_\_, rhumatologue FMH, du 1<sup>er</sup> décembre 2005, les plaintes de la recourante étaient évocatrices d'une fibromyalgie, un autre diagnostic étant également possible.
8. Selon un bref avis du Service médical régional pour la Suisse romande (ci-après : SMR), daté du 12 décembre 2006, dont l'identité du signataire n'est pas déchiffrable, la capacité de travail de la recourante était de 50% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée.
9. Dans le cadre d'un questionnaire servant à déterminer le statut de la recourante, cette dernière indiqua qu'elle travaillerait à long terme à 50% si elle n'était pas invalide, ceci en raison de ses besoins financiers. Il ressortait de la taxation fiscale pour l'année 2005 jointe au questionnaire que son revenu annuel brut s'était élevé à 6'048 fr.
10. Selon le rapport d'enquête économique sur le ménage du 18 février 2008, l'empêchement pour les activités de ménage s'élevait à 26,5%. Dans ce cadre, il avait été tenu compte de l'aide fournie par le conjoint et le fils. Toutefois, le conjoint était rentier AI et ne pouvait aider autant qu'il le voudrait, car il avait été amputé de plusieurs doigts.
11. Dans le cadre d'un calcul du taux d'invalidité effectué par l'OAI le 22 février 2008, il a été pris en compte un revenu annuel brut exigible avec l'invalidité de 42'736 fr. Ce revenu est fondé sur une base statistique, à savoir l'ESS 2006, dans une activité simple et répétitive, la moyenne de toutes les activités listées étant prise en compte. Ceci sur la base d'un temps de travail de 100%, sans diminution de rendement, mais avec un abattement de 15% pour tenir compte de la nécessité d'une activité légère, des limitations fonctionnelles et du taux d'occupation. Quant au revenu sans invalidité, il était basé sur le revenu de 18 fr. 80 par heure, annoncé par l'un des

employeurs. Extrapolé pour un plein temps de travail, il en résultait un revenu de 39'104 fr. Soit un revenu avec invalidité plus élevé que sans invalidité.

Ainsi, aucune mesure de réadaptation ne fut envisagée.

12. Par projet de décision du 22 février 2008, l'OAI rejeta la demande de la recourante, le taux d'invalidité de celle-ci s'élevant à 13,5 % (0 % dans l'activité salariée et 26,5% dans la tenue du ménage), soit un taux ne donnant droit à aucune rente.
13. La recourante s'opposa à ce projet de décision par courrier du 17 mars 2008, expliquant que son état de santé s'était détérioré et ne lui permettait pas de travailler. Elle joignait différents documents médicaux dont il ressortait notamment qu'elle présentait :
  - une tendinopathie à l'insertion conjointe des sus- et sous-épineux, sans image de rupture (échographie de l'épaule droite du 16 avril 2007) ;
  - une ébauche d'excroissance osseuse à la hauteur du trochiter et de l'extrémité distale de l'acromion, l'examen étant, pour le surplus normal (radiographies de l'épaule du 16 avril 2007) ;
  - deux nodules infra-centimétriques de la thyroïde au volume agrandi, la situation étant stable (avis du Dr T\_\_\_\_\_, endocrinologue FMH, du 22 mai 2007) ;
  - et, une forte myopie des deux yeux.
14. Dans un avis du 14 avril 2008, le Dr U\_\_\_\_\_ proposa de demander des précisions au médecin traitant quant à une modification de l'état de santé depuis 2006 et quant à l'état actuel de la recourante.
15. Le 25 mai 2008, la Dresse N\_\_\_\_\_ indiqua que depuis l'année 2006, les douleurs au niveau du rachis lombaire et des genoux s'étaient aggravées, que la recourante souffrait de scapulalgies de l'épaule droite sur tendinopathie et sur probable conflit sous-acromial. Des malaises fréquents étaient apparus et l'état anxieux s'était accentué. Quant à l'état actuel, la recourante se plaignait de façon continue des ses douleurs, accompagnées de blocages, de maux de tête, de malaises, d'angoisse, d'asthénie et de troubles du sommeil. Elle était sous traitement médicamenteux et avait refusé une opération des genoux.
16. Dans un avis médical du 23 juin 2008, le Dr U\_\_\_\_\_ indiqua qu'une aggravation fondée sur des plaintes n'était pas suffisante pour justifier un examen par un médecin de l'AI. En revanche, des renseignements complémentaires étaient nécessaires au sujet des malaises fréquents mentionnés par la Dresse N\_\_\_\_\_.

17. Le 25 juin 2008, la Dresse N\_\_\_\_\_ répondit de manière non spécifique à un courrier de l'OAI qui ne précisait pas que les questions posées concernaient les malaises.
18. Dans un avis médical du 4 août 2008, le Dr V\_\_\_\_\_, du SMR, indiqua qu'il n'y avait pas d'élément médical nouveau.
19. Par décision du 29 août 2009, la demande de la recourante fut rejetée, les éléments figurant dans le projet de décision du 22 février 2008 étant repris.
20. La recourante contesta cette décision auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales, par acte du 25 septembre 2008.
21. Suite à un avis du 27 octobre 2008 du Dr V\_\_\_\_\_ du SMR selon lequel l'instruction médicale du dossier avait été insuffisante sur le plan rhumatologique, l'OAI annula sa décision du 29 août 2008, et le recours fut déclaré sans objet.
22. Un examen clinique rhumatologique eu lieu le 16 mars 2009 au SMR. Il fut pratiqué par le Dr W\_\_\_\_\_, rhumatologue FMH, lequel a retenu les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail suivants : gonarthrose tricompartimentale bilatérale avec déchirure du ménisque interne droit et ancienne rupture du ligament croisé antérieur droit (M 17) ; cervico-dorso-lombalgie dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis (M 54). S'y ajoutaient les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail suivants : Troubles somatoformes douloureux ; status après PSH D (M 75) ; obésité ; diabète non insulino-requérant ; goitre euthyroïdien ; hypertension artérielle traitée.

Les limitations fonctionnelles retenues étaient les suivantes : nécessité de pouvoir alterner la position assise et la position debout deux fois par heure ; pas de soulèvement régulier de charges excédant 5 kg ; pas de port régulier de charges d'un poids excédant 12 kg ; pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc ; pas d'exposition à des vibrations ; pas de genuflexion répétée, de franchissement régulier d'escabeaux, d'échelles ou d'escaliers ; pas de position debout ou de marche de plus d'une demi-heure ; et pas de marche sur terrain irrégulier.

La capacité de travail était nulle dans l'activité de nettoyage depuis le 27 septembre 2005, mais complète dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

23. Une nouvelle enquête économique sur le ménage a eu lieu le 4 mai 2009. L'enquêtrice a mentionné que la situation n'avait pas beaucoup changé depuis la première enquête. Elle parvenait à un taux d'empêchement de 29,5 %.

24. Par projet de décision du 22 mai 2009, l'OAI, reprenant son argumentaire précédent rejeta la demande de la recourante. Il parvenait désormais à un taux d'invalidité de 15% (0 % dans l'activité salariée et 29,5 % dans la tenue du ménage).
25. La recourante s'opposa à ce projet le 24 juin 2009.
26. Par décision du 6 juillet 2009, l'OAI rejeta la demande de la recourante.
27. Le 12 juillet 2009, la Dresse N\_\_\_\_\_ écrivit au conseil de la recourante. Elle indiquait que la recourante souffrait principalement de rachialgies et de gonalgies aiguës de façon constante et handicapante, ainsi que d'une tendinopathie récidivante à l'épaule droite et de vertiges lors de mouvements de la tête. Malgré les traitements, il n'y avait pas une stabilisation adéquate de son état de santé sur le plan clinique. Son état ne lui permettait pas de reprendre un travail tant qu'il n'y aurait pas une stabilisation. Même un travail plus léger nécessitait d'être responsable et de l'effectuer de manière consciencieuse. Un stage d'observation était requis, afin que le médecin de l'AI puisse se prononcer sur des bases réelles.
28. La recourante contesta la décision du 6 juillet 2009 par acte du 5 août 2009. Elle concluait préalablement à la mise sur pied d'une expertise rhumatologique et principalement à l'annulation de la décision du 6 juillet 2009, et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, ceci sous suite de frais et dépens.

En substance, elle indiquait que l'OAI avait tenu compte des avis systématiquement défavorables de son propre service médical. Il n'aurait pas été tenu compte des avis des Dr O\_\_\_\_\_ et N\_\_\_\_\_ selon lesquels l'incapacité de travail était de 50 % au moins. Il était occulté que le CEMed avait préconisé un reclassement professionnel. La comparaison des revenus effectuée était largement critiquée. S'agissant des activités ménagères, il ne pouvait être tenu compte de l'aide apportée par la famille.

29. Le 3 septembre 2009, le SMR indiqua qu'aucun élément médical nouveau ne permettait de modifier ses conclusions précédentes.
30. Par acte du 16 septembre 2009, l'OAI proposa le rejet du recours.

Sur le plan médical, il était renvoyé à l'avis du SMR du 3 septembre 2009. Un reclassement ne pouvait être octroyé car le taux d'invalidité était inférieur à 20%. S'agissant des activités de ménage, selon la jurisprudence, la recourante avait l'obligation de réduire le dommage, ce qui impliquait qu'elle soit tenue d'adopter une méthode de travail adéquate, de répartir son travail en conséquence et de demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable. S'agissant du calcul du taux d'invalidité, celui-ci était conforme à la jurisprudence et aux directives applicables.

31. Les parties furent entendues par le Tribunal cantonal des assurances sociales le 14 janvier 2010.

La représentante de l'OAI a indiqué que la prise en compte des malaises fréquents dont se plaignait la recourante n'était pas claire et qu'il convenait d'interroger le SMR sur ce point. Elle a encore indiqué que l'OAI considérait qu'une activité dans l'industrie légère serait adaptée.

La recourante a quant à elle indiqué qu'elle ne pensait pas pouvoir effectuer un tel travail, ceci en raison de ses douleurs dorsales, d'un problème de thyroïde, de son diabète et de ses vertiges. Ces derniers survenaient une à deux fois par jour en moyenne, le plus souvent durant la matinée. Elle dormait mal et était fatiguée, ce qui engendrait les vertiges. La veille, elle était tombée et s'était cogné la tête à la suite d'un vertige. Parfois, elle avait le temps de s'asseoir avant que le vertige ne survienne.

Le Tribunal fixa un délai à la recourante pour produire un avis médical complémentaire de la Dresse N\_\_\_\_\_ portant spécifiquement sur les vertiges et les malaises en réponse aux questions du Dr U\_\_\_\_\_ du 23 juin 2008. Un délai fut également fixé à l'OAI pour la communication d'un avis du SMR sur les vertiges et les malaises.

32. Le 11 février 2010, la recourante transmis au Tribunal un courrier de la Dresse N\_\_\_\_\_ du 10 février 2010, ainsi que différents documents médicaux joints à cet avis.

La Dresse N\_\_\_\_\_ indiquait que la recourante s'était plainte, dès la première consultation le 27 septembre 2005, de vertiges remontant à 2 ou 3 mois auparavant. Plusieurs causes à l'origine des vertiges étaient évoquées. Lesdits vertiges se produisaient 2 à 3 fois par semaine. Il était indiqué que la recourante était sous traitement médicamenteux, sans qu'il soit précisé quel en était l'effet.

33. Les 8 et 9 mars 2010, la recourante déposa spontanément différents résultats d'examen médicaux dont les plus récents portaient sur un plan ophtalmologique.

34. Le 11 mars 2010, l'OAI transmis au Tribunal un avis du SMR du 4 mars 2010 émanant du Dr A\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne.

Après une discussion approfondie tenant compte des éléments fournis par la Dresse N\_\_\_\_\_, le Dr A\_\_\_\_\_ indiquait qu'il ne semblait pas que l'on puisse retenir une quelconque incapacité de travail en raison des vertiges. D'une part, ces vertiges ne semblaient pas pouvoir être mis en relation avec une quelconque pathologie de manière certaine. D'autre part dans certaines pathologies bénignes, il existait des moyens de prévention adaptés pour les éviter. Il était relevé qu'il y avait des discordances dans la fréquence des vertiges, selon les intervenants.

L'OAI déclarait se rallier à cet avis et maintenait ses conclusions tendant au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée.

35. La recourante fut invitée à répondre à la détermination de l'OAI du 11 mars 2010.
36. Par acte du 21 avril 2010, la recourante opposa l'avis de la Dresse N\_\_\_\_\_ du 10 février 2010 à celui du Dr A\_\_\_\_\_ du 4 mars 2010. Elle tirait de l'avis de la Dresse N\_\_\_\_\_ la conclusion qu'elle souffrait de plusieurs pathologies cumulées, de sorte qu'il ne saurait être question de pathologie bénignes pour lesquelles des moyens de prévention adaptés seraient disponibles et efficaces.

La recourante persista ainsi dans ses précédentes conclusions.

37. La cause fut gardée à juger le 25 mai 2010.

### **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 loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (ci-après : LPGA), entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable en l'espèce.
3. Adressé au Tribunal cantonal des assurances sociales le 5 août 2009, le recours contre la décision de l'OAI du 6 juillet 2009 intervient en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA).

Les autres conditions prévues par les art. 56 et ss LPGA étant réalisées, le recours est recevable.

4. Le litige porte sur la détermination de l'incapacité de travail et sur le calcul du degré d'invalidité.
5. Aux termes de l'art. 8 al. 1 et 3 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Les assurés majeurs qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique ou mentale et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une sont réputés invalides si l'atteinte les empêche d'accomplir leurs travaux habituels. Selon l'art. 4 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un

accident. L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut être raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte de sa santé physique ou mentale. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). 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 sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

Selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid. 1; ATF non publié du 19 avril 2002, I 554/01).

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'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des

enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 78 consid. 5).

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à 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

6. S'agissant spécifiquement de l'abattement sur le salaire statistique, il a été jugé que la réduction des salaires ressortant des statistiques ressortit en premier lieu à l'office AI, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Cela étant, le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité a, dans le cas concret, adopté dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6 p. 81; 123 V 150 consid. 2 p. 152 et les références).

La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75).

7. Pour savoir si un assuré doit être considéré comme une personne exerçant une activité à plein temps ou à temps partiel, respectivement 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. Pour les assurés travaillant dans le ménage, 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 affinités et des talents personnels. 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 faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (ATF 130 V 396 consid. 3.3, 125 V 150 consid. 2c, 117 V 194 consid. 3b et les références).

8. En vertu du principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux.

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).

Selon la jurisprudence, si la provenance et la qualité formelle des avis médicaux versés au dossier sont des facteurs permettant de pondérer la portée des différents rapports médicaux en présence, seul leur contenu matériel permet en définitive d'apprécier le droit litigieux. Aussi, un rapport médical ne saurait-il être écarté pour le seul motif qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur, comme un médecin au service du SMR (arrêts 9C\_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 5.3 et I 827/05 du 18 octobre 2006 consid. 3.2). Pour qu'un avis médical puisse être écarté, il est nécessaire qu'il existe des circonstances particulières qui permettent de justifier objectivement les doutes émis quant à l'impartialité ou au bien-fondé de l'évaluation (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b p. 352)

9. En l'espèce, l'OAI est parvenu à la conclusion que la recourante présentait un taux d'invalidité de 15 % (soit 0% dans l'activité salariée pondérée à hauteur de 50 % et 29,5 % dans la tenue du ménage également pondérée à hauteur de 50%).
  - a) La recourante ne critique pas les éléments de pondération, lesquels correspondent d'ailleurs à ses propres déclarations.

- b) S'agissant de la tenue du ménage, le Tribunal constate que la seule critique de la recourante consiste dans le fait que l'OAI a tenu compte de l'aide apportée par la famille.

Il convient toutefois de rappeler, qu'au titre de son obligation de réduire le dommage, la personne assurée est tenue notamment d'adopter une méthode de travail appropriée, de répartir son travail en fonction de ses aptitudes et de ses disponibilités et de demander, dans la mesure du raisonnable, l'aide de ses proches (ATF 133 V 504 consid. 4.2 p. 509 et les références).

Cette critique de la recourante n'est ainsi pas fondée, d'autant qu'il apparaît à la lecture de l'enquête économique du 18 février 2008 qu'il a été tenu compte des circonstances propres à la situation de l'époux de la recourante, afin de tenir compte d'une exigibilité réduite en terme d'aide de la part de ce dernier.

Il s'en suit que le taux d'incapacité dans la tenue du ménage retenu par l'OAI n'est pas critiquable.

- c) S'agissant de sa capacité de travail, la recourante reproche à l'OAI de s'être fondé sur l'avis de ses propres médecins et d'avoir ignoré les avis des Dr O \_\_\_\_\_ et N \_\_\_\_\_, de même que d'avoir occulté que le CEMed avait préconisé un reclassement professionnel.

Comme il ressort de la jurisprudence rappelée plus haut, l'avis du SMR ne saurait être écarté du seul fait qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur.

Pour le surplus, l'avis du Dr W \_\_\_\_\_ du 16 mars 2009 remplit tous les critères jurisprudentiels permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. Il est de surcroît expliqué et convainquant. Le Dr W \_\_\_\_\_ parvient à une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle de nettoyeuse et complète dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles clairement énumérées.

Contrairement à ce qu'indique la recourante l'avis du Dr O \_\_\_\_\_ du 8 mai 2006 ne lui est pas plus favorable. Au contraire, il retenait une capacité de travail de 2 heures par jour dans l'activité habituelle et une pleine capacité dans une activité adaptée à des limitations fonctionnelles moins importantes.

S'agissant de la Dresse N \_\_\_\_\_, il convient de tenir compte qu'il s'agit du médecin traitant, de sorte qu'il faut tenir compte du fait que selon l'expérience, en cas de doute, celui-ci pourrait être amené à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 353, consid. 3b/cc et les références).

Les avis de la Dresse N\_\_\_\_\_, au demeurant brefs et contenant peu d'explications ne remplissent, par ailleurs, pas les critères jurisprudentiels rappelés plus haut permettant de leur reconnaître une pleine valeur probante. De surcroît, ses avis ne contiennent pas de réelle critique de l'avis du Dr W\_\_\_\_\_, si ce n'est au sujet de la présence de vertiges ou de malaises.

Cet élément ne semblant pas avoir été suffisamment pris en compte, il a été procédé à une instruction complémentaire sur ce point. Dans ce cadre, la Dresse N\_\_\_\_\_ n'a pas fourni de réelle explication ni de réelles réponses aux questions qui se posaient sur ce point. Contrairement à ce dont se prévaut la recourante, il ne ressort pas de l'avis de la Dresse N\_\_\_\_\_ un cumul de différentes pathologies. Ce médecin semble plutôt discuter différentes origines aux vertiges, sans se prononcer au sujet d'une origine à tout le moins vraisemblable, mais également sans exclure que plusieurs facteurs entrent en ligne de compte.

Au contraire, le Dr A\_\_\_\_\_ du SMR a discuté de manière précise et détaillée la question et notamment les différentes causes de vertiges évoquées par la Dresse N\_\_\_\_\_, ceci sur la base des éléments fournis par ledit médecin. Le Tribunal s'estime convaincu par l'avis du Dr A\_\_\_\_\_, qui parvient à la conclusion de l'absence d'incapacité de travail liée aux vertiges.

A ce sujet, il sera relevé que le Dr A\_\_\_\_\_ mentionne à juste titre des variations dans la fréquence des vertiges mentionnée par les différents intervenants. Notamment, la Dresse N\_\_\_\_\_ mentionne 2 à 3 malaises par semaine, alors qu'entendue par le Tribunal, la recourante a fait état de 1 à 2 vertiges par jour.

C'est ainsi à tort que la recourante critique la détermination de l'OAI quant à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

- d) Pour le surplus, le calcul du taux d'invalidité dans l'activité salariée effectué par l'OAI n'est pas non plus critiquable, dès lors qu'il est conforme aux principes jurisprudentiels et légaux rappelés plus haut.

En particulier, il a été jugé que le fait que dans l'une ou l'autre situation le salaire d'invalidé déterminé au moyen des données ESS soit plus élevé que le revenu obtenu par l'assuré avant l'invalidité ne suffit pas à démontrer le caractère absurde de la méthode de référence aux salaires statistiques (Arrêt du Tribunal fédéral non publié du 6 février 2009 n° 9C\_704/2008).

S'agissant du revenu avec invalidité, il est fondé sur une base statistique appropriée tenant compte d'un abattement sur le revenu statistique également approprié et qui ne peut être revu par le Tribunal cantonal des assurances sociales qu'avec une certaine retenue.

S'agissant du revenu sans invalidité, le montant de 39'104 fr. pris en considération est largement favorable à la recourante, dès lors que tant ses revenus figurant dans sa déclaration fiscale pour l'année 2005 que ceux indiqués par ses employeurs sont largement inférieurs.

- e) Exempte de critique fondée, la décision de l'OAI du 6 juillet 2009 doit être confirmée
10. Le recours sera ainsi rejeté.
11. Un émolument de 200 fr. est mis à charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI)

**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

Thierry STICHER

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