

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2745/2010

ATAS/1201/2010

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 5

du 24 novembre 2010

En la cause

Madame D _____, domiciliée au Grand-Lancy

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Christine BULLIARD MANGILI et
Monique STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame D_____ (ci-après l'assurée), née en 1965, portugaise d'origine, est arrivée en Suisse durant l'année 2002. Elle a travaillé comme ouvrière agricole et, en dernier lieu, en qualité d'employée d'entretien, à temps très partiel pour la - X_____ SA, du 20 août 2004 au 19 février 2008 et à 98% pour Y_____ SA, du 23 octobre 2006 au 19 février 2008, date à laquelle elle a subi une incapacité de travail de longue durée, due à une rechute d'un accident intervenu en date du 4 septembre 2007.
2. Dans un courrier du 15 mai 2008, Y_____ SA a indiqué à l'assureur-accidents que l'assurée ne travaillait non pas 33 heures par semaine, mais 43 heures par semaine, représentant 98% d'une occupation régulière, car celle-ci avait deux contrats, l'un de 33 heures et l'autre de 10 heures.
3. Par rapport du 6 novembre 2008, le Dr L_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de l'assureur-accidents, a indiqué que l'épicondylite, dont souffrait l'assurée, était réfractaire à toutes les tentatives thérapeutiques. Le pronostic était mauvais. Il était probable que des éléments psychosociaux jouaient un rôle important dans l'évolution du cas.
4. Par rapport du 2 février 2009, le Dr M_____, spécialiste en chirurgie de la main, a posé les diagnostics d'épicondylalgies gauches post-traumatiques, ainsi que de syndrome du tunnel carpien gauche et a décrit l'intervention chirurgicale intervenue en date du 21 janvier 2009 (tunnel carpien).
5. Le 6 avril 2009, l'assurée a déposé auprès de L'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, aujourd'hui OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (ci-après OAI), une demande de prestations, tendant à l'octroi d'une rente d'invalidité et à des mesures de réadaptation professionnelle.
6. Dans un rapport du 20 avril 2009, le Dr M_____ a retenu des épicondylalgies gauches, existantes depuis le mois de septembre 2007 et ayant des répercussions sur la capacité de travail, ainsi qu'un syndrome du tunnel carpien. L'incapacité de travail était entière depuis le 21 janvier 2009 et une reprise de l'activité professionnelle initiale n'était pas envisageable dans le futur. Les limitations concernaient les activités nécessitant de la force ou des mouvements itératifs.
7. Le 24 avril 2009, Y_____ SA a informé l'OAI que l'assurée avait travaillé depuis le 23 octobre 2006 en qualité de nettoyeuse et que son dernier jour de travail effectif avait été le 18 février 2008. Elle avait présenté une totale incapacité de travail du 4 septembre au 3 décembre 2007, puis à nouveau dès le 19

février 2008. Son horaire de travail était de 33 heures par semaine depuis le 1^{er} mai 2007 et de 43 heures par semaine depuis le 1^{er} février 2008, alors que l'horaire ordinaire de travail dans l'entreprise était de 42 heures. Son salaire horaire durant le mois de janvier 2008 était de 19 fr., et il serait actuellement de 19 fr. 35, complété de 8,33% pour les vacances et d'un 13^{ème} salaire (25%). L'employeur a notamment joint les fiches de salaire de l'assurée. Par ailleurs, son activité était effectuée en position debout et assise et consistait essentiellement en lavage des sols et des toilettes, plus rarement en l'utilisation de l'autolaveuse et de l'aspirateur.

8. Dans un rapport d'intervention précoce du 6 mai 2009, un collaborateur de l'OAI a expliqué avoir proposé à l'assurée une mesure d'orientation et des cours de français, ce à quoi celle-ci avait déclaré qu'il était prioritaire pour elle de retrouver rapidement un emploi. Il a ainsi conclu qu'une mesure HESTIA de retour en emploi paraissait être une bonne opportunité pour que l'assurée maximise ses chances de retrouver une activité lucrative.
9. Par rapport du 7 mai 2009, le Dr N_____, généraliste, a diagnostiqué des épicondylalgies gauches post-traumatiques, une fasciite post-traumatique de l'avant-bras gauche et un status post-intervention chirurgicale du 21 janvier 2009, diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail, et un syndrome du tunnel carpien gauche opéré le 21 janvier 2009. L'incapacité de travail était entière dès le 19 février 2008 et une reprise de l'activité ne pouvait pas être déterminée. Le port de charges était impossible et l'utilisation du membre supérieur gauche très limitée.
10. Par communication du 19 mai 2009, l'OAI a alloué à l'assurée une mesure d'intervention précoce, sous la forme d'une orientation professionnelle, du 14 mai au 13 août 2009 auprès de la Maison HESTIA.
11. Dans un questionnaire du 15 juin 2009, - X_____ SA, a indiqué à l'OAI que l'assurée travaillait depuis le 20 août 2004 dans son entreprise. Son horaire de travail était de 6,75 heures par semaine depuis le 20 août 2004, alors que l'horaire habituel dans l'entreprise était de 45 heures par semaine. Son salaire horaire brut s'élevait à 18 fr. 25, complété par 8,33% d'indemnités de vacances. Il serait actuellement identique.
12. Dans le cadre d'un échange de courriers électroniques durant le mois de juin 2009, un consultant de la Maison HESTIA a informé l'OAI que l'assurée ne lui semblait pas apte à suivre la mesure professionnelle, attendu d'une part, qu'elle avait indiqué ne plus pouvoir effectuer d'activité manuelle en raison de ses limitations physiques et, d'autre part, qu'elle ne comprenait que difficilement le français, qu'elle ne l'écrivait pas et qu'elle n'avait pas de connaissances en informatique. L'OAI a toutefois sollicité que la mesure soit poursuivie.
13. Lors d'un entretien avec l'assurée en date du 29 juillet 2009, il s'est avéré que la mesure HESTIA s'était terminée sans succès. Le collaborateur de l'OAI a ainsi

donné les coordonnées de l'IFAGE à l'assurée, en lui demandant de s'y rendre durant la semaine en cours, afin de prendre un cours de français durant le mois d'août. L'assurée, souffrant de maux de tête, a indiqué qu'elle se rendrait à l'IFAGE le lendemain ou le surlendemain.

14. Par communication du 29 octobre 2009, l'OAI a fait savoir à l'assurée que des mesures de réadaptation professionnelle n'étaient actuellement pas indiquées.
15. Lors d'un examen du 14 décembre 2009, le Dr O _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de l'assureur-accidents, a constaté une amélioration par rapport au status décrit le 6 novembre 2008 par le Dr L _____, avec notamment une légère amélioration de la force de préhension et une récupération de la flexion du coude. En revanche, l'hypoesthésie dans le territoire du nerf médian semblait être apparue depuis cet examen. En l'état, il n'attendait pas d'amélioration grâce à la poursuite du traitement. Le médecin a estimé que la capacité de travail de l'assurée était entière dans toute activité n'exigeant pas de manutentions répétées de la main gauche et de port de charges supérieures à 10kg, estimation qui prenait en considération tant l'atteinte du coude gauche que celle du nerf médian gauche, cette dernière atteinte relevant, à son avis, d'une comorbidité neuropathique indépendante de l'accident. Toutefois, son appréciation ne tenait pas compte des éléments psycho-sociaux, lesquels ne présentaient pas de lien de causalité naturelle avec l'accident. Enfin, il ressort des déclarations de l'assurée que celle-ci était droitrière.
16. Dans un rapport intermédiaire du 18 janvier 2010, le Dr M _____ a attesté que l'état de santé de l'assurée était resté stationnaire depuis le mois de septembre 2009 et qu'elle avait souffert d'un kyste à l'annulaire gauche, lequel avait été ponctionné et infiltré le 21 septembre 2009. D'après ce médecin, sa capacité de travail était entière dans une activité adaptée.
17. Le 21 janvier 2010, le Dr N _____ a déclaré que l'état de santé de l'assurée était stationnaire depuis le mois de janvier 2009 et que l'évolution était toujours défavorable, malgré l'intervention chirurgicale. Elle présentait une capacité de travail nulle, depuis le 18 février 2008, dans la profession d'ouvrière agricole. Ses limitations fonctionnelles étaient liées à la douleur lors de l'utilisation de son membre supérieur gauche.
18. Par décision du 10 février 2010, l'assureur-accidents a informé l'assurée qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement une amélioration notable des suites de l'accident, de sorte qu'il mettait fin à la prise en charge des soins médicaux. Il subsistait une capacité de travail dans une activité adaptée à son état de santé. Pour permettre à l'assurée d'entreprendre des démarches pour trouver une activité lucrative, il allait continuer à lui verser l'indemnité journalière jusqu'au 31

mai 2010, sur la base d'une incapacité totale de travail, et allait se prononcer ensuite sur son droit à une rente d'invalidité.

19. Par avis du 4 mars 2010, la Dresse P_____, médecin auprès du Service médical régional AI (ci-après SMR), a considéré que le début de l'incapacité de travail de longue durée devait être fixé au 19 février 2008 et que l'assurée était capable d'exercer une activité adaptée à plein temps dès le 21 septembre 2009. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : pas de manutention répétée avec la main gauche et pas de port de charges supérieures à 10kg.
20. Dans un rapport du 12 mai 2010, le Dr N_____ a notamment indiqué que la capacité de travail de l'assurée était nulle dans l'activité d'ouvrière agricole, mais entière dans une activité sans utilisation de son membre supérieur gauche. Une activité était uniquement envisageable à l'intérieur, en position assise, en alternant les postures de travail, ainsi que la marche et les stations debout et assise, en excluant les contraintes de délais particuliers et en faisant des pauses supplémentaires en raison des douleurs.
21. Dans un rapport du 18 mai 2010, ce même médecin a essentiellement rappelé que la capacité de travail dans l'activité d'employée agricole était nulle, eu égard à l'impossibilité de l'assurée d'utiliser son membre supérieur gauche.
22. Le 18 mai 2010, l'OAI a signifié à l'assurée un projet de refus de prestations. Il a retenu qu'au moment de l'ouverture du droit à la rente, soit en date du 1^{er} octobre 2009, elle présentait, eu égard au rapport du SMR, une entière capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. La comparaison des gains mettait en exergue un degré d'invalidité nul, de sorte qu'elle n'avait droit ni à une rente ni à une mesure professionnelle. Il sera précisé que le revenu sans invalidité a été déterminé d'après les données des deux derniers employeurs de l'assurée et le revenu avec invalidité sur la base de l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2008 (ESS, tableau TA1, niveau 4, activité simple et répétitive) et en prenant en considération un abattement de 15%, eu égard aux limitations fonctionnelles liées à la main gauche.
23. Lors d'un entretien téléphonique du 2 juin 2010 avec l'OAI, l'assurée a contesté ledit projet de décision.
24. Le 8 juin 2010, le Dr N_____ a notamment attesté que l'assurée lui avait demandé d'intervenir auprès de l'OAI pour insister sur le fait qu'elle ne pouvait plus utiliser son membre supérieur gauche. Le médecin a précisé qu'elle devrait pouvoir bénéficier d'une mesure de réadaptation professionnelle.
25. Par décision du 21 juillet 2010, l'OAI a confirmé son projet de décision du 18 mai 2010, tout en signalant à l'assurée qu'elle pourrait bénéficier d'une aide au placement, sur demande écrite et motivée.

26. Par acte du 13 août 2010, l'assurée a interjeté recours auprès du Tribunal de céans contre cette décision, sollicitant à tout le moins qu'une mesure de réadaptation professionnelle lui soit octroyée. Elle y a joint un courrier du même jour adressé à l'intimé, dans lequel elle a informé celui-ci que son médecin traitant était choqué par cette décision et qu'il ne la comprenait pas. Subsidiairement, elle a conclu à l'octroi d'une rente mensuelle de 3'638 fr. 60 et d'une aide au placement, jusqu'à ce qu'elle ait retrouvé une activité professionnelle ou qu'une mesure de réadaptation soit mise en place.
27. Par réponse du 8 septembre 2010, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a rappelé que le Dr M _____, l'assureur-accidents et le SMR avaient tous estimé que la recourante était capable d'exercer à plein temps une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, lesquelles consistaient à éviter les manutentions répétées de la main gauche et le port de charges supérieures à 10kg. De plus, attendu que son degré d'invalidité était nul, qu'elle ne disposait d'aucune formation et ne maîtrisait pas la langue française, la recourante ne pouvait pas prétendre à une mesure de reclassement. Toutefois, une mesure d'aide au placement pourrait lui être accordée, laquelle ne pouvait débiter qu'une fois ses autres prétentions jugées.
28. Sur ce, la cause a été gardée 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. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA et 38 al. 4 let. b LPGA p.a.).
3. Le litige porte sur le point de savoir si c'est à juste titre que l'intimé a nié à la recourante le droit à une rente d'invalidité et à une mesure de reclassement professionnel.
4. a) L'art. 28 al. 2 LAI dispose que 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.

b) Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: a. sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles; b. il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable; c. au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins.

En vertu de l'art. 29 al. 1 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^{er} LPGA, mais pas avant le mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré.

5. D'après l'art. 8 al. 1^{er} LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1^{er} LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. 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 ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1^{er} LPGA).

6. a) 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 256 consid. 4 et les références).

b) Selon le 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 qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. 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 qu'enfin, 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 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références ; ATF non publié du 23 juin 2008, 9C_773/2007 consid. 2.1).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee ; ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99).

Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 20 consid. 2b; SVR 2006 IV no 10 p. 39 [arrêt Z. du 26 octobre 2004, I 457/04] consid. 4.1, 2001 IV no 10 p. 27 [arrêt S. du 8 février 2000, I 362/99]; Meyer-Blaser, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG*, p. 228).

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).

c) Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

7. En l'occurrence, l'intimé a estimé que la recourante présentait une incapacité de travail totale dans toute activité du 19 février 2008 au 21 septembre 2009, date à laquelle sa capacité de travail était à nouveau entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Pour arriver à cette conclusion, il s'est essentiellement basé sur le rapport du 14 décembre 2009 du Dr O _____, médecin d'arrondissement de l'assureur-accidents. Celui-ci a considéré que la capacité de travail de la recourante était entière dans toute activité lucrative n'exigeant pas de manutentions répétées de la main gauche et de ports de charges supérieures à 10kg, estimation qui prenait en considération tant l'atteinte du coude gauche que celle du nerf médian gauche. Il a notamment constaté une amélioration par rapport au status décrit le 6 novembre 2008 par le Dr L _____ avec notamment une légère amélioration de la force de préhension et une récupération de la flexion du coude. En revanche, l'hypoesthésie dans le territoire du nerf médian semblait être apparue depuis cet examen. Aucune amélioration grâce à la poursuite d'un traitement n'était attendue.

Le Tribunal de céans constate que ce rapport d'un spécialiste en chirurgie orthopédique se base sur un examen de la recourante, sur ses plaintes, son dossier médical et une courte anamnèse. Les atteintes somatiques et diagnostics ont également été exposés. Quant à l'appréciation du cas et aux conclusions, il est vrai qu'elles sont sommairement motivées, toutefois, elles se fondent notamment sur la comparaison des examens du mois de décembre 2009 et de ceux effectués au mois de novembre 2008 par le Dr L _____, également médecin d'arrondissement de l'assureur-accidents. On comprend que la capacité de travail s'est améliorée en raison d'une amélioration objective des résultats des examens et que les limitations fonctionnelles touchant au membre supérieur gauche ne sont pas à même de réduire la capacité de travail de la recourante, qui est droitrière.

Ce rapport est confirmé par ceux du Dr M _____, spécialiste en chirurgie de la main, notamment par son rapport du mois de janvier 2010, dans lequel il a estimé que la capacité de travail de la recourante était entière dans une activité adaptée et que son état de santé était resté stationnaire depuis le 21 septembre 2009, date à laquelle elle avait subi une ponction et une infiltration d'un kyste à l'annuaire gauche.

Quant aux divers rapports et certificats médicaux du Dr N _____, ils ne sauraient remettre en cause les rapports de ces médecins, attendu d'une part, qu'il retient les mêmes atteintes et limitations fonctionnelles que ceux-ci et, d'autre part, que ce médecin est généraliste et médecin traitant de la recourante, lequel est susceptible, d'après la jurisprudence, de prendre parti pour son patient en raison du rapport de confiance l'unissant à ce dernier.

Partant, le Tribunal de céans considère que le rapport du Dr O _____ présente pleine valeur probante au sens de la jurisprudence et que son rapport, ainsi que ceux du Dr M _____ permettent de retenir que la capacité de travail de la recourante est nulle dans toute activité lucrative dès le 19 février 2008, date du début de son arrêt de travail de longue durée, mais entière dans une activité lucrative adaptée à ses limitations fonctionnelles, dès le 21 septembre 2009, date à laquelle le Dr M _____ a déterminé que l'état de santé de la recourante n'avait plus évolué.

8. Bien que la recourante ait été incapable de travailler pendant plus d'une année jusqu'en septembre 2009, elle ne peut pas bénéficier d'une rente d'invalidité, dès lors que le droit à la rente ne peut naître au plus tôt que six mois après le dépôt de la demande, soit en l'occurrence en octobre 2009. Or, à cette date, il y a lieu d'admettre qu'elle avait déjà recouvré une capacité de travail entière dans une activité adaptée.

Toutefois, dans la mesure où elle ne peut plus exercer les activités dans lesquelles elle avait travaillé auparavant et qu'elle doit donc changer de profession, il sied de déterminer si elle subit une invalidité de ce fait.

9. a) En vertu de l'art. 28a al. 1^{er} LAI, l'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative. Cette dernière disposition prévoit que, 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.

b) Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 130 V 343 consid. 4). 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 (c'est-à-dire entre le projet de décision et la décision elle-même), doivent être prises en compte (cf. ATF 129 V 222 consid. 4.1, 128 V 174).

c) Le revenu d'invalidé 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 75 consid. 3b). 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 ou catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Un abattement global 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 75 consid. 5).

d) Le revenu sans invalidité se détermine pour sa part en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'intéressé aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence). Ce revenu 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 sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF non publié du 25 mai 2007, I 428/06 et I 429/06).

e) Enfin, le Tribunal fédéral a eu l'occasion de préciser, dans un arrêt du 19 décembre 2003 (ATF 130 V 121), que le résultat exact du calcul du degré d'invalidité doit être arrondi au chiffre en pour cent supérieur ou inférieur selon les règles applicables en mathématiques.

10. a) En l'occurrence, le droit éventuel à la rente ne pourrait s'ouvrir qu'à partir du 1^{er} octobre 2009, soit six mois après le dépôt de la demande. Il sied ainsi de se placer en 2009 pour procéder à la comparaison des revenus.

b) Le revenu sans invalidité doit être déterminé sur la base des données des deux derniers employeurs de la recourante, dans la mesure où elle travaillait tant pour Y _____ SA que pour - X _____ SA lorsque son incapacité de travail durable a débuté en février 2008. Le premier a indiqué que son horaire de travail était de 43 heures par semaine et qu'en 2009, son revenu horaire aurait été de 19 fr. 35, complété de 8,33% pour les vacances et d'un 13^{ème} salaire. Ce 13^{ème} salaire a été fixé par l'employeur conformément à l'art. 6 de la Convention collective de travail du secteur du nettoyage pour le canton de Genève (cf. décompte de salaires). En 2009, qui aurait été la 3^{ème} année de service de la recourante, le 13^{ème} salaire serait de 50%. Compte tenu de ces éléments, son salaire

annuel 2009 est de 43'265 fr. 30 ($[19,35 + (8,33\% \times 19,35)] \times 43 \text{ heures} \times 48 \text{ semaines}$), complété d'un 13^{ème} salaire de 1'802 fr. 35 ($50\% \times [43'265,30/12]$), soit un salaire global 2009 de 45'068 francs. Pour ce qui est de son second employeur, celui-ci a déclaré que la recourante travaillait 6,75 heures et que son salaire horaire 2009 serait de 18 fr. 25, complété par 8,33% d'indemnités de vacances. Ainsi, son revenu 2009 auprès de cet employeur s'élève à 6'405 fr. 55 ($[18,25 + (8,33\% \times 18,25)] \times 6,75 \text{ heures} \times 48 \text{ semaines}$). Par conséquent, en additionnant les revenus que la recourante aurait perçus chez chacun de ses deux employeurs en 2009, son revenu sans invalidité s'élève à 51'473 fr. 55.

b) Pour ce qui est de son revenu d'invalidité, il doit être établi en se fondant sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS 2008), dans la mesure où la recourante n'a pas repris d'activité lucrative. Eu égard à l'activité de substitution dans une activité sans efforts au niveau du membre supérieur gauche, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (ESS 2008, TA1, femmes, niveau de qualification 4), soit 49'392 fr. ($12 \times 4'116$), part au 13^{ème} salaire comprise. Adapté à l'indice suisse des salaires nominaux (en 2008 : 2499, en 2009 : 2552) et à la durée de travail en 2009, laquelle est de 41.7 heures, ce revenu s'élève à 52'583 fr. 20 (cf. site internet de l'Office fédéral de la statistique). Enfin, il y a lieu d'examiner s'il doit être tenu compte d'un abattement. Attendu que la recourante présente des limitations fonctionnelles concernant les manutentions répétées de la main gauche et le port de charges supérieures à 10kg, il n'y a pas lieu de s'écarter de l'abattement de 15% retenu par l'intimé. Partant, le revenu d'invalidité est de 44'695 fr. 70.

c) Ainsi, le degré d'invalidité de la recourante s'établit à 13%, taux ne lui ouvrant pas de droit à une rente d'invalidité.

11. Il convient encore d'examiner si la recourante peut être prétendre à une mesure d'ordre professionnel.

a) À teneur de l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPG) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b).

Conformément à l'art. 8 al. 1^{bis} LAI, le droit aux mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une activité lucrative préalable. Lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante.

L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent des mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital).

b) Selon l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée (al. 1^{er}).

D'après l'art. 15 LAI, l'assuré auquel son invalidité rend difficile le choix d'une profession ou l'exercice de son activité antérieure a droit à l'orientation professionnelle.

Contrairement au droit à une rente (art. 28 al. 1^{er} LAI), la loi ne dit pas à partir de quel degré d'invalidité l'assuré peut prétendre des mesures de réadaptation. Conformément au principe de la proportionnalité, le droit à une mesure déterminée doit toutefois s'apprécier, notamment, en fonction de son coût. Dès lors que le service de placement n'est pas une mesure de réadaptation particulièrement onéreuse, il suffit qu'en raison de son invalidité l'assuré rencontre des difficultés dans la recherche d'un emploi, mêmes minimales, pour y avoir droit (ATF 116 V 80 consid. 6a). En revanche, le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de l'ordre de 20% (ATF 124 V 108 consid. 2b et les références). Par ailleurs, l'assuré ne peut prétendre à une formation d'un niveau supérieur à celui de son ancienne activité, sauf si la nature et la gravité de l'invalidité sont telles que seule une formation d'un niveau supérieur permet de mettre à profit d'une manière optimale la capacité de travail à un niveau professionnel plus élevé (RCC 1988 p. 266 consid. 1).

L'orientation professionnelle, qui inclut également les conseils en matière de carrière, a pour but de cerner la personnalité des assurés et de déterminer leurs capacités et leurs dispositions qui constitueront la base permettant de choisir une activité professionnelle appropriée ou une activité dans un autre domaine, voire un placement adéquat. Y ont droit les assurés qui, en raison de leur invalidité, sont limités dans le choix d'une profession ou dans l'exercice de leur activité antérieure et qui ont dès lors besoin d'une orientation professionnelle spécialisée (Circulaire sur les mesures de réadaptation d'ordre professionnel, CMRP, p. 16, no 2001 et 2002). Dans un récent arrêt no 9C_882/2008 du 19 octobre 2009, le Tribunal fédéral a rappelé que l'orientation professionnelle se démarque des autres mesures d'ordre professionnel (art. 16 s. LAI) par le fait que, dans le cas particulier, l'assuré n'a pas encore fait le choix d'une profession. L'art. 15 LAI suppose que l'assuré soit capable en principe d'opérer un tel choix, mais que seule l'invalidité l'en empêche, parce que ses propres connaissances sur les aptitudes exigées et les possibilités disponibles ne sont pas suffisantes pour choisir une profession adaptée (Arrêt du Tribunal fédéral I 154/76 du 22 novembre 1976 consid. 2, in RCC 1977 p. 206; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, ad Art. 15 IVG). Point n'est en principe besoin de présenter une perte de gain pour bénéficier d'une telle mesure (Arrêt du Tribunal fédéral 9C_385/2009 du 13 octobre 2009).

12. a) En l'espèce, il a été établi que le degré d'invalidité de la recourante était de 13%. Elle ne peut ainsi pas prétendre à une mesure de reclassement professionnel, attendu qu'une telle mesure requiert un degré d'invalidité d'au moins 20%.

b) En revanche, elle n'est plus capable d'exercer ses activités précédentes, soit celles d'employée d'entretien ou encore d'employée agricole, eu égard à ses atteintes du membre supérieur gauche, atteintes lui réduisant le choix d'une activité professionnelle.

De plus, compte tenu de ses limitations fonctionnelles au bras gauche, de son absence de formation et de ses connaissances de la langue française apparemment limitées, il semble difficile pour la recourante de déterminer seule les aptitudes exigées par certaines professions ou les possibilités disponibles sur le marché du travail. L'intimé n'a pas non plus indiqué quelles activités professionnelles concrètes elle pourrait encore exercer, alors même que l'administration a l'obligation de le faire (ATF 107 V 20 consid. 2b = RCC 1982 p. 34; circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité - CIIAI, no 3048).

Par ailleurs, il résulte du dossier que la recourante est motivée pour débiter une activité lucrative. En effet, elle avait déjà sollicité, dans sa demande de prestations, une mesure de réadaptation professionnelle. Elle a également participé, durant les mois de mai et/ou juin 2009, à une mesure chez HESTIA. Certes, cette mesure avait été un échec. Cependant, elle ne semble pas avoir été adaptée aux facultés de la recourante, dès lors qu'elle présupposait de bonnes connaissances en français et une familiarisation avec l'informatique. Enfin, la recourante a encore sollicité, par courrier du 13 août 2010, une mesure de réadaptation professionnelle, compte tenu de son incapacité à utiliser son membre supérieur gauche.

La recourante remplit dès lors les conditions légales pour l'octroi d'une mesure d'orientation professionnelle, laquelle lui permettra d'établir un bilan de compétence et d'apprendre à cibler les activités réalisables. A l'issue de cette mesure, elle pourra déterminer les activités lui restant ouvertes.

Partant, le recours sera partiellement admis et la recourante mise au bénéfice d'une mesure d'orientation professionnelle.

13. Au vu de l'issue du recours, l'émolument de justice, fixé à 200 fr., est mis à la charge de l'intimé (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. L'admet partiellement.
3. Annule la décision du 21 juillet 2010, en ce qu'elle a implicitement refusé à la recourante une mesure d'orientation professionnelle, et la confirme pour le surplus.
4. Octroie à la recourante une mesure d'orientation professionnelle.
5. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'intimé.
6. 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

Maryse BRIAND

Maya CRAMER

La secrétaire-juriste :

Diane E. KAISER

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