

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/598/2011

ATAS/510/2012

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 12 avril 2012

8^{ème} Chambre

En la cause

Madame G _____, domiciliée à Meyrin

recourante

contre

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

intimé

Siégeant : Thierry STICHER, Président suppléant; Christine LUZZATTO et Michaël BIOT, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame G _____ (ci-après : la recourante), née en 1957, mariée et mère de trois enfants majeurs, a déposé auprès de l'Office de l'assurance invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) une demande de prestations AI pour adulte, en date du 22 février 2010, en raison de problèmes lombaires existant depuis le mois d'octobre 2007.
2. La recourante a travaillé en qualité de femme de ménage jusqu'au 20 août 2007 à raison de 20 heures par semaine. Son employeur a indiqué que sans atteinte à sa santé, la recourante gagnerait 18 fr. 20 par heure plus 0 fr. 30 de 13^{ème} salaire, plus 8,33% à titre d'indemnisation des vacances.

Le contrat de travail avait été résilié au 31 janvier 2008.

De langue maternelle albanaise, la recourante a de bonnes notions de français. Elle a suivi l'école obligatoire au Monténégro et n'a pas d'autre formation. Arrivée en Suisse en 1985, elle avait toujours travaillé comme femme de ménage.

3. Dans un rapport médical du 17 mars 2010, la Dresse L _____, médecine générale FMH, posa les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de lombalgies chroniques depuis 2007, canal lombaire étroit et arthrose étagée.

L'incapacité de travail avait été complète du 28 août 2007 à la mi-février 2008 puis de 50% jusqu'au 31 mars 2008 et à nouveau complète en avril 2008. La reprise de travail faisait suite à l'avis du Dr M _____, demandé par l'assureur perte de gain, du 12 février 2008. Par la suite, la recourante avait été suivie par la Dresse N _____.

S'agissant des limitations fonctionnelles, la recourante ne pouvait exercer d'activité en position uniquement debout, ni principalement en marchant, ni encore se pencher ou travailler avec les bras au-dessus de la tête, ou encore accroupie ou à genou. Elle ne pouvait porter des poids, monter sur une échelle ou monter des escaliers. Le port de poids était limité à 5 kilos.

4. La Dresse N _____ compléta le 15 avril 2010 le rapport médical que lui avait adressé l'AI. Elle posa le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de lombosciatalgies bilatérales fluctuantes sur canal lombaire étroit, prédominant en L5-S1. Elle indiqua que la recourante présentait des lombalgies depuis 2007, devenant de plus en plus invalidantes. Une IRM avait montré d'importants troubles dégénératifs avec un canal lombaire étroit. Elle prenait des anti-inflammatoires et des antalgiques depuis 2008 et faisait de la physiothérapie à sec et en piscine.

L'incapacité de travail était complète en qualité de nettoyeuse depuis le mois de juin 2008, mais la recourante pourrait en théorie exercer une activité plus légère

respectant ses limitations fonctionnelles à savoir l'incapacité à effectuer des travaux lourds et à porter des charges ou à se pencher en avant.

Un rapport d'IRM du 18 septembre 2007 était joint.

5. Un examen rhumatologique eut lieu le 14 juin 2010 au SMR et fut pratiqué par le Dr O_____, spécialiste FMH en rhumatologie, médecine physique et rééducation.

Dans son rapport du 22 juin 2010, le Dr O_____ a retenu les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail suivants :

- Lombosciatalgies bilatérales, non déficitaires, dans un contexte de canal lombaire étroit étagé, prédominant en L3-L4, de type mixte. M54.4 ;
- Tendinites de Quervain au poignet droit.

Le Dr O_____ conclut à une incapacité de travail totale depuis le 21 août 2007 dans l'activité habituelle d'employée d'entretien et une capacité complète depuis le mois d'octobre 2007 dans une activité compatible avec ses limitations fonctionnelles, lesquelles sont les suivantes : pas de mouvements répétés de flexion/extension, pas d'attitude en porte-à-faux, pas de port de charge au-delà de 10 kilos, pas de position statique debout au-delà de 30 minutes, assise au-delà de 1 heure, pas de mouvements répétitifs du pouce droit, pas de port de charge en mono-manuel droit au-delà de 2 kilos. L'activité adaptée devait être traduite en termes de métier par un spécialiste en réadaptation.

Le Dr O_____ s'écartait de l'avis du Dr M_____, lequel avait indiqué dans son rapport du 12 février 2008 que la recourante souffrait d'un syndrome somatoforme douloureux sur lequel pouvait s'ajouter un syndrome dépressif post-traumatique et avait conclu à une reprise progressive de l'activité professionnelle dès le mois de février 2008, reprise qui n'avait pas eu lieu. Le Dr O_____ relevait que l'avis du Dr M_____ n'était pas suffisamment expliqué.

Des radiographies lombaires furent pratiquées le 22 juin 2010 et conclurent à l'absence de discopathie, à une arthrose des massifs articulaires postérieurs prédominante en L5-S1 susceptible de réduire le diamètre des trous de conjugaison, ainsi qu'à une vertèbre transitionnelle appartenant à une tendance à la lombalisation de S1 et à une spondylose de L3, L4 et L5.

6. Une enquête économique sur le ménage eu lieu le 22 octobre 2010. L'enquêtrice a pris en compte le fait que la recourante travaillait à 50% dans une entreprise de nettoyage avant l'atteinte à sa santé et a conclu à un taux d'invalidité dans la tenue du ménage de 19%.

Aux termes de cette enquête, la recourante avait un empêchement de 10% s'agissant du poste alimentation, étant précisé qu'elle était aidée par sa famille, ladite aide étant exigible. L'empêchement pour l'entretien du logement était de 50% compte tenu également de l'aide de la famille. L'empêchement pour les courses était de 5%, dès lors que la recourante ne pouvait faire seule que les courses d'appoint. L'empêchement pour la lessive était de 15%, compte tenu de l'aide exigible de la belle-fille. L'empêchement pour les tâches diverses était de 10%.

7. Par projet de décision du 3 décembre 2010, l'OAI refusa à la recourante tant les mesures professionnelles que le droit à la rente.

Selon l'OAI, le degré d'invalidité total s'élevait à 10%, soit un taux insuffisant à l'octroi de prestations.

Sur le plan professionnel, compté à hauteur de 50%, le revenu avec invalidité était supérieur au revenu sans invalidité, compte tenu de la prise en compte des éléments statistiques de l'enquête suisse sur la structure des salaires, tableau TA1, ligne totale, niveau 4, pour une femme et d'un abattement sur le salaire statistique de 10%.

Ainsi, sur le plan professionnel, le taux d'invalidité était nul.

Quant aux travaux habituels, le taux d'invalidité s'élevait à 10%, soit l'empêchement à hauteur de 19% dans les travaux habituels, pris à hauteur de 50% au titre de cette activité.

8. En l'absence d'opposition, cette décision fut confirmée le 28 janvier 2011.
9. La recourante contesta cette décision par acte adressé à la Chambre des assurances sociales par pli postal du 28 février 2011, demandant que son dossier soit réexaminé.

Elle indiquait avoir déposé sa demande de prestations AI par nécessité parce que son état de santé ne lui permettait plus de reprendre son activité professionnelle. Elle n'avait pas déposé immédiatement sa demande de prestations, dans l'espoir d'une amélioration qui n'avait finalement pas eu lieu.

S'agissant de son activité professionnelle, celle-ci avait débuté en 2006 à raison de 25% et avait été assez vite portée à 50%.

S'agissant des tâches ménagères, elle précisait vivre avec son mari, son fils et sa belle-fille ainsi que leurs enfants. Sa belle-fille s'occupait de l'entretien de la maison, de la préparation des repas et de la lessive, notamment.

Elle ne pouvait pas effectuer le repassage en raison des douleurs à la main droite et avait subi une intervention chirurgicale le 14 décembre 2010 à ce sujet. Sur conseil

de ses médecins, elle effectuait des exercices physiques, toutefois cela ne soulageait pas ses douleurs, de sorte que son traitement était médicamenteux.

10. L'OAI se détermina par acte du 8 mars 2011, concluant préalablement à la production d'un rapport d'hospitalisation relatif à l'intervention chirurgicale subie le 14 décembre 2010, dont elle n'avait pas connaissance. Ses conclusions étaient pour le surplus réservées.
11. Le protocole opératoire de l'intervention du 14 décembre 2010 fut produit par la recourante.

Ce document décrit l'intervention pratiquée, mais ne contient aucune évaluation de la capacité de travail et des limitations fonctionnelles.

12. Par acte du 26 mai 2011, l'OAI sollicita la production d'un rapport médical post-opératoire habituel à 3 ou 6 mois comportant l'évaluation objective après rééducation pertinente des éventuelles limitations fonctionnelles résiduelles.
13. La Chambre des assurances sociales requit la production d'un tel rapport directement auprès de la Dresse P _____, laquelle a pratiqué l'intervention.
14. Ledit médecin répondit le 14 août 2011, indiquant avoir suivi la recourante du 26 août 2010 au 24 mars 2011 en raison d'une ténosynovite sténosante de Quervain, douloureuse et invalidante au poignet droit ayant fait l'objet de l'intervention du 14 décembre 2010 avec une bonne évolution post-opératoire.

Lors de la dernière consultation qui a eu lieu le 24 mars 2011, la recourante ressentait encore une hypersensibilité dans le territoire du nerf radial sensitif. Les douleurs dues à l'inflammation des tendons avaient disparu et l'évolution était habituelle et normale. S'agissant du poignet, il n'y avait pas de limitation fonctionnelle à une reprise de travail.

15. Par acte du 7 décembre 2011, l'OAI conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision entreprise.

Selon son SMR, la capacité de travail exigible pour une activité adaptée à traduire en termes de métier par un spécialiste en réadaptation restait inchangée.

Il était par ailleurs notamment rappelé l'obligation pour l'assurée de réduire son dommage et précisé que l'aide apportée par la famille était exigible.

16. Les parties furent entendues en audience le 3 novembre 2011.

La recourante confirma son recours. Elle expliqua qu'au moment de l'enquête économique sur le ménage, elle avait trois doigts immobilisés, alors que désormais, c'était surtout le dos qui était handicapant. Interrogée sur certains points

spécifiques, elle fit des déclarations confirmant l'enquête économique sur le ménage. Elle précisa que ses douleurs se situaient principalement au bas du dos, mais que depuis peu, elle avait des douleurs au niveau des épaules, parfois aux jambes. Enfin, la recourante produisit un avis de la Dresse L_____, daté du 27 octobre 2011, indiquant notamment que les lombalgies s'étaient accentuées dernièrement, en dépit des traitements. Il était fait état d'une incapacité de travail complète justifiant la démarche pour une rente AI. La Dresse L_____ n'évoquait toutefois pas la question d'une capacité de travail dans une activité adaptée.

La représentante de l'OAI expliqua que le SMR mentionnait souvent que l'activité adaptée devait être traduite en termes de métier par un spécialiste car il n'appartenait pas au médecin d'indiquer le type d'activité exigible, mais uniquement les limitations fonctionnelles. Il existait suffisamment d'activités susceptibles d'entrer en considération, vu les limitations fonctionnelles qualifiées de relativement légères, de sorte que le recours aux statistiques se justifiait.

17. A l'issue de l'audience, les parties ne requièrent pas d'acte d'instruction, de sorte que la cause fut gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice 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) 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 à la Chambre des assurances sociales de la Cour de Justice par pli postal du 28 février 2011, le recours contre la décision de l'OAI du 28 janvier 2011 intervient en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA).

L'acte de recours doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que les conclusions (art. 61 lit. b LPGA). L'acte du 28 janvier 2011 satisfait à ces conditions, puisque l'on comprend que la recourante y conteste la décision de l'OAI et demande que son dossier soit réexaminé.

Le recours est ainsi recevable.

4. Le litige porte sur l'octroi de prestations de l'assurance invalidité, et plus particulièrement sur la détermination du taux d'invalidité de la recourante.
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. 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 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).

La jurisprudence a déterminé trois méthodes d'évaluation du degré de l'invalidité, dont l'application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente: assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel. Pour déterminer la méthode applicable au cas particulier, il faut à chaque fois se demander ce que l'assuré aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue (ATF 137 V 334, consid. 3).

Chez les assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, il y a lieu de déterminer l'ampleur de la diminution des possibilités de gain de l'assuré, en comparant le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide 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; c'est la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 1 LAI en corrélation

avec l'art. 16 LPGA [RS 830.1]) et ses sous-variantes, la méthode de comparaison en pour-cent (ATF 114 V 310 consid. 3a p. 313 et les références) et la méthode extraordinaire de comparaison des revenus (ATF 128 V 29; voir également arrêt 9C_236/2009 du 7 octobre 2009 consid. 3 et 4, in SVR 2010 IV n° 11 p. 35).

Chez les assurés qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une, il y a lieu d'effectuer une comparaison des activités, en cherchant à établir dans quelle mesure l'assuré est empêché d'accomplir ses travaux habituels; c'est la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 8 al. 3 LPGA et 27 RAI [RS 831.201]). Par travaux habituels, il faut notamment entendre l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique (cf. art. 27 RAI).

Chez les assurés qui n'exerçaient que partiellement une activité lucrative, l'invalidité est, pour cette part, évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus. S'ils se consacraient en outre à leurs travaux habituels au sens des art. 28a al. 2 LAI et 8 al. 3 LPGA, l'invalidité est fixée, pour cette activité, selon la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité. Dans une situation de ce genre, il faut dans un premier temps déterminer les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels, puis dans un second temps calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité en question; c'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI; voir par ailleurs ATF 131 V 51 consid. 5.1.2 p. 53).

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'invalidité 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. 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).

Bien que les rapports d'examen réalisés par le SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI ne soient pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA et ne soient pas soumis aux mêmes exigences formelles (ATF 135 V 254 consid. 3.4 p. 258), ils peuvent néanmoins revêtir la même valeur probatoire que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences, définies par la jurisprudence, qui sont posées à une expertise médicale (arrêt 9C_204/2009 du 6 juillet 2009 consid. 3.3.2 et les références, passage non publié in ATF 135 V 254). Même en tenant compte de la jurisprudence récente de la Cour européenne des droits de l'homme, il n'existe en effet pas, dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales, de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.3 p. 468). Cela étant, il convient d'ordonner une expertise si des doutes, mêmes faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des

constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.6 p. 471). Une évaluation médicale complète ne saurait toutefois être remise en cause pour le seul motif qu'un ou plusieurs médecins ont une opinion divergente. Pour qu'il en aille différemment, il y a lieu de mettre en évidence des éléments objectivement vérifiables - de nature notamment clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'évaluation et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé du point de vue attaqué ou établir le caractère incomplet de celui-ci (arrêt 9C_578/2009 du 29 décembre 2009 consid. 3.2).

Quant au médecin traitant, 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 (ATF 125 V 353, consid. 3b/cc et les références).

7. 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).

Il sera toutefois précisé que les 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).

8. En l'espèce, il est suffisamment établi au plan médical que la capacité de travail de la recourante est nulle dans l'activité habituelle de nettoyage, mais entière dans une activité adaptée.

En effet, cette appréciation du Dr O _____ du SMR revêt une pleine valeur probante au sens rappelé plus haut. Il explique de surcroît les motifs le conduisant à s'écarter de l'avis du Dr M _____. Par ailleurs, la Dresse N _____ indiquait déjà, dans son avis du 15 avril 2010, que la recourante pourrait en théorie exercer une activité plus légère respectant ses limitations fonctionnelles.

Quant à l'avis de la Dresse L _____ du 27 octobre 2011, il se borne à expliquer que la capacité de travail est nulle, sans préciser quel est son avis au sujet de la capacité de travail dans une activité adaptée. A cela s'ajoute qu'elle fait état d'une aggravation récente, soit postérieure à la décision entreprise.

Il convient encore de constater que suite à l'avis du Dr O _____, la recourante a été opérée de la tendinite de Quervain au niveau du poignet droit et se plaint désormais principalement de douleurs au bas du dos (sous réserve de douleurs au niveau des épaules et des jambes, « depuis peu », soit également postérieurement à la décision entreprise).

Ainsi, il apparaît que les limitations retenues par le Dr O _____, mais également dans le cadre de l'enquête économique sur le ménage (faite alors que la recourante avait trois doigts immobilisés), avaient plutôt diminué au moment de la décision litigieuse, qui fixe l'objet du litige (ATF 121 V 362, consid. 1b).

9. Ceci étant, la Chambre des assurances sociales constate que tant le Dr O _____ dans son rapport du 22 juin 2010, que notamment l'avis médical du SMR sur recours du 5 septembre 2011 font état d'une activité adaptée « à traduire en termes de métier par un spécialiste en réadaptation ».

D'ailleurs, la Dresse N _____, dans son avis du 15 avril 2010, fait état d'une capacité de travail « théorique » dans une activité plus légère respectant les limitations fonctionnelles.

Or, quand bien même il appartient à l'assureur de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires (art. 43 al. 1 LPGA), l'OAI n'a pas fait appel au spécialiste en réadaptation préconisé par son SMR.

Entendue en audience sur ce point, la représentante de l'OAI a expliqué qu'il n'appartenait pas au médecin d'indiquer le type d'activité exigible, mais uniquement les limitations fonctionnelles, raison pour laquelle le médecin indique souvent qu'il convient de faire appel à un spécialiste en réadaptation.

A vrai dire, une telle affirmation conforte la Chambre des assurances sociales à considérer que les services d'un tel spécialiste sont nécessaires.

Dès lors que le médecin ne se prononce pas sur ce point, l'appréciation selon laquelle, au vu des limitations fonctionnelles qualifiées de « somme toute relativement légères » – ce dont on peut douter, la recourante ne pouvant garder une position statique plus de 30 minutes et une position assise plus d'une heure –, il existe suffisamment d'activités susceptibles d'entrer en considération, apparaît quelque peu hasardeuse.

Quant à l'usage des statistiques ESS, ces dernières ne servent qu'à fixer le montant du gain que l'assuré pourrait obtenir sur un marché équilibré du travail, en mettant pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail dans un emploi adapté à son handicap. Elles ne dispensent toutefois pas les organes de l'AI de procéder à un examen concret des activités à la portée de l'assuré (Michel VALTERIO, « Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI) », § 2122, p. 567 et les références citées).

En conséquence, c'est en violation de l'art. 43 al. 1 LPGA que l'OAI a fait l'économie de l'avis du spécialiste en réadaptation, pourtant préconisé par le SMR.

De la sorte, il convient de renvoyer le dossier à l'OAI, afin qu'il sollicite l'avis d'un spécialiste en réadaptation qui, en cas de nécessité mettra sur pied une observation professionnelle, étant rappelé qu'il appartiendra à ce spécialiste de travailler en étroite collaboration avec le médecin du SMR.

10. Le recours sera ainsi partiellement admis et le dossier renvoyé à l'OAI pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
11. Un émolument de 500 fr. est mis à charge de l'OAI, qui succombe (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 partiellement.
3. Annule la décision de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE du 28 janvier 2011.
4. Renvoie le dossier audit office pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
5. Met un émolument de 500 fr. à la charge de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE.
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

Le président suppléant

Isabelle CASTILLO

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