

EN FAIT

1. Mme M_____ (ci-après : l'assurée), née en 1959, de nationalité suisse, célibataire, sans formation, a travaillé comme chauffeuse pour X_____ (transport de personnes âgées) à 50 % depuis le 2 septembre 1991.
2. Le 7 mars 2009, l'assurée a ressenti une violente douleur au genou gauche en descendant un escalier. Un IRM des deux genoux des 22 et 23 septembre 2009 a révélé, s'agissant du genou droit, une importante arthrose fémoro-tibiale interne et fémoro-patellaire et, s'agissant du genou gauche, une gonarthrose très sévère au détriment du compartiment fémoro-tibial interne associée à une chondropathie grade III-IV, une usure subtotale de la corne postérieure du ménisque interne et une gonarthrose fémoro-patellaire associée à une ostéophytose marginale.
3. L'assurée a été en incapacité totale de travailler depuis le 9 mars 2009, prise en charge par HELSANA, assureur perte de gain.
4. Le 16 juin 2009, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité en raison de douleurs aux genoux et d'obésité.
5. Le 6 juillet 2009, la Dresse A_____, FMH médecine interne, a rempli un rapport pour HELSANA dans lequel elle a diagnostiqué une gonarthrose sévère des deux genoux provoquant des douleurs et une obésité entraînant une incapacité totale de travail. Un travail moins pénible était envisageable à 50 % (travail de bureau).
6. Le 24 juillet 2009, la Dresse A_____ a rempli un rapport médical AI attestant d'une gonarthrose sévère bilatérale depuis 2005 et d'une obésité morbide. Elle suivait l'assurée depuis le 31 mars 2009. L'incapacité de travail était totale depuis le 9 mars 2009 en raison des limitations de mouvements et des douleurs.
7. Le 24 septembre 2009, la Dresse B_____, FMH médecine interne, a rempli un rapport médical AI dans lequel elle a diagnostiqué une gonarthrose bilatérale décompensée suite à un traumatisme en 2009, une obésité morbide et un épisode dépressivo-anxieux. Elle suivait l'assurée depuis le 12 mai 2009. La station debout et les déplacements étaient limités.
8. Le 7 janvier 2010, le mandat IP a été clos sans mesures d'ordre professionnel. Le rapport d'évaluation du 7 janvier 2010 a conclu à des cours de mise à niveau informatique et une formation dans le secrétariat.
9. Par communication du 11 janvier 2010, l'OAI a renoncé à des mesures de réadaptation d'ordre professionnel.

10. Le 19 janvier 2010, la Dresse A_____ a rempli un rapport médical intermédiaire et en signalant un état stationnaire avec un état dépressif réactionnel traité depuis septembre 2009. Il existait des douleurs à la mobilisation des genoux et l'incapacité de travail était totale dans l'ancienne activité.
11. Le 15 février 2010, la Dresse B_____ a indiqué un état de santé stationnaire avec en sus une hypertension artérielle sans répercussion sur la capacité de travail. L'amélioration était discrète au niveau thymique. La reprise de travail dépendait des gonalgies et du poids.
12. Le 19 février 2010, la Dresse A_____ a indiqué à HELSANA que l'incapacité de travail était totale et qu'un travail administratif à 50 % était possible.
13. Le 30 avril 2010, le Dr C_____, FMH chirurgie orthopédique, a écrit à la Dresse A_____ que vu le jeune âge de l'assurée une mise en place de prothèse totale était contre-indiquée, et qu'une perte pondérale était nécessaire pour la soulager et permettre la reprise d'une activité de chauffeuse.
14. Le 6 juin 2010, le Dr C_____ a rempli un rapport médical AI attestant de gonarthrose bilatérale invalidante nécessitant la mise en place d'une PTG bilatérale.
15. Le 17 mai 2010, une radiographie des genoux a été effectuée concluant à une gonarthrose bilatérale sévère avec des signes dégénératifs au niveau des compartiments externes.
16. Le 16 juin 2010, la Dresse A_____ a indiqué à HELSANA que l'amélioration dépendait de l'existence d'une perte importante de poids. Un travail à 50 % de type administratif était possible, voire la conduite d'un véhicule sans devoir y entrer et sortir constamment.
17. Un rapport de l'inspecteur des sinistres de l'HELSANA du 13 juillet 2010 a relevé que l'assurée a renoncé à un by-pass mais envisageait un anneau gastrique, qu'elle devrait se faire poser des prothèses aux genoux mais ne pouvait le faire en raison de son surpoids, et qu'elle ne pouvait presque pas se déplacer avec ses cannes, vu son poids. La capacité de travail proposée par la Dresse A_____ paraissait impossible et il fallait laisser agir l'AI.
18. Le 13 octobre 2010, le Dr C_____ a précisé qu'il n'avait vu l'assurée qu'une fois le 20 avril 2010.
19. Le 13 décembre 2010, le Dr D_____ du SMR a estimé que la gonarthrose n'allait pas régresser, même si l'assurée perdait du poids de sorte qu'une activité lourde était proscrite telle celle de chauffeuse. L'exigibilité d'une activité à 50 % telle que proposée par la Dresse A_____ paraissait raisonnable et exigible depuis février 2010 au moins.

20. Le 3 juin 2011, la réadaptation professionnelle a proposé la prise en charge du stage d'orientation professionnelle aux EPI.
21. Par communication du 17 juin 2011, l'OAI a pris en charge un stage d'orientation professionnelle aux EPI du 20 juin au 18 septembre 2011.
22. Par communication du 27 septembre 2011, l'OAI a pris en charge un stage secteur Espace aux EPI du 3 au 30 octobre 2011.
23. Le 16 novembre 2011, les EPI ont rendu un rapport d'orientation professionnelle concluant à une réadaptation possible dans un emploi à 50 % en position assise avec un rendement de 50 à 70 % comme aide de bureau, réceptionniste dans un EMS ou ouvrier à l'établi. L'assurée avait un taux de présence de 100 % du 20 juin au 28 septembre 2011, soit lors de la période intramuros (39 jours) et de la période en entreprise (55 jours). L'assurée était apte à intégrer le milieu économique normal.

Elle avait suivi un stage du 3 au 14 octobre 2011 dans l'EMS Y_____, à 50 %, comme employée de bureau avec un bon résultat et un rendement dans la norme.
24. Le 15 mars 2012, la réadaptation professionnelle a fixé le degré d'invalidité de l'assurée à 48,5 % soit un revenu sans invalidité de 40'747 fr. et un revenu d'invalidité de 20'996 fr. correspondant à l'ESS 2010, TA1, femme, niveau 4, à 50 %, avec une déduction de 20 %.
25. Le 13 mai 2103, l'OAI a rendu un rapport d'enquête économique sur le ménage retenant un statut mixte de 50 % active et un degré d'invalidité de 22,5 %.
26. Par projet de décision du 27 mai 2013, l'OAI a refusé des mesures professionnelles et une rente d'invalidité à l'assurée au motif que le degré d'invalidité global était de 35 %, soit 24 % dans l'activité professionnelle exercée à 50 % (empêchement de 49 %) et de 10 % dans les travaux habituels (empêchement de 21 %).
27. Le 21 juin 2013, l'assurée a observé qu'elle se déplaçait avec deux cannes, qu'elle souffrait continuellement, qu'elle luttait pour perdre du poids, qu'elle ressentait de la fatigue, qu'elle avait besoin d'aide pour le quotidien, notamment les courses, qu'il lui était impossible de travailler à 50 %, et que, d'ailleurs, il avait été très difficile de lui trouver un stage eu égard à son handicap.
28. Par décision du 15 juillet 2013, l'OAI a rejeté la demande de prestations.
29. Le 28 août 2013, la Dresse A_____ a attesté d'une capacité de travail de 25 % de l'assurée dans une activité adaptée (travail assis), et du fait que l'état dépressif s'était aggravé depuis quelques semaines.
30. Le Dr E_____, FMH rhumatologie, a indiqué (courrier non daté et non signé) que la capacité de travail de l'assurée était de 0 % lors de la dernière consultation

en décembre 2012, qu'il y avait une limitation des déplacements à quelques dizaines de mètres, qu'une activité de réceptionniste sans déplacement était théoriquement possible et que l'assurée avait besoin d'une aide-ménagère.

31. Le 16 septembre 2013, l'assurée, représentée par un avocat, a recouru auprès de la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision de l'OAI précitée.

Elle avait dû se contenter d'un revenu à 50 % car elle n'avait pas pu trouver un autre emploi compte tenu des horaires de chauffeuse (8h30 à 10h et 16h à 18h). Lors du stage aux EPI, elle n'avait aucune exigence de rendement et avait pu rester assise en permanence. Le Dr E_____ estimait que sa capacité de travail était nulle et qu'une activité de réceptionniste sans aucun déplacement était possible en théorie et la Dresse A_____ que la capacité était de deux heures par jour. La capacité de 50 % retenue par le SMR devait s'entendre avec une diminution de rendement de 50 %, comme la Dresse A_____ l'avait attesté les 6 et 24 juillet 2009. Le rapport des EPI relevait aussi un rendement de 50 à 70 %. Par ailleurs, un abattement sur le revenu d'invalidé de 25 % était justifié. Le taux d'invalidité dans la sphère professionnelle était ainsi de 75 %. Les empêchements dans le ménage avaient été sous-évalués, notamment le poste alimentation car elle devait rester en permanence assise, le poste entretien du logement, en particulier si on exigeait d'elle un travail à 50 % induisant de la fatigue, le poste courses car son périmètre de marche était très réduit et elle ne pouvait porter des charges, le poste service vu ses difficultés et le poste soins à la famille, même si les aides de l'IMAD assumaient les soins à sa mère. L'invalidité ménagère était ainsi de 60 %. Si l'on exigeait d'elle une activité à 50 %, il conviendrait d'appliquer une diminution de son aptitude à exercer le ménage de 15 %, soit un taux global de 75 %.

32. Le 2 octobre 2013, la Dresse F_____ du SMR a estimé que les EPI avaient confirmé l'exigibilité d'une activité adaptée à 50 %. L'état dépressif aggravé, attesté par la Dresse A_____, laquelle certifiait une capacité de travail de 25 %, n'avait pas été évaluée par le SMR et le Dr E_____ estimait que la capacité de travail était nulle depuis décembre 2012 mais le SMR était insuffisamment renseigné sur l'évolution de la gonarthrose et le BMI. Il fallait instruire le cas.
33. Le 15 octobre 2013, l'OAI a conclu au renvoi du dossier pour reprise de l'instruction et nouvelle décision.
34. Le 28 octobre 2013, la recourante s'est opposée au renvoi du dossier à l'intimé.
35. Le 4 novembre 2103, la Cour de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle.

La recourante a déclaré :

« J'ai beaucoup de difficultés dans ma mobilité, ainsi que beaucoup de douleurs physiques, d'abord aux genoux, mais également, en raison de la marche avec les cannes, au dos, aux mains, aux épaules. Je suis souvent crispée et contractée dans mon corps, ce qui engendre des douleurs. Mes genoux ne se sont pas améliorés, j'ai plus de douleurs. Celles-ci sont permanentes et s'accroissent en position debout. Je n'ai vu le Dr C _____ qu'une fois ou deux concernant mes genoux. Il m'a dit que j'étais trop jeune pour envisager la pose de prothèse et que je devais perdre du poids pour améliorer le problème des genoux. Je suis actuellement suivie par la Dresse A _____, qui est mon médecin généraliste, et par la Dresse B _____, qui est médecin nutritionniste et avec laquelle je fais un accompagnement psychologique une fois par mois. J'envisage également de débiter un suivi auprès d'un psychiatre. J'ai discuté avec mon médecin de l'opportunité de me faire opérer par bypass ou pose d'un anneau gastrique, mais je ne suis pas prête à cela car j'estime qu'il y a des risques de problèmes qui sont considérables et cette idée m'angoisse. J'ai suivi aux HUG auprès du Prof. G _____ un stage de quinze jours au niveau du poids. Je suis actuellement suivie par la Dresse B _____, qui a réussi à ce que je stabilise mon poids malgré le manque de mobilité que je subis depuis mars 2009 au moment de la survenance du problème aux genoux. J'ai même réussi à perdre quelques kilos et à enrayer le processus qui faisait que depuis l'enfance j'ai pris du poids, avec chaque année quelques kilos de plus. J'ai vu le Dr E _____, qui m'a traitée par des infiltrations d'acide hyaluronique dans les genoux, mais mon cartilage étant trop atteint, ce traitement n'a pas eu l'effet escompté. J'ai seulement vu une amélioration qui a duré vingt-quatre. Je vis avec ma mère depuis 2010, laquelle est aidée par l'IMAD (anciennement FSASD) à raison de quatre heures par semaine, pour les soins directs à ma mère, ainsi que pour les courses et le ménage. Ma mère souffre d'arthrose héréditaire qui atteint toutes ses articulations. J'arrive à assumer une part du ménage, mais dois découper les tâches. Je suis incapable d'enchaîner plusieurs tâches à la suite. Je suis continuellement dans la douleur. Je dois faire mes courses en voiture, dans certains magasins précis où je sais que je peux m'asseoir. J'ai travaillé à 50 % pour X _____, à raison de deux heures le matin et deux heures l'après-midi. J'ai cherché à travailler à 100 %, mais en raison de mes horaires de travail de chauffeuse, il m'a été impossible de trouver un autre emploi, que ce soit comme cuisinière ou comme aide-ménagère. Je me suis donc contentée de mon 50 %. Je précise qu'avant la douleur fulgurante que j'ai ressentie aux genoux en 2009, j'avais déjà souffert des genoux, et cela depuis plusieurs années, mais sans consulter le médecin. Le fait que j'ai exercé un travail à 50 % a selon moi

permis, grâce aux périodes de répit, de continuer à travailler sans devoir être arrêtée ».

L'avocat de la recourante a déclaré :

« Nous demandons à ce que la personne qui a effectué l'enquête ménagère soit entendue. Sur le plan juridique, même si ma cliente a cherché à travailler à 100 % à une période de son activité professionnelle, nous acceptons le statut d'active à 50 %. Nous demandons une expertise judiciaire rhumatologique et psychiatrique. Je relève qu'il y a en particulier un problème de rendement qui a été évoqué par les EPI. Si la question d'une opération se pose, il faudrait alors envisager une expertise orthopédique ».

La représentante de l'OAI a déclaré :

« Nous avons demandé le retour du dossier pour pratiquer une expertise rhumatologique et psychiatrique ».

36. Le 6 novembre 2013, l'assurée a requis une expertise judiciaire afin qu'une décision soit rendue dans des délais raisonnables.
37. Le 19 novembre 2013, la Dresse F_____ du SMR a estimé qu'il se justifiait de renvoyer la cause à l'OAI afin de procéder à une expertise bi – voire tridisciplinaire car celle-ci se ferait dans un délai plus raisonnable qu'une expertise judiciaire.
38. Le 11 décembre 2013, l'OAI a observé qu'une expertise rhumato-psychiatrique, voire orthopédique était indiquée ;

s'agissant de l'enquête ménagère du 13 mai 2013, elle ne pouvait qu'être confirmée, ayant pleine valeur probante ; l'assurée n'expliquait pas en quoi le poste alimentation avait mal été évalué ; l'entretien du logement était partiellement assumé par l'assurée (sanitaires, lits, literie, poussière), de sorte qu'un empêchement de 60 % était adéquat ; l'assurée était capable d'effectuer ses courses ce qui ne justifiait pas d'augmenter l'empêchement retenu de 20 % ; l'assurée pouvait gérer la lessive et l'entretien des vêtements ; enfin, les soins dispensés par l'assurée à sa mère ne permettaient pas d'admettre un empêchement de 40 %, ceux-ci étant pris en charge par l'Institution genevoise de maintien à domicile (IMAD).

Pour le surplus, il n'y avait pas lieu de diminuer la capacité de travail exigible en raison des travaux habituels assumés par l'assurée, celle-ci n'ayant pas de tâches d'assistance familiale.
39. Le 19 décembre 2013, l'assurée a observé qu'une expertise bidisciplinaire psychiatrique et orthopédique se justifiait, voire rhumatologique. Le rapport d'enquête était contesté et il était requis l'audition de l'enquêtrice.

40. Le 30 janvier 2014, la Cour de céans a informé les parties qu'elle entendait confier une expertise bidisciplinaire à la Dresse C_____, médecin spécialiste en rhumatologie et au Dr H_____, médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et leur a imparti un délai pour qu'elles se prononcent sur une éventuelle cause de récusation de l'expert ainsi que sur la mission d'expertise.
41. Le 13 février 2014, la recourante a observé qu'il convenait de compléter la question k/g en précisant le taux d'activité possible, et de requérir le rendement possible dans l'activité habituelle ou une activité adaptée.
42. Le 17 février 2014, l'OAI a indiqué qu'il n'avait pas d'observation particulière à formuler.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 9 octobre 2009 (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. a) A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3).
- b) Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références).

En l'espèce, l'objet du litige porte sur une demande de prestations du 16 juin 2009, à la suite d'une incapacité de travail survenue le 9 mars 2009 de sorte que sont applicables les modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004 et celles du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008. En revanche, les modifications de la LAI du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2012 ne sont pas applicables au cas d'espèce, eu égard au principe précité.

3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
4. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 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 la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).
5. a) En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

Il y a lieu de préciser que 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 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (ATFA non publié I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1).

b) En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA.

Cette réglementation n'est toutefois pas applicable dans les cas où le délai d'attente a commencé à courir avant le 1^{er} janvier 2008 (ATF non publié 9C_583/2010 du 22 septembre 2011, consid. 4.1). Dans cette hypothèse et lorsque la demande a été déposée avant le 1^{er} janvier 2009 (cf. Lettre-circulaire n° 300 de l'OFAS du 15 juillet 2011, Droit transitoire: application des délais de péremption), la solution prévue par l'art. 48al. 2 aLAI continue à s'appliquer. Par conséquent, le droit à la rente prend naissance à la date à laquelle l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable

à condition que le requérant ait déposé sa demande dans les douze mois dès la naissance du droit.

6. a) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGa. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; ATFA non publié I 786/04 du 19 janvier 2006, consid. 3.1).

b) En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).

7. 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 libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGa), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de

manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

d) Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

e) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet 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. Etant 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).

f) Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (cf. RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d).

g) En ce qui concerne les 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 (ATF 125 V 351 consid. cc).

h) On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF non publié 9C_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2).

8. 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 17 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39).

En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (ATFA non publié I 531/04 du 11 juillet 2005, consid. 4.2). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (ATF non publié 9C_462/2009 du 2 décembre 2009, consid. 2.4).

9. a) 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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). 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 319 consid. 5a).

b) Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; ATFA non publié I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3).

Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence en ce sens que les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent

pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas instruit du tout un point médical ou lorsqu'il s'agit d'un éclaircissement ou d'une précision ou d'un complément d'une expertise (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 *in fine* et les références).

c) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst (SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b).

10. a) Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGA), il faut examiner sous l'angle des art. 4 et 5 LAI quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI). Le choix de l'une des trois méthodes entrant en considération (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Pour les assurés travaillant dans le ménage, il convient d'examiner si l'assuré, étant valide, aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou à une occupation lucrative après son mariage, cela à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle. Ainsi, pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, s'il était demeuré valide, on tiendra compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels étant précisé qu'aucun de ces critères ne doit toutefois recevoir la priorité d'entrée de jeu (ATF 117 V 194 consid. 3b; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b). Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de la reprise d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des

assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références).

b) Lorsqu'il convient d'évaluer l'invalidité d'un assuré d'après la méthode mixte, l'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus. S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique pour cette activité. Dans ce cas, il faut déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI, ainsi que les art. 16 LPGA et 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA).

Ainsi, il convient d'évaluer d'une part l'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités (art. 27 RAI) et d'autre part l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA); on pourra alors apprécier l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activité. La part de l'activité professionnelle dans l'ensemble des travaux de l'assuré est fixée en comparant l'horaire de travail usuel dans la profession en question et l'horaire accompli par l'assuré valide; on calcule donc le rapport en pour-cent entre ces deux valeurs (ATF 104 V 136 consid. 2a; RCC 1992 p. 136 consid. 1b). La part des travaux habituels constitue le reste du pourcentage (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 104 V 136 consid. 2a).

c) Chez les assurés travaillant dans le ménage, le degré d'invalidité se détermine, en règle générale, au moyen d'une enquête économique sur place, alors que l'incapacité de travail correspond à la diminution - attestée médicalement - du rendement fonctionnel dans l'accomplissement des travaux habituels (ATF 130 V 97).

Pour évaluer l'invalidité des assurés travaillant dans le ménage, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacune des activités habituelles conformément aux chiffres 3095 de la circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité. Aux conditions posées par la jurisprudence (ATF 128 V 93) une telle enquête a valeur probante.

d) Selon la jurisprudence, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il y a par ailleurs lieu de tenir compte des indications de l'assuré et de

consigner dans le rapport les éventuelles opinions divergentes des participants. Enfin, le texte du rapport doit apparaître plausible, être motivé et rédigé de manière suffisamment détaillée par rapport aux différentes limitations, de même qu'il doit correspondre aux indications relevées sur place. Si toutes ces conditions sont réunies, le rapport d'enquête a pleine valeur probante. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision dans le sens précité, le juge n'intervient pas dans l'appréciation de l'auteur du rapport sauf lorsqu'il existe des erreurs d'estimation que l'on peut clairement constater ou des indices laissant apparaître une inexactitude dans les résultats de l'enquête (ATF 129 V 67 consid. 2.3.2 non publié au Recueil officiel mais dans VSI 2003 p. 221; ATFA non publié I 733/06 du 16 juillet 2007).

e) Le facteur déterminant pour évaluer l'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative consiste dans l'empêchement d'accomplir les travaux habituels, lequel est déterminé compte tenu des circonstances concrètes du cas particulier. C'est pourquoi il n'existe pas de principe selon lequel l'évaluation médicale de la capacité de travail l'emporte d'une manière générale sur les résultats de l'enquête ménagère. Une telle enquête a valeur probante et ce n'est qu'à titre exceptionnel, singulièrement lorsque les déclarations de l'assuré ne concordent pas avec les constatations faites sur le plan médical, qu'il y a lieu de faire procéder par un médecin à une nouvelle estimation des empêchements rencontrés dans les activités habituelles (VSI 2004 p. 136 consid. 5.3 et VSI 2001 p. 158 consid. 3c; ATFA non publiés I 308/04 et I 309/04 du 14 janvier 2005).

f) En présence de troubles d'ordre psychique, et en cas de divergences entre les résultats de l'enquête économique sur le ménage et les constatations d'ordre médical relatives à la capacité d'accomplir les travaux habituels, celles-ci ont, en règle générale, plus de poids que l'enquête à domicile (VSI 2004 p. 137 consid. 5.3 déjà cité).

Pour satisfaire à l'obligation de réduire le dommage (voir ATF 129 V 463 consid. 4.2 et 123 V 233 consid. 3c ainsi que les références), une personne qui s'occupe du ménage doit faire ce que l'on peut raisonnablement attendre d'elle afin d'améliorer sa capacité de travail et réduire les effets de l'atteinte à la santé; elle doit en particulier se procurer, dans les limites de ses moyens, l'équipement ou les appareils ménagers appropriés. Si l'atteinte à la santé a pour résultat que certains travaux ne peuvent être accomplis qu'avec peine et nécessitent beaucoup plus de temps, on doit néanmoins attendre de la personne assurée qu'elle répartisse mieux son travail (soit en aménageant des pauses, soit en repoussant les travaux peu urgents) et qu'elle recoure, dans une mesure habituelle, à l'aide des membres de sa famille. La surcharge de travail n'est pas déterminante pour le calcul de l'invalidité lorsque la personne assurée ne peut, dans le cadre d'un horaire normal, accomplir tous les

travaux du ménage et par conséquent qu'elle a besoin, dans une mesure importante, de l'aide d'une personne extérieure qu'elle doit rémunérer à ce titre (RCC 1984 p. 143 consid. 5). Dans le cadre de l'évaluation de l'invalidité dans les travaux habituels, l'aide des membres de la famille (en particulier celle des enfants) va au-delà de ce que l'on peut attendre de ceux-ci, si la personne assurée n'était pas atteinte dans sa santé (ATFA non publiés I 308/04 et I 309/04 du 14 janvier 2005, ATFA non publié I 681/02 du 11 août 2003). Il y a lieu en effet de se demander quelle attitude adopterait une famille raisonnable, dans la même situation et les mêmes circonstances, si elle devait s'attendre à ne recevoir aucune prestation d'assurance. Le cas échéant, il peut en résulter une image déformée de l'état de santé réel de la personne assurée (ATFA non publié I 257/04 du 17 mars 2005, consid. 5.4.4).

11. a) Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI). 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 128 V 29 consid. 1, 104 V 135 consid. 2a et 2b).

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 222 et ATF 128 V 174).

b) Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381, consid. 2a). 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 129 V 222, consid. 4.3.1). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) édité par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute

vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (ATFA non publiés I 168/05 du 24 avril 2006, consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003, consid. 5.2.2).

c) Quant au revenu d'invalidé, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/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 (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). Toutefois, dans certains domaines d'activités dans lesquels les postes à temps partiel sont répandus et répondent à un besoin de la part des employeurs, comme celui d'employée de bureau, le critère du taux d'occupation n'a guère d'importance (ATF du 30 avril 2012 9C 751/2011). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393, consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. 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, dans le cas concret, a adoptée 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 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, ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; ATF non publié 8C_337/2009 du 18 février 2010, consid. 7.5).

En cas d'absence de désignation des activités compatibles avec les limitations du recourant, le Tribunal fédéral a jugé qu'il eût été certainement judicieux que l'office AI donnât au recourant, à titre d'information, des exemples d'activités adaptées qu'il peut encore exercer, mais qu'il convient néanmoins d'admettre que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre significatif sont adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière (ATF non publié 9C_279/2008 du 16 décembre 2008, consid. 4).

Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (RCC 1991 p. 329; RCC 1989 p. 328).

D'après ces critères, il y a lieu de déterminer dans chaque cas et de manière individuelle si l'assuré est encore en mesure d'exploiter une capacité de travail résiduelle sur le plan économique et de réaliser un salaire suffisant pour exclure une rente. Ni sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage, ni sous celui des possibilités qu'offre un marché du travail équilibré aux assurés pour mettre en valeur leur capacité de travail résiduelle, on ne saurait exiger d'eux qu'ils prennent des mesures incompatibles avec l'ensemble des circonstances objectives et subjectives (ATF non publié 9C_1066/2009 du 22 septembre 2010 consid. 4.1 et la référence).

d) Dans l'hypothèse où un assuré présente une entière capacité de travail dans toute activité lucrative ou lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même table statistique, les revenus avant et après invalidité sont calculés sur la même base. Il est dès lors superflu de les chiffrer avec exactitude, le degré d'invalidité se confondant avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une

éventuelle réduction du salaire statistique (ATFA non publiés I 43/05 du 30 juin 2006, consid. 5.2 et I 1/03 du 15 avril 2003, consid. 5.2).

e) Selon la jurisprudence, 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. En cas de résultat jusqu'à x,49 %, il faut arrondir à x % et pour des valeurs à partir de x,50 %, il faut arrondir à x+1 % (ATF 130 V 121 consid. 3.2).

12. En l'espèce, les parties s'accordent pour dire que l'état de santé de la recourante est insuffisamment instruit et qu'il se justifie de procéder à une expertise, en tous les cas bidisciplinaire, psychiatrique et somatique (rhumatologique et/ou orthopédique), voire tridisciplinaire (psychiatrique – rhumatologique et orthopédique).

Au vu de la jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 137 V 210), il convient d'ordonner une expertise judiciaire bidisciplinaire, rhumatologique et psychiatrique, étant relevé que si le SMR estime qu'un renvoi du dossier à l'OAI pour mandater une expertise bi-voire tridisciplinaire se ferait dans un délai plus raisonnable qu'une expertise judiciaire, tel ne semble pas être l'avis de l'OAI, lequel, dans une cause récente pour déni de justice, a expliqué s'agissant en tous les cas d'expertises tridisciplinaires qu'il était tributaire de la procédure SwissMED@P et que les centres intégrés dans cette plateforme étaient surchargés de sorte que les délais d'attente pour les expertises étaient longs (arrêt de la Cour de céans du 18 novembre 2013 – ATAS/1116/2013). S'agissant d'une expertise bidisciplinaire, il n'y a pas de raison objective qui permettrait de conclure qu'un renvoi à l'intimé serait plus efficace.

Il n'y a ainsi pas de motif pour renvoyer la cause à l'intimé pour instruction complémentaire plutôt que de procéder à une instruction judiciaire.

Partant, il se justifie de procéder à une expertise bidisciplinaire judiciaire, étant précisé qu'il sera requis de l'expert rhumatologue qu'il se prononce sur la nécessité d'obtenir l'avis d'un expert en orthopédie. En effet, il paraît, à ce stade, justifié d'ordonner une expertise rhumatologique plutôt qu'orthopédique, la recourante se plaignant également de douleurs dans le corps (dos, épaules, mains, corps) en plus de celles aux genoux.

En conséquence, il convient d'ordonner une expertise bidisciplinaire, laquelle sera confiée à la Dresse C _____, médecin spécialiste en rhumatologie, à Genève et au Dr H _____, médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, à Genève.

Conformément à la demande de la recourante, les questions k/g (devenu k/7) et l'appréciation consensuelle du cas seront modifiées dans le sens requis.

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

Statuant préparatoirement

1. Ordonne une expertise médicale. La confie à la Dresse C_____ et Dr H_____. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :

Du point de vue rhumatologique :

- a. Prendre connaissance du dossier de la cause.
- b. Si nécessaire prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité Mme M_____, en particulier la Dresse A_____, le Dr E_____ et le Dr C_____.
- c. Examiner Mme M_____.
- d. Etablir un rapport détaillé et répondre aux questions suivantes:
- e. Quelle est l'anamnèse détaillée du cas ?
- f. Quelles sont les plaintes de Mme M_____ ?
- g. Quelle est l'atteinte à la santé dont souffre Mme M_____ (diagnostics avec et sans répercussion sur la capacité de travail, dates d'apparition) ?
- h. Quel est le status détaillé et l'évolution du status depuis le début de l'atteinte ?
- i. Mme M_____ suit-elle un traitement adéquat ?
- j. Quelles sont les limitations fonctionnelles relativement à chaque diagnostic ?
- k. 1) Compte tenu de vos diagnostics, Mme M_____ pourrait-elle exercer une activité lucrative ?
2) Si oui, laquelle ?
3) A quel taux ?
4) Depuis quelle date ?
5) Si non, pourquoi ?
6) En particulier l'ancienne activité de chauffeuse est-elle exigible ?
7) Si non, une autre activité adaptée est-elle possible ? Si oui, à quel taux, depuis quelle date et quel type d'activité ?
8) Si non ou dans une mesure restreinte, pour quels motifs ?
9) Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?

- l. Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative ?
- m. Mme M_____ présente-t-elle des limitations dans l'exécution des tâches ménagères ? Etes-vous d'accord avec les limitations fonctionnelles prises en compte dans l'enquête ménagère du 13 mai 2013 ? Si non, pourquoi ?
- n. Une intervention aux genoux est-elle exigible ? Si oui, quelles sont les chances d'améliorer, grâce à une telle intervention, la capacité de travail ou la capacité à effectuer les tâches ménagères de Mme M_____ ?
- o. 1) Etes-vous d'accord avec l'avis de la Dresse A_____ du 28 août 2013 ? En particulier avec les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail de 25 % dans une activité adaptée ? Si non, pourquoi ?
2) Etes-vous d'accord avec l'avis du Dr E_____ (courrier non daté) ? En particulier avec les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail nulle depuis décembre 2012 ? Si non pourquoi ?
- p. Quel est le pronostic ?
- q. Au vu du dossier, votre réponse aux questions susmentionnées aurait-elle été identique à la date de la décision rendue par l'Office cantonal de l'assurance-invalidité, soit 15 juillet 2013 ? Si non, pourquoi et quelles sont les réponses qui varient ? Si oui, pourquoi ?
- r. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?
- s. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.

Du point de vue psychiatrique :

- a. Prendre connaissance du dossier de la cause.
- b. Si nécessaire prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité Mme M_____, en particulier la Dresse B_____.
- c. Examiner Mme M_____.
- d. Etablir un rapport détaillé et répondre aux questions suivantes :
- e. Quelle est l'anamnèse détaillée du cas ?
- f. Quel est le status détaillé et l'évolution du status depuis le début de l'atteinte ?
- g. Quelle est l'atteinte à la santé dont souffre Mme M_____ d'un point de vue psychiatrique (diagnostic avec et sans répercussion sur la capacité de travail) ?
- h. Quelles sont les limitations fonctionnelles relativement à chaque diagnostic ?
- i. En cas de trouble psychique :
 - 1. Quel est le degré de gravité de celui-ci ?

2. Depuis quelle date est-il présent chez Mme M_____ ?
 3. Comment a-t-il évolué ?
 4. Quel traitement est-il indiqué ? Mme M_____ suit-elle un traitement adéquat ?
 5. Y a-t-il une amélioration possible à court/moyen terme ?
- j. Compte tenu de vos diagnostics, Mme M_____ pourrait-elle exercer une activité lucrative, en particulier depuis mars 2009 ? Si oui :
- Laquelle ?
 - A quel taux ?
 - Depuis quelle date ?
 - Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative ?
 - Si aucune activité n'est possible ou seulement dans une mesure restreinte, pour quels motifs ? Depuis quelle date ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?
- k. Au vu du dossier, votre réponse aux questions susmentionnées aurait-elle été identique à la date de la décision rendue par l'Office de l'assurance-invalidité, soit le 15 juillet 2013 ? Si non, pourquoi et quelles sont les réponses qui varient ? Si oui, pourquoi ?
- l. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?
- m. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.

Appréciation consensuelle du cas :

Compte tenu des limitations fonctionnelles rhumatologiques/orthopédiques et psychiatriques, Mme M_____ dispose-t-elle d'une capacité de travail ? Si oui, à quel taux et depuis quelle date et avec quel rendement ? Si non ou dans une mesure restreinte quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?

2. Réserve le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

La greffière

La Présidente

Nancy BISIN

Valérie MONTANI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties par le greffe le