RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3170/2005 **ATAS/266/2006**

ORDONNANCE D'EXPERTISE

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 6

du 21 mars 2006

En la cause

Madame C_____, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Pierre SIEGRIST	recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, sis rue de Lyon 97 à Genève	intimé

Siégeant : Madame Valérie MONTANI, Présidente.

EN FAIT

1. Madame C_____, née le 13 août 1945, mariée et mère de deux enfants nés en 1978, secrétaire de formation, a présenté une demande de prestations de l'assurance-invalidité en date du 12 juin 2002, tendant à l'octroi d'une rente. Elle a fait valoir qu'elle souffrait de rhumatismes et d'arthrose polyarticulaire. Au moment du dépôt de la demande, l'intéressée était employée à 75% par la société ISS Airport Multiservice SA, en tant que chauffeur de minibus pour équipage; elle exerçait cette activité depuis le mois de mai 1997.

2. L'Office cantonal genevois de l'assurance-invalidité (ci-après: l'OCAI) a accusé réception de la demande en date du 14 juin 2002. Le même jour, il a invité le médecin traitant de l'intéressée à retourner dûment complétée la formule "rapport médical adultes" et a adressé à l'employeur le questionnaire le concernant.

3. Le questionnaire pour l'employeur a été retourné à l'OCAI en date du 22 août 2002. Il ressort de ce document que l'intéressée travaillait environ trente heures par semaine (l'horaire de travail normal dans l'entreprise étant de 40 heures) pour un salaire horaire de 21.12 fr., celui-ci correspondant au rendement de l'assuré. L'employeur a indiqué qu'il ignorait de quels troubles souffrait l'intéressée.

4. Le rapport du médecin traitant a été reçu par l'OCAI le 15 octobre 2002. Le Dr A_____, ayant son cabinet à Ambilly en France voisine, y expose que sa patiente souffrait d'affections rhumatismales, à savoir d'une arthrose polylocalisée avec rhumatismes tendino-musculaire et périarthrite scapulohumérale, qu'elle avait subi deux interventions orthopédiques, soit un avancement des tubérosités antérieures des deux tibias en 1965 et une ostéotomie, effectuée par le Dr B_____, en 1995, et qu'elle souffrait aussi d'affections ORL à répétition. Le médecin traitant a estimé que ces troubles avaient des répercussions importantes sur l'activité exercée par la patiente, même si elle demeurait exigible avec des difficultés, et qu'une activité de bureau était envisageable. Dans une annexe au rapport médical, il a indiqué que l'activité exercée juste-là n'était plus exigible.

5. L'OCAI a sollicité l'avis du Dr B_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, en date du 7 janvier 2003, qui a confirmé, dans son rapport du 13 janvier 2003, que l'intéressée souffrait d'arthrose aux deux genoux, une ostéotomie ayant été effectuée en 1994. La patiente présentait aussi un syndrome du tunnel carpien, pour lequel il convenait de consulter le Dr C_____.

6. Dans son rapport du 7 février 2003, le Dr C_____, spécialiste FMH en rhumatologie, a indiqué que l'intéressée souffrait de gonarthrose bilatérale, status après ostéotomie, ainsi que d'arthrose au poignet D et de tunnel carpien. La capacité de travail de la patiente fixée par le médecin traitant était nulle.

7. En date du 27 février 2003, l'OCAI a sollicité l'avis, sans examen clinique, du Service médical régional (ci-après: SMR) dans le but de déterminer si le taux d'activité comme chauffeur, à 75%, était le maximum exigible et s'il existait une capacité de travail plus élevée dans une activité adaptée.

8. Dans son avis du 13 juin 2003, le Dr F_____ du SMR a répondu que le rapport médical du Dr A_____ ne permettait pas de déterminer quelles étaient les limitations fonctionnelles précises, une expertise rhumatologique s'avérant dès lors nécessaire; le Dr Pierre R_____, spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales a été pressenti à cet effet.

9. L'OCAI a adressé un mandat d'expertise médicale au Dr R_____ en date du 27 juin 2003. Par courrier du 3 juillet 2003, l'intéressée a été informée de cette démarche, contre laquelle elle ne s'est pas opposée.

10. En date du 12 août 2003, HELSANA Assurances SA (ci-après: HELSANA), a informé l'OCAI que l'intéressée touchait des indemnités journalières depuis le 10 mai 2002. L'assureur-maladie a sollicité de l'OCAI la communication de la formule relative à la compensation des rentes AI avec les créances en restitution de l'assurance-maladie, afin de pouvoir, en cas de surassurance contraire à la loi, récupérer les prestations versées.

11. Par courrier du 18 août 2003, l'OCAI a demandé à HELSANA de lui communiquer le dossier de l'assurée. Déférant à cette invitation, HELSANA a transmis à l'OCAI le rapport du Dr A_____, du 16 décembre 2002, qui diagnostiquait des affections rhumatismales; il faisait état d'une incapacité de travail à 100% dans l'activité habituelle, depuis le 10 octobre 2002, et d'une capacité de travail à 50% dans une autre profession, un reclassement étant en cours à l'AI.

12. Le Dr R_____ a rendu son rapport d'expertise le 10 novembre 2003. Après avoir examiné la patiente en date des 29 octobre et 6 novembre 2003 et pris connaissance de l'ensemble du dossier médical, l'expert a retenu l'existence de lombalgies chroniques, d'hypercyphose dorsale, de cervicalgies handicapantes dans le cadre d'une spondylodiscarthrose sévère et d'un syndrome cervical vertébral limitant la mobilité de manière importante. C'est au niveau des genoux que se situait toutefois le principal handicap. La patiente avait subi plusieurs interventions, soit l'avancement des tubérosités tibiales antérieures des deux genoux en 1965 (pour une chondropathie rotulienne), une arthroscopie du genou gauche en 1992 et une ostéotomie de valgisation ddc en 1994. L'expert a constaté une arthrose sévère fémoro-tibiale interne, une arthrose sévère, surtout à gauche, fémoro-patellaire, ainsi qu'une atrophie des quadriceps, un flexum des deux genoux, une limitation de la flexion principalement à gauche et une instabilité latérale. Enfin, s'agissant du poignet droit, une arthrose trapézo-métacarpienne et trapézo-scaphoïdienne a été diagnostiquée.

13. L'expert a conclu que la profession de conductrice-chaffeur de minibus sur le tarmac de l'aéroport n'était plus du tout exigible. Les cervicalgies et surtout la diminution importante de la mobilité de la nuque rendaient la conduite d'un minibus problématique, voire dangereuse. L'accès au véhicule était par ailleurs douloureux, de même que la position assise prolongée, la position en flexion constante des genoux et le mouvement des pédales (arthrose fémoro-tibiale et surtout fémoro-patellaire). Les douleurs dorsales et lombaires entraient aussi en ligne de compte, mais à un moindre degré. Il a donc jugé que l'activité exercée jusque-là par l'intéressée n'était plus exigible. Une capacité résiduelle de travail existait dans une profession sédentaire, par exemple un travail de bureau ou de téléphoniste, qui permettait à la patiente de pouvoir se lever à intervalle régulier. Le travail sur ordinateur était en revanche déconseillé, car mettant trop à contribution la colonne cervicale et la ceinture scapulaire. S'agissant du début de l'incapacité de travail dans le métier de chauffeur, l'expert a précisé que la patiente avait exercé cette activité à un taux de 75% pendant de nombreuses années, sans que le dossier fasse état d'arrêts de travail significatifs jusqu'en 2002. Au vu des informations en sa possession, la capacité de travail dans la profession de chauffer de minibus était de 25% en mai 2002 et de 0% en octobre 2002. Selon le Dr R_____, des mesures de réadaptation professionnelle étaient envisageables, dans le cadre d'une activité sédentaire adaptée, à un taux maximum de 50%, en tenant compte des limitations fonctionnelles, à savoir d'éviter le travail sur ordinateur ou les professions exigeant de la marche ou une position statique des membres inférieurs.

14. Le 25 novembre 2003, l'OCAI a requis à nouveau l'avis du SMR, après le retour de l'expertise.

15. Dans son rapport du 25 mars 2004, le SMR a évalué à 25%, dès mai 2002, et à 0%, dès octobre 2002, la capacité de travail de l'intéressée dans l'activité habituelle. Dans une activité adaptée, la capacité de travail a été évaluée à 50% dès le mois de mai 2002, en tenant compte des limitations fonctionnelles. Le Dr F_____ a précisé qu'il était encore nécessaire de vérifier si les dates des incapacités de travail déterminées par l'expert concordaient avec les renseignements de l'employeur et les certificats du médecin traitant.

16. L'OCAI a convoqué l'intéressée pour un entretien en date du 4 juin 2004, concernant la recherche d'une activité adaptée. Dans le rapport du 15 juin 2004, la réadaptatrice de l'OCAI a relevé que l'intéressée avait marqué son désaccord avec l'évaluation médicale et qu'elle ne comprenait pas la capacité résiduelle de travail, car elle se sentait parfaitement incapable de travailler et elle ne pouvait plus rien faire à la maison. Le taux d'invalidité dans le domaine professionnel a été évalué à 51.2%. A l'appui de son calcul, la réadaptatrice de l'OCAI a tenu compte d'un revenu annuel sans invalidité, à 75%, actualisé en 2002, de 36'747,-- fr. (RS). Le revenu déterminant annuel avec l'invalidité (RI) a été estimé à 47'788,-- fr. en 2002 à 100%, soit 23'894,-- fr. à 50% (taux d'activité exigible), auquel un abattement de

25% a été rajouté pour aboutir à un montant de 17'920.50 fr. La formule employée par l'OCAI pour déterminer le taux d'invalidité dans le domaine professionnel a été la suivante:

$$\frac{36'747\ (RS\ à\ 75\%) - 17'920.50\ (RI\ à\ 50\% - 25\%) \times 100}{36'747}$$

17. Afin de déterminer le taux d'invalidité dans le domaine de l'activité ménagère, l'OCAI a fait procéder à une enquête économique sur le ménage, qui a eu lieu en date du 20 juillet 2004. Après avoir pondéré la part de chaque champ d'activité ménagère, compte tenu notamment de le taille de la famille, des conditions du logement et des moyens auxiliaires, de la surface à gérer et des conditions locales, en particulier de la proximité avec les commerces, l'OCAI a retenu un taux d'empêchement global de 10% sur l'ensemble des activités ménagères, soit un taux d'empêchement de 10% dans la conduite du ménage, de 20% dans celui de l'entretien du logement, de 20% des le domaine des courses et de 0% dans les autres domaines d'activité.

18. En date du 9 août 2004, l'OCAI a informé l'assurée qu'un quart de rente lui était octroyé, dont le montant devait être calculé par la Caisse de compensation compétente, et ce dès le 1er mai 2003, le taux d'invalidité retenu s'élevant à 41%. Dans la motivation séparée, l'OCAI a expliqué que le degré d'empêchement de 51.20% dans le domaine professionnel devait être mis en relation avec le taux d'activité à 75%, le taux d'invalidité dans le domaine professionnel s'élevant ainsi à 38.25%. A ce montant, l'OCAI a rajouté un taux de 2.5% dans l'activité ménagère, soit 10% de 25%.

19. En date du 23 novembre 2004, l'OCAI a notifié à l'assurée la décision relative au montant mensuel de la rente en sa faveur, y compris la rente complémentaire en faveur du conjoint.

20. Par l'intermédiaire de son conseil, Me Michel DUCRET, avocat à Genève, l'assurée a formé opposition contre cette décision en date du 27 décembre 2004; elle a succinctement exposé qu'elle ne comprenait pas comment une incapacité de travail de 75%, attestée par une expertise médicale, ne donnait droit qu'à un quart de rente d'invalidité. Pour le surplus, l'assurée a sollicité l'octroi d'un délai supplémentaire pour compléter son opposition.

21. Le 4 janvier 2005, l'OCAI a accusé réception de l'opposition et a invité l'assurée à compléter son écriture dans un délai de trente jours.

22. Par lettre datée du 10 janvier 2005, Me DUCRET a communiqué à l'OCAI une copie de la procuration établie par sa cliente en sa faveur et a sollicité un entretien, avant de compléter l'opposition.

23. En date du 31 janvier 2005, l'OCAI a adressé au Dr A_____, en l'invitant à le retourner dûment complété, le questionnaire médical E 213, spécialement élaboré dans le cadre des accords bilatéraux entre la Suisse et l'Union européenne pour collecter les informations médicales des personnes ayant exercé une activité lucrative dans un pays membre de l'Union.

24. Le Dr A_____ a retourné à l'OCAI le rapport médical détaillé E 213 en date du 11 avril 2005.

25. Par courrier du 12 avril 2005, l'OCAI a sollicité du conseil de l'assurée qu'il confirme si l'opposition était maintenue.

26. En date du 26 avril 2005, Me Pierre SIEGRIST, succédant à Me DUCRET dans la défense des intérêts de l'assurée, a demandé à l'OCAI le dossier médical de sa cliente. Par courrier du 29 avril 2005, l'OCAI a communiqué à Me SIEGRIST le dossier de l'assurée et lui a imparti un délai de quinze jours pour compléter l'opposition.

27. Dans le délai prolongé au 15 juin 2005, l'assurée, par l'intermédiaire de son conseil, a reproché au SMR d'avoir retenu à tort une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, alors que l'expert avait fait état d'un taux théorique maximum de 50%, dans une activité adaptée et compte tenu de limitations fonctionnelles. Elle se plaint du fait que l'OCAI n'a prévu aucune mesure de réadaptation, contrairement à l'avis de l'expert. Le taux global d'invalidité retenu par l'OCAI était par conséquent erroné.

28. Par décision du 13 juillet 2005, l'OCAI a rejeté l'opposition, au motif que le calcul du taux d'invalidité était correct, l'assurée n'ayant droit qu'à un quart de rente d'invalidité. La formule employée était la suivante (75% x 51.2%) + (0.25% x 10%) = 38.4% dans la sphère lucrative + 2.5% dans la sphère ménagère, soit 40.9%, arrondi à 41%.

29. L'assurée, représentée par son conseil, a interjeté recours contre la décision sur opposition en date du 12 septembre 2005. La recourante conteste l'appréciation du taux d'invalidité effectuée par l'OCAI, tant dans le domaine professionnel que dans le domaine domestique. Elle se plaint aussi du fait que l'OCAI n'a ordonné aucune mesure de réadaptation professionnelle. Elle conclut principalement à l'annulation de la décision attaquée et à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité. Elle sollicite par ailleurs, à titre subsidiaire, qu'une expertise médicale soit ordonnée afin de déterminer les taux actuels d'invalidité.

30. Invité à répondre, l'OCAI conclut, dans sa détermination du 6 octobre 2005, au rejet du recours et à la confirmation de la décision entreprise. Il renvoie, s'agissant des motifs, aux arguments présentés dans la décision sur opposition.

31. Une audience de comparution personnelle des parties s'est tenue devant le Tribunal de céans en date du 7 novembre 2005.

32. A cette occasion, la recourante a contesté pouvoir travailler à 50% et a indiqué qu'elle estimait ne pouvoir exercer aucune activité professionnelle. Elle a aussi contesté les taux d'empêchement retenus dans l'enquête économique, qui étaient beaucoup plus importants dans chacune des tâches ménagères ayant fait l'objet d'une évaluation.

33. La représentante de l'OCAI a quant à elle expliqué que des mesures de réadaptation n'avaient pas été retenues compte tenu de la formation et de l'expérience professionnelle de la recourante, qui était en mesure de trouver un emploi, notamment comme téléphoniste. Toutefois, à la demande de l'assurée, une mesure de placement était possible. La recourante a répondu à cet égard que compte tenu de son âge, elle préférait une rente à 50% qu'une mesure de réadaptation. Elle a rajouté que son état de santé s'était aggravé depuis l'expertise et a maintenu sa demande d'expertise judiciaire.

34. Une copie du procès-verbal de comparution personnelle a été remis aux parties à l'issue de l'audience.

35. En date du 22 décembre 2005, l'OCAI a transmis au Tribunal de céans, à sa demande, une copie plus lisible du rapport médical détaillé (formule E 213) communiqué par le médecin traitant à l'OCAI le 11 avril 2005. Il en ressortait que l'assurée n'était plus en mesure d'exercer une quelconque activité, son incapacité de travail étant totale et son état de santé ne permettant aucune amélioration.

36. Par courriers du 12 janvier 2006, le Tribunal de céans a informé les parties qu'il avait l'intention d'ordonner une expertise complémentaire, qui serait confiée au Dr R_____, et il leur a transmis le projet de mission d'expertise.

37. Par courrier du 20 janvier 2006, l'OCAI a fait savoir qu'il ne formulait aucune objection quant au choix de l'expert et qu'il n'avait pas de questions complémentaires à poser.

38. Par lettre signature du 27 janvier 2006, la recourante a proposé au Tribunal de céans l'insertion de quelques questions complémentaires, sans formuler en revanche aucune objection quant au choix de l'expert.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. a. La loi fédérale sur la partie générale des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA), est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. En ce qui concerne la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). C'est pourquoi les procédures pendantes au 1er janvier 2003 ou introduites après cette date devant un tribunal cantonal compétent en matière d'assurances sociales sont régies par les nouvelles règles de procédure contenues dans la LPGA et par les dispositions de procédure contenues dans les différentes lois spéciales modifiées par la LPGA.

   c. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 LPGA qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959.

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

   d. Interjeté en temps utile et dans les formes prescrites par la loi, le recours est recevable (art. 56, 59 et 60 LPGA).

3. a. Le litige porte en l'espèce sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement sur le taux d'invalidité à la base de cette prestation.

   b. En tant qu'elle concerne des prestations de durée, sur lesquelles il n'a pas encore été définitivement statué, cette question doit être tranchée, du point de vue temporel, d'après les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, le juge des assurances sociales se fondant en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 1, consid. 1; ATF 127 V 467, consid. 1 et les références). Dans la mesure où, en l'espèce, la décision sur opposition litigieuse du 13 juillet 2005, de même que la décision de l'OCAI du 23 novembre 2004, sont postérieures tant à l'entrée en vigueur de la LPGA, le 1er janvier 2003, qu'à l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, de la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4ème révision), il conviendra d'appliquer les anciennes dispositions pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 (la demande d'invalidité ayant été déposée le 12 juin 2002) et les nouvelles dispositions de la LPGA et de la LAI (4ème révision) pour la période postérieure au 1er janvier 2003, respectivement au 1er janvier 2004.

c. Il y a lieu à cet égard de préciser que tant la LPGA (ATF 130 V 348 consid. 3.4; ATFA non publié du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4), que la 4ème révision de la LAI n'ont pas apporté de modification à la jurisprudence applicable jusqu'alors en matière d'évaluation de l'invalidité (ATFA non publié I 7/05 du 17 mai 2005, consid. 2 et I 787/04 du 9 août 2005, consid. 2). L'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative est réglée actuellement par l'art. 16 LPGA et l'art. 28 al. 2 LAI, dont la teneur était pratiquement identique, a été abrogé. Le contenu des anciens art. 27 al. 1 (méthode spécifique) et 27bis al. 1 RAI (méthode mixte) a été repris au niveau de la loi (art. 28 al. 2bis et 2ter LAI en corrélation avec les art. 27 et 27bis RAI ainsi qu'avec les art. 8 al. 3 et 16 LPGA), afin de garantir une égalité de traitement sur le plan formel entre les personnes qui exercent une activité lucrative à temps complet et celles qui n'exercent pas d'activité lucrative, qui exercent une activité lucrative à temps partiel ou qui travaillent dans l'entreprise de leur conjoint (FF 2000 IV 3110, 3131).

4. a. L'invalidité est la diminution de la capacité de gain totale ou partielle, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI en relation avec l'art. 8 al. 1 LPGA). Selon la jurisprudence, la notion d'invalidité en droit des assurances sociales et 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).

b. Selon l'art. 4 al. 2 LAI, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. L'assuré a droit à une rente de l'assurance-invalidité s'il est invalide à quarante pour cent au moins (art. 28 al. 1 [dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003 et dans sa version valable depuis le 1er janvier 2004] et 1bis LAI [dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003]). Il a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à trois-quarts de rente si le taux d'invalidité est de 60% au moins, à une demie rente s'il est invalide à 50% au moins et à un quart de rente si le taux d'invalidité est d'au moins 40% (art. 28 al. 1 LAI dans sa version valable depuis le 1er janvier 2004; l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003 prévoyait que la rente entière était octroyée dès que le taux d'invalidité était de 66 2/3 %, les trois-quarts de rente n'existant pas).

c. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) 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 (revenu d'invalide). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (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).

d. L'invalidité des assurés qui n'exercent pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'ils en entreprennent une est évaluée, en dérogation de la méthode ordinaire de comparaison des revenus, en fonction de l'incapacité d'accomplir leurs travaux habituels. Par travaux habituels des personnes travaillant dans le ménage, il faut entendre notamment l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique. C'est la méthode spécifique (jusqu'au 31 décembre 2002: art. 28 al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27 al. 1 et 2 RAI; du 1er janvier au 31 décembre 2003: art. 28 al. 3 LAI en corrélation avec les art. 27 al. 1 et 2 RAI et 8 al. 3 LPGA; depuis le 1er janvier 2004: art. 28 al. 2bis LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA).

e. 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. C'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (jusqu'au 31 décembre 2002: art. 28 al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis al. 1 et 2 RAI; du 1er janvier au 31 décembre 2003: art. 28 al. 3 LAI en corrélation avec les art. 27bis al. 1 et 2 RAI et 8 al. 3 LPGA, ainsi que l'art. 16 LPGA; depuis le 1er janvier 2004: art. 28 al. 2ter LAI en corrélation avec les art. 27bis RAI et 16 LPGA, ainsi que l'art. 28 al. 2bis LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA).

5. Le choix de l'une des trois méthodes considérées (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 - les circonstances étant par ailleurs restées les mêmes - si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Pour les assurés travaillant dans le ménage, il faut tenir compte de la situation familiale, sociale et professionnelle, ainsi que des tâches d'éducation et de soins à l'égard des enfants, de l'âge, des aptitudes professionnelles, de la formation, des affinités et des talents personnels. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de la situation telle qu'elle s'est développée jusqu'au moment où l'administration a pris sa décision, encore que, pour admettre l'éventualité selon laquelle l'assuré aurait exercé une activité lucrative s'il avait été en bonne santé, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la

vraisemblance prépondérante (ATF 125 V 150 consid. 2c, 117 V 194 consid. 3b et les références citées).

6. En l'espèce, la recourante ne conteste à juste titre pas le choix de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité, dès lors qu'il est constant que si l'atteinte à la santé n'était pas survenue, elle aurait continué à exercer l'activité de chauffeur de minibus pour équipage à temps partiel (30 heures par semaine), le reste du temps étant consacré aux travaux habituels.

7. a. S'agissant de l'invalidité des assurés pour la part qu'ils consacrent à leur activité lucrative, elle doit être évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus, indépendamment des effets engendrés par une perte de capacité dans la part vouée à l'accomplissement des travaux habituels (ATF 125 V 159 consid. 5c/dd). Concrètement, lorsque l'assuré ne peut plus exercer (ou plus dans une mesure suffisante) l'activité qu'il effectuait à temps partiel avant la survenance de l'atteinte à la santé, le revenu obtenu effectivement dans cette activité (revenu sans invalidité) est comparé au revenu qu'il pourrait raisonnablement obtenir en dépit de son atteinte à la santé (revenu d'invalide). Autrement dit, le dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé - et non celui qu'il aurait pu réaliser s'il avait pleinement utilisé ses possibilités de gain (ATF 125 V 158 consid. 5c/cc) - est comparé au gain hypothétique qu'il pourrait obtenir sur un marché équilibré du travail en mettant pleinement à profit sa capacité résiduelle dans un emploi adapté à son handicap, abstraction faite du taux d'activité antérieur à l'atteinte à la santé. L'assuré ne subit pas d'incapacité de gain tant que sa capacité résiduelle de travail est plus étendue ou égale au taux d'activité qu'il exerçait sans atteinte à la santé (voir ATF 125 V 146, ATFA non publié I 844/04, consid. 4).

   b. 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; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. 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 sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (ATFA non publié I 787/04 du 9 août 2005, consid. 5). Le revenu d'invalide reste en effet une donnée théorique. S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire

impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (ATFA non publié I 787/04, consid. 5.1.; VSI 1999 p. 247 consid. 1 et les références).

c. En l'espèce, l'autorité intimée a retenu, s'agissant du revenu d'invalide, que l'assurée pouvait réaliser un salaire annuel, en 2002, de 23'984 fr., dans la mesure où selon les renseignements médicaux elle possédait une capacité résiduelle de travail de 50% dans une activité sédentaire adaptée. La recourante conteste cette appréciation, qui ne tient pas compte de la réalité. A son avis, les conclusions du Dr R_____ ne sont pas aussi claires et les limitations fonctionnelles constatées par l'expert sont de nature à l'empêcher dans les faits d'exercer une activité sédentaire de bureau. Enfin, elle estime que son état de santé s'est aggravé depuis l'expertise.

8. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou le juge ont besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent leur fournir. En effet, 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 incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1).

b. Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doit considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (Kummer, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition Berne 1984, p. 136 ; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème édition, p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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. 5 let. b 125 V 195 consid. ch. 2 et les références).

c. En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, a fortiori judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice ou de l'administration afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. MEINE souligne à cet égard que l'expertise doit être fondée sur une documentation complète et des diagnostics précis, être concluante grâce à une discussion convaincante de la causalité, et apporter des réponses exhaustives et sans équivoque aux questions posées (Meine, L'expertise médicale en Suisse : satisfait-elle aux

exigences de qualité actuelles ? in RSA 1999 p. 37 ss). Dans le même sens, BÜHLER expose qu'une expertise doit être complète quant aux faits retenus, à ses conclusions et aux réponses aux questions posées. Elle doit être compréhensible, concluante et ne pas trancher des points de droit (Bühler, Erwartungen des Richters an den Sachverständigen, in PJA 1999 p. 567 ss).

d. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise (judiciaire) le fait que celle-ci contienne des contradictions, ou qu'une sur expertise 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 352 consid. 3b/aa et les références).

e. En effet, 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) et 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 K 646 p. 240 consid. 4). En revanche, 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; Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p. 212, n° 450; Kölz/Häner, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). 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), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité).

f. Lorsque le juge considère que les faits ne sont pas suffisamment élucidés, il peut renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction ou procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (RAMA 1993 p. 136).

9. a. En l'espèce, il est constant que la recourante souffre de multiples affections d'ordre rhumatismal, d'arthrose polylocalisée, en particulier de gonarthrose bilatérale sévère, et que sa capacité de travail dans l'activité de chauffeur de minibus est nulle. Tant le médecin traitant que l'expert mandaté par l'OCAI sont parvenus à cette conclusion.

b. S'agissant de la capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée, il y a lieu de constater que le Dr A_____, médecin traitant de la recourante, avait estimé, dans son rapport du 4 septembre 2002 à l'OCAI, que sa patiente était à même d'exercer une activité de bureau à un taux de travail réduit. Dans son courrier à HELSANA du 16 décembre 2002, il avait aussi indiqué qu'une reprise d'une activité à 50% était envisageable, un reclassement étant en cours à l'AI. Dans le rapport médical détaillé d'avril 2005 à l'OCAI (formule E 215), ce même médecin a toutefois indiqué que sa patiente était totalement incapable de travailler, dans n'importe quelle activité.

c. Le Dr R_____, l'expert mandaté par l'OCAI, a exposé, dans son rapport du 10 novembre 2003, qu'une activité sédentaire, par exemple un travail de bureau ou de téléphoniste, lui paraissait possible à un taux maximum de 50%. Aux questions de l'OCAI lui demandant de se déterminer sur l'activité adaptée à l'invalidité (C.3.1. et C.3.2.) il a répondu qu'un "travail au maximum de 50% sédentaire et adapté pourrait être envisagé en tenant compte des limitations fonctionnelles (…)" et que l'activité adaptée pouvait être exercée "théoriquement à un taux de maximum 50%". Il a précisé que la patiente pouvait rester assise, sans gêne importante objectivable, pendant deux heures, et ceci avec un traitement anti-inflammatoire et antalgique très modéré. Il a toutefois rajouté, s'agissant des limitations fonctionnelles, qu'il était important que l'assurée puisse se lever à intervalle régulier, le travail sur ordinateur étant déconseillé, car mettant trop à contribution la colonne cervicale et la ceinture scapulaire; les professions exigeant de la marche ou une position statique des membres inférieurs n'étaient plus possibles en raison des douleurs aux genoux. L'expert a encore précisé que le problème important des gonalgies faisait qu'un travail assis restait "théoriquement" possible, mais que la patiente devait pouvoir se lever et marcher à plusieurs reprises pendant les heures de travail, car la position assise prolongée était douloureuse.

d. Le rapport d'expertise du Dr R_____ relate de manière détaillée les plaintes exprimées par la patiente, présente une anamnèse complète et fait état de diagnostics détaillés qui concordent avec les autres rapports médicaux versés au dossier. S'agissant toutefois des conséquences de ces diagnostics sur la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée, force est de constater que l'expert emploie systématiquement soit le mode conditionnel, soit le mot "théorique" ou "théoriquement", soit encore la formule "paraître possible", ce qui donne à penser que les appréciations formulées relèvent du domaine de l'hypothèse. Le Tribunal de

céans constate ainsi que les réponses de l'expert aux questions concernant la capacité résiduelle de travail de la recourante demeurent elliptiques.

e. Dans ces circonstances, il n'est pas établi, au degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 360 consid. 5b), que la capacité de travail résiduelle de la recourante dans une activité adaptée atteint 50%. Il y a lieu dès lors de demander au Dr R_____ de compléter son rapport et de se prononcer sur la capacité de travail effective de la recourante au moment de la décision litigieuse. Une expertise complémentaire s'avère par ailleurs indiquée dès lors que les affections dont souffre la recourante sont de nature dégénérative et que par conséquent, entre les examens effectués par l'expert en automne 2003 et la décision litigieuse, rendue au mois de juillet 2005, l'état de santé de l'assurée a pu se dégrader. C'est ce qui semble ressortir du rapport médical détaillé établi par le médecin traitant au mois d'avril 2005 (formule E213).

10. Au vu de ce qui précède, une expertise complémentaire sera confiée à la Dresse H_____, médecin spécialiste FMH en rhumatologie, rue le Lyon 57, 1203 Genève, laquelle comprend les questions complémentaires requises par la recourante dans son courrier du 27 janvier 2006.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A la forme :

1. Déclare le recours recevable ;

Statuant préparatoirement :

2. Ordonne une expertise médicale de la recourante.

3. La confie à la Dresse H_____ et dit que la mission d'expertise sera la suivante:

a) Prendre connaissance du dossier de la cause, notamment du rapport d'expertise du Dr R_____ du 10 novembre 2003.

b) Si nécessaire, prendre tous renseignements médicaux auprès des médecins ayant traité Mme C_____.

c) Examiner Madame C_____.

d) Établir un rapport détaillé et répondre aux questions suivantes.

e) Confirmez-vous les diagnostics posés par le Dr R_____ dans son rapport du 10 novembre 2003 ? Si non, pourquoi et quelle est l'atteinte à la santé dont souffre Madame C_____?

f) L'état de santé de Mme C_____ s'est-il modifié depuis l'expertise du Dr Pierre R_____ ? Si oui, depuis quelle date et de quelle manière?

g) Compte tenu de vos diagnostics, l'assurée peut-elle exercer une activité lucrative? Si oui, quelles sont les activités concrètes que Mme C_____ est à même d'exercer? A quel taux ? Depuis quelle date?

h) En particulier, pendant combien de temps l'assurée peut-elle rester assise?

i) S'agissant des diagnostics formulés sous chiffres 10, 11 et 12 de l'expertise du Dr R_____ du 10 novembre 2003, confirmez-vous qu'ils n'ont pas d'influence sur la capacité de travail? Dans le cas contraire, depuis quelle date et de quelle manière influencent-ils la capacité de travail ?

j) L'assurée peut-elle effectuer toutes ses activités ménagères? Si non, décrire les empêchements rencontrés. Pouvez-vous confirmer l'évaluation effectuée par l'AI le 20 juillet 2004 (cf. enquête économique sur le ménage - feuille annexe) ? Si non, pourquoi ?

k) En particulier, votre réponse aux questions précédentes est-elle identique à la date de la décision sur opposition rendue par l'Office cantonal de l'assurance-invalidité le 13 juillet 2005? 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.

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

5. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 10 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

La greffière	La présidente
Nancy BISIN	Valérie MONTANI

La secrétaire-juriste :

Verena PEDRAZZINI RIZZI

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