

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1474/2013

ATAS/982/2014

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 8 septembre 2014

6^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée au LIGNON, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître STAMPFLI Eric

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE

intimé

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente ; Teresa SOARES et Jean-Pierre WAVRE,
juges assesseurs**

EN FAIT

1. Mme A_____ (ci-après : l'assurée), née au Gabon le _____ 1960, divorcée en 2006, de nationalité française, domiciliée en France de 1982 à 2006, est entrée en Suisse le 1^{er} janvier 2006; elle est titulaire d'une autorisation de séjour B.
2. Selon l'extrait de compte individuel de l'assurée auprès de la Caisse cantonale genevoise de compensation, celle-ci a travaillé en 2005 pour B_____ SA, en 2006/2007 pour C_____, en 2007 pour D_____ AG, pour E_____ (Tannay), F_____ à VERSOIX et G_____ SA et en 2008 pour H_____ AG. Avant son entrée en Suisse, l'assurée a travaillé à Paris comme serveuse et femme de ménage. Elle s'est inscrite à l'OCE le 1^{er} mars 2007 et a bénéficié d'un placement par l'Office cantonal de l'emploi (OCE) auprès de la FONDATION COMMUNE I_____ dès le 31 mars 2009 puis de l'EMS PENSION J_____ Sàrl du 16 juin au 30 septembre 2009 à 50 %.
3. Le 6 mai 2009, le Dr K_____ de l'Hôpital Henri Mondor à Paris a attesté que l'assurée était régulièrement suivie pour une maladie chronique très invalidante.
4. Le Dr L_____, FMH médecine générale, a certifié d'une incapacité de travail totale de l'assurée du 12 mai au 7 juin 2009, et à 50 % du 8 juin au 30 juin 2009, en octobre 2009, décembre 2009, janvier et mars 2010.
5. Le 31 mars 2010, le Dr M_____, chef de clinique du service d'hématologie des HUG, a attesté d'une prise en charge de l'assurée le 15 mars 2010 et du fait qu'elle présentait une maladie hématologique héréditaire, la drépanocytose homozygote, fortement invalidante. Elle souffrait de crises douloureuses qui s'étaient étendues en 2009.
6. Le Service d'hématologie des Hôpitaux Universitaires du canton de Genève (HUG) a attesté d'une incapacité de travail totale de l'assurée en avril 2010.
7. Le 3 août 2010, le Dr M_____ a attesté de la nécessité pour l'assurée de suivre un régime alimentaire adapté.
8. Le 3 novembre 2010, le Dr N_____, Professeur des Universités Hôpital Henri Mondor à Paris, a attesté que l'assurée était porteuse d'une drépanocytose homozygote et porteuse par ailleurs d'une dysplasie polyanévrismale intéressant les artères du polygone de Willis mais également l'artère vertébrale gauche dans son segment intra-rachidien. L'anévrisme du tronc basilaire, même s'il était de découverte accidentelle était de grande taille (environ 12mm dans son grand axe) et risquait de provoquer des dégâts considérables en cas de rupture. Un traitement avait donc été proposé à la patiente. Ce traitement s'était révélé assez difficile

techniquement car le collet de l'anévrisme incluait l'origine de l'artère cérébrale postérieure gauche.

9. La Dresse O_____ a attesté d'une incapacité totale de travail en mars 2011, mai à juillet 2011, de septembre 2011 à février 2012, en avril 2012, juin 2012 et août 2012.
10. Le 27 mai 2011, l'assurée a requis des prestations d'invalidité.
11. Le 23 juin 2011, la Dresse O_____, FMH médecine interne, a rempli un rapport médical AI dans lequel elle a diagnostiqué une drépanocytose homozygote depuis la naissance et un anévrisme du tronc basilaire depuis 2010; elle suivait l'assurée depuis le 7 février 2011 laquelle présentait des crises douloureuses drépanocytaires, des ulcères des membres inférieurs, une asthénie, un souffle cardiaque, une dyspnée au moindre effort en lien avec l'anémie et une probable HTAP sévère, une asplénie, une néphropathie et des ulcères cutanés dans le contexte de lésions drépanocytaires. L'incapacité de travail était totale depuis le 7 février 2011.
12. Le 4 août 2011, le Dr P_____, médecin adjoint au service d'hématologie des HUG, a écrit à l'OAI qu'il ne pouvait remplir le formulaire AI car la dernière consultation remontait au 11 novembre 2010 et le Dr M_____, qui avait assumé le suivi, avait quitté les HUG.
13. Par communication du 27 octobre 2011, l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI) a estimé que des mesures d'intervention précoce ou de réadaptation professionnelle n'étaient pas indiquées.
14. Le 1^{er} décembre 2011, la Dresse O_____ a indiqué un état de santé stationnaire depuis juin 2011; l'assurée présentait de la fatigabilité, un trouble de la concentration, des douleurs chroniques et une dyspnée.
15. Le 15 décembre 2011, le SMR a estimé que des renseignements complémentaires devaient être demandés à la Dresse O_____.
16. Le 8 février 2012, la Dresse O_____ a indiqué que les douleurs chroniques faisaient suite à des douleurs aiguës dans le contexte de crises vaso-occlusives, déclenchées par des changements de température, fièvre ou déshydratation.
17. Le 7 mai 2012, le Dr Q_____ du Service Médical Régional (SMR) a estimé qu'une expertise auprès du Dr R_____, FMH médecine interne, était nécessaire.
18. Le 19 septembre 2012, le Dr R_____ a rendu son rapport d'expertise fondé notamment sur une consultation du 5 septembre 2012.

L'assurée avait souffert d'une drépanocytose identifiée à l'âge de cinq ans et à l'origine de multiples hospitalisations lors de crises vaso-occlusives. Elle se

plaignait de telles crises trois à quatre, voire cinq fois par an, de douleurs aux avant-bras, coudes, poignets, au dos, aux genoux, au thorax, à la mâchoire et de céphalées avec sensation de tête lourde et vertigineuse.

Il a posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de douleurs chroniques et asthénie chronique dans le cadre d'une drépanocytose homozygote SS avec anémie chronique et ostéoporose et les diagnostics, sans répercussion sur la capacité de travail, d'insuffisance rénale chronique, stade 2, avec clearance à la créatinine à 77 $\mu\text{mol/l}$ selon MDRD et discrète protéinurie (dès 2011), un status après cholécystectomie (2010) et une poly-anévrismale du polygone de Willis et de l'artère vertébrale gauche intrarachidienne; status après embolisation d'un anévrisme du tronc basilaire (2010 et 2012).

En raison de la drépanocytose, l'assurée présentait un double handicap à savoir celui de l'anémie chronique et celui représenté par des crises occlusives caractérisées par leur survenue inopinée, d'intensité variable, localisée ou diffuse. Ces crises avaient un impact sur l'absentéisme lequel, dans le cas de l'assurée, pourrait être de deux à trois jours par mois. En outre, son activité professionnelle devait la mettre à l'abri des facteurs déclenchant les crises vaso-occlusives pouvant être rencontrés dans l'environnement professionnel à savoir principalement les efforts physiques, le stress, la déshydratation et l'exposition à la chaleur ou au froid. Ainsi, seules des activités sans effort soutenu, au port de charges légères, sans exposition au chaud ou au froid intense, étaient possibles. Dans l'activité de femme au foyer, il était retenu une capacité de travail théorique de 90 %. Dans une activité d'aide-animatrice, dernière activité exercée, la capacité de travail était estimée à 80 % pour tenir compte du risque d'absentéisme inévitable et de la baisse de rendement liés à la fatigue chronique. Dans des activités plus exigeantes, telles que femme de ménage, employée d'entretien ou femme de chambre, la capacité de travail était réduite à 50 %. S'agissant d'une affection congénitale, cette détermination de la capacité de travail était applicable dès l'entrée dans le monde professionnel. L'environnement professionnel devait tenir compte de la prévention des facteurs déclenchant les crises constituées par l'altitude, l'exposition aux températures extrêmes, la déshydratation et les infections (milieu hospitalier septique).

Dans une activité adaptée, la capacité de travail était aussi de 80 % pour tenir compte de l'asthénie et du syndrome douloureux chronique.

19. Le 9 octobre 2012, le Dr S_____ du SMR a estimé que l'assurée était capable de travailler à 50 % comme femme de chambre, nettoyeuse, aide de cuisine et à 80 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, depuis l'âge adulte.
20. Le 22 novembre 2012, la réadaptation professionnelle a fixé le degré d'invalidité de l'assurée à 20 % en se fondant sur un revenu sans invalidité de 53'239 fr. (basé sur

l'ESS 2010 niveau 4 à 100 % indexé en 2011) et un revenu d'invalidé de 42'591 fr. (basé sur L'ESS 2010 niveau 4 à 80 %, sans déduction supplémentaire, indexé en 2011).

21. Par projet de décision du 25 janvier 2013, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée en constatant que son degré d'invalidité était de 20 %.
22. Le 26 mars 2013, l'assurée, représentée par un avocat, a écrit à l'OAI qu'elle s'opposait au projet de décision au motif qu'elle était, selon ses médecins-traitants, totalement incapable de travailler.
23. Par décision du 8 avril 2013, l'OAI a confirmé son projet de décision.
24. Le 8 mai 2013, l'assurée, représentée par un avocat, a recouru à l'encontre de cette décision auprès de la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière, subsidiairement une demi-rente d'invalidité; plus subsidiairement elle requérait un reclassement.

L'OAI n'avait pas investigué l'aspect médical auprès du Service d'hématologie et s'était contenté de la réponse du Dr P_____. Elle était en incapacité de travail totale depuis 2011; le Dr R_____ avait rendu une expertise qui contredisait l'avis de tous les médecins traitants.

25. Le 6 juin 2013, l'OAI a conclu au rejet du recours au motif que l'expertise du Dr R_____ était probante. Par ailleurs, l'assurée ne remplissait pas la condition d'assurance puisqu'elle souffrait d'une atteinte congénitale avec un impact sur la capacité de travail dès l'entrée dans le monde professionnel.
26. Le 17 juin 2013, la Cour de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle.

La recourante a déclaré :

"Les symptômes de ma maladie sont des douleurs atroces dans les os, les articulations, la colonne, dans tout le corps ainsi qu'une intense fatigue. J'ai des douleurs permanentes. Je prends tout le temps des médicaments, notamment du Dafalgan, du calcium, de l'acide folique, et d'autres dont je ne me rappelle plus les noms. J'ai dû cesser la prise d'un médicament car j'ai également un problème au rein. Quand je suis en crise aigüe je dois rester couchée, je ne peux plus m'occuper de mon ménage ni me faire à manger. Je dois alors attendre que les médicaments fassent effet. A 12-13 ans j'ai été paralysée pendant deux ans. J'ai été hospitalisée à plusieurs reprises durant mon enfance. J'ai dû ensuite réapprendre à marcher. Adulte j'ai voulu faire comme tout le monde mais en réalité je souffre en permanence et je vis l'enfer. En France, j'ai travaillé pendant trois ans, notamment à l'Hôpital Necker et dans une bijouterie. Comme je suis sans formation j'ai accepté

tous les emplois qui me "tombaient dessus". En Suisse, j'ai également travaillé chez des particuliers comme employée de maison, notamment chez des personnes âgées, ainsi que comme nettoyeuse chez D_____ et chez G_____. Ma maladie s'est ensuite aggravée de telle manière que je n'ai plus pu travailler du tout. Actuellement je ne peux même plus monter des escaliers car je suis essoufflée, ce qui est également un symptôme de ma maladie. Celle-ci provoque aussi des problèmes aux dents et aux yeux. Donc actuellement je ne pourrais plus assumer un travail comme je l'ai fait par le passé. Je suis suivie à Genève par la Dresse O_____, généraliste, et par le Dr P_____ aux HUG. A Paris, je vois le Prof. T_____ qui est un spécialiste de ma maladie. Actuellement, je fais un bilan car j'ai à nouveau des caillots de sang dans la tête et je devrai probablement me faire réopérer à nouveau à Paris. J'ai déjà subi deux opérations à Paris par le Prof. N_____ pour des caillots à la tête. Ma maladie provoque des infections aux yeux, aux reins. Elle est également responsable des caillots de sang que j'ai dans la tête. En général, les personnes qui en souffrent décèdent entre 20 et 30 ans. Lorsque le Dr R_____ m'a reçu il ne m'a pas vraiment examinée. J'ai dû justifier mes problèmes de santé. Je n'avais pas l'impression qu'il connaissait ma maladie. Je suis restée environ 30 à 45 minutes avec lui. Actuellement, je passe mes journées principalement à la maison car je dors beaucoup. Je sors un peu pour me promener car on m'a dit que c'était bon de le faire. Je m'occupe seule de mon ménage. Je ne peux pas vous dire s'il y a des spécialistes de ma maladie à Genève. Je suis suivie depuis 30 ans à Paris, mais je débiterai volontiers un suivi à Genève s'il y avait un spécialiste de ma maladie. Je me suis toujours battue contre ma maladie pour avoir une vie normale, mais maintenant je n'y arrive plus".

L'avocat de la recourante a déclaré :

"Je note que le Dr R_____ a demandé le dossier aux HUG de ma cliente mais qu'il ne l'a pas obtenu et qu'il n'a pas requis d'autres informations ni effectué lui-même d'autres examens".

La représentante de l'OAI a déclaré :

"A ma connaissance, le Dr R_____ a un cabinet et effectue des suivis de patients à Lausanne. Il ne fait pas que des expertises. D'après l'expertise il n'y a pas d'aggravation de l'état de santé postérieure à l'entrée en Suisse. Le Dr R_____ n'a pas nié l'existence même de la maladie. D'ailleurs il avait en sa possession le dossier des HUG".

Un délai a été fixé aux parties pour transmettre à la Cour des noms de spécialistes à même d'effectuer une expertise judiciaire.

La recourante a versé au dossier une pièce relative à des informations médicales sur la drépanocytose.

27. Le 20 juin 2013, le Dr S_____ du SMR a estimé que l'expertise du Dr R_____ était probante, ce d'autant vu l'absence de transfusions, d'hospitalisations répétées et de complications articulaires chez l'assurée.
28. Le 20 juin 2013, l'OAI a contesté la nécessité de mettre en œuvre une expertise judiciaire.
29. Le 5 juillet 2013, l'assurée a proposé que le Dr P_____, spécialiste en matière de drépanocytose – selon le Prof. U_____ médecin chef du service d'hématologie des HUG – soit nommé comme expert.

Elle a relevé que le Dr R_____ ne l'avait auscultée que quelques minutes, n'avait pas eu accès aux récentes analyses sanguines et ne semblait pas connaître sa maladie de sorte qu'une expertise était nécessaire.
30. Le 20 août 2013, le Dr S_____ du SMR a contesté la désignation du Dr P_____ car l'assurée avait été patiente de son service et proposé les Prof. V_____ et W_____ du service d'hématologie du CHUV.
31. Le 20 août 2013, l'OAI a adhéré aux observations du SMR.
32. Le 19 septembre 2013, l'assurée a observé qu'elle ne s'opposait pas à la désignation des Prof. V_____ et W_____ s'ils connaissaient la drépanocytose étant relevé qu'une expertise était nécessaire, le Dr R_____ n'étant pas spécialiste en hématologie.
33. Le 8 octobre 2013, la Cour de céans a informé les parties qu'elle entendait confier une expertise au Prof. X_____, FMH médecine interne générale, hématologie, en indiquant que le Prof. V_____ avait refusé l'expertise proposée, 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.
34. Le 18 octobre 2013, l'assurée a indiqué qu'elle n'avait pas de motif de récusation ni de questions complémentaires à faire valoir.
35. Le 24 octobre 2013, l'OAI en a fait de même, en transmettant un avis du SMR du 14 octobre 2013.
36. Par ordonnance du 29 octobre 2013, la chambre de céans a confié une expertise au Professeur X_____.
37. Le 22 avril 2014, le Prof. X_____ a rendu son rapport fondé sur deux consultations des 29 novembre 2013 et 3 décembre 2013 et des examens complémentaires (ophtalmologique, pulmonaire, cardiologique, néphrologique, ostéo-articulaire et hématologique).

L'assurée présentait une hémoglobinose SS (drépanocytose homozygote) et une anémie sévère, liée à l'hémoglobinopathie. Un traitement de l'anémie était nécessaire rapidement.

Les examens des organes nobles avaient mis en évidence une atteinte pulmonaire, une hypoxémie marquée à l'effort, laquelle constituait un handicap majeur pour exercer un travail. A l'heure actuelle, l'assurée présentait une incapacité de travail de 50%. Une correction de l'anémie aurait comme conséquence d'améliorer l'hypoxémie actuelle marquée et, éventuellement, de réduire son incapacité de travail (après trois à six mois de traitement). L'assurée pourrait exercer une activité lucrative à 50% dès que son anémie se corrigerait partiellement. Par rapport à 2009, son état de santé avait présenté une aggravation en raison de l'anémie sévère. Sans entreprendre un traitement de l'anémie, la patiente n'était pas apte au travail.

La capacité de travail (en relation avec la drépanocytose) diminuait avec les années en fonction du nombre de crise que l'assurée présentait et des lésions apportées aux organes nobles, principalement les poumons. Il fallait proposer à l'assurée une activité avec le minimum d'effort physique, vu les dégâts aux poumons.

38. Le 26 mai 2014, l'OAI a requis qu'une question complémentaire soit posée à l'expert afin que celui-ci fixe le début de l'incapacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée, pour le passé.

Il a transmis un avis de la Dresse Y_____ du SMR du 22 mai 2014 selon lequel la capacité de travail actuelle de 50% fixée par l'expert était validée mais une instruction complémentaire était nécessaire pour déterminer la capacité de travail exigible depuis l'arrivée en Suisse de l'assurée.

39. Le 28 mai 2014, l'assurée a indiqué qu'elle n'avait aucune observation suite à l'expertise judiciaire.

40. A la demande de la chambre de céans, le Prof. X_____ a rendu un rapport complémentaire le 10 juin 2014 en précisant que l'incapacité de travail de l'assurée était totale tant que l'anémie n'était pas partiellement corrigée en raison d'une dyspnée, d'épisodes douloureux et de l'anémie et, en cas de traitement de celle-ci, la capacité de travail devrait être de 50% dans les activités antérieures exercées, mais une réévaluation serait nécessaire, que l'assurée avait, au cours de ces deux dernières années, perdu une grande partie de ses fonctions pulmonaires et que les limitations fonctionnelles étaient présentes depuis les épisodes hémolytiques sévères en 2010, lesquelles avaient conduit l'assurée aux urgences.

41. Le 26 juin 2014, la Dresse Y_____ du SMR, a rendu un avis médical selon lequel, sur la base des réponses de l'expert, il était impossible de se prononcer sur le début de l'incapacité de travail et sur la capacité de travail exigible, sachant en particulier

que l'assurée avait bénéficié des prestations de chômage à 100% de novembre 2009 à mars 2011.

42. Le 30 juin 2014, l'OAI a observé que le début de l'incapacité totale de travail pouvait être fixé à l'échéance du droit aux indemnités de chômage, soit mars 2011, que la capacité de travail actuelle était difficile à fixer sur la base des indications de l'expert et que la décision à rendre devrait tenir compte de l'exigibilité du traitement.
43. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. a) Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20).

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

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 27 mai 2011 faisant état d'une incapacité de travail survenue dès 2009. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003 et s'applique donc au cas d'espèce. Tel est également le cas des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004 (RO 2003 3852) et celles du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision de la LAI), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008. En revanche, les modifications de la LAI du 18 mars 2011, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2012 (6^{ème} révision), ne sont pas applicables au cas d'espèce.

2. Interjeté en temps utile le recours est recevable (art. 60 LPGA).
3. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé

physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA).

4. a) Selon l'art. 28 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes:

a. sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles; b. il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable; c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (al. 1).

La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité (al. 2) : 40 % au moins donne droit à un quart de rente; 50 % au moins à une demie rente; 60 % au moins à un trois quarts de rente et 70 % au moins à une rente entière.

b) Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29, al. 1, LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré.

c) Selon l'art. 88a RAI, en vigueur depuis le 1^{er} mars 2004, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (al. 1). Si l'incapacité de gain ou la capacité d'accomplir considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit les travaux habituels ou l'impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29^{bis} est toutefois applicable par analogie (al. 2).

Une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17

LPGA (ATF 125 V 417 ss. consid. 2d et les références). Aux termes de cette disposition, si l'invalidité d'un bénéficiaire de rente se modifie de manière à influencer le droit à la rente, celle-ci est, pour l'avenir, augmentée, réduite ou supprimée.

5. a) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, 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. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174).

b) La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'oeuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques (ATF 110 V 273 consid. 4b p. 276; arrêt I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b, in RCC 1991 p. 329).

c) 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, 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 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'oeuvre (arrêt I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, in 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

(arrêts I 350/89 précité consid. 3b; I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a, in RCC 1989 p. 328).

d) 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 (arrêt 9C_313/2007 du 8 janvier 2008 consid. 5.2 in fine et la référence).

6. a) Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 78 consid. 5).

b) Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il 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 la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenue jusqu'au moment du prononcé de la décision. On ne saurait s'écarter d'un tel revenu pour le seul motif que l'assuré disposait, avant la survenance de son invalidité, de meilleures possibilités de gain que celles qu'il mettait en valeur et qui lui permettaient d'obtenir un revenu modeste (ATF 125 V 157 consid. 5c/bb et les arrêts cités); il convient toutefois de renoncer à s'y référer lorsqu'il ressort de l'ensemble des circonstances du cas que l'assuré, sans invalidité, ne se serait pas contenté d'une telle rémunération de manière durable (cf. AJP 2002 1487; RCC 1992 p. 96 consid. 4a).

7. a) En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent

un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

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. 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 (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

b) Lorsque, 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 353 consid. 3b/bb).

c) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. 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 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

d) 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. 3b/bb et cc).

e) Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206). A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87).

8. En l'espèce, l'intimé s'est fondé sur l'expertise du Dr R_____ du 19 septembre 2012 pour rejeter la demande de prestations. La chambre de céans a ordonné une expertise judiciaire auprès du Prof. X_____ en considérant que l'expertise du Dr R_____ n'était pas probante. Elle a relevé que cette expertise, effectuée par un médecin qui n'est pas spécialisé en hématologie, est sérieusement remise en cause par d'autres pièces médicales au dossier. En outre, si l'expertise paraît de prime abord complète, comprenant une anamnèse, un état des plaintes de la recourante et une appréciation du cas établissant clairement les limitations fonctionnelles en cause, elle n'est, à l'examen, pas convaincante.

Tout d'abord, le Dr M_____, lequel est chef de clinique du service d'hématologie des HUG et donc un spécialiste du champ médical concerné par l'affection dont souffre la recourante, a attesté d'une aggravation de l'état de santé de la recourante en 2009, avec des crises douloureuses étendues. Or, cette aggravation n'est pas mentionnée du tout par l'expert R_____, ni dans l'histoire médicale selon les pièces (expertise p. 5) où il est uniquement relevé que le Dr M_____ a indiqué une incapacité de travail en 2010, ni dans l'histoire médicale plus récente et les plaintes de l'assurée (expertise p. 10-11), ni encore dans l'appréciation du cas, comprenant le rappel de l'histoire médicale (expertise p. 17-21). En outre, les incapacités de travail attestées par les Drs L_____ (dès 2009) puis M_____ (dès 2010) et O_____ (depuis 2011) ne sont pas discutées du tout par l'expert. Enfin, entendue

en audience de comparution personnelle des parties, la recourante a derechef indiqué qu'elle avait présenté une aggravation de son état de santé de telle sorte qu'elle n'avait plus pu travailler du tout (procès-verbal du 17 juin 2013). Ainsi, l'histoire médicale de la recourante est-elle relatée de façon incomplète et l'expert ne prend pas du tout en considération l'avis des médecins-traitants.

S'agissant des plaintes de la recourante, l'expert a relevé des douleurs aux coudes, au dos et aux genoux apparaissant brutalement et cédant après quelques heures, des douleurs chroniques permanentes aux avant-bras, coudes, poignets, genoux, région thoracique antérieure, rachidiennes, essentiellement dorso-lombaires, à la mâchoire et des céphalées (expertise p. 10). La fatigue n'est pas mentionnée dans les plaintes mais est citée dans les activités de la vie quotidienne (expertise p. 12).

En premier lieu, on constate que l'expert mentionne qu'il est intéressant de noter que la recourante ne manifeste pas de douleurs rachidiennes alors que l'hyperplasie de la moelle érythroïdienne doit être maximale à cet endroit, expliquant ainsi l'ostéoporose (expertise p. 19). Or, l'expert a lui-même relevé dans les plaintes que la recourante mentionnait des douleurs rachidiennes, essentiellement dorso-lombaires (expert p. 10), de sorte que son appréciation n'est pas cohérente. Au surplus, entendue par la Cour de céans la recourante a aussi mentionné qu'elle souffrait de douleurs atroces dans les os, dont la colonne (procès-verbal de comparution personnelle du 17 juin 2013). Lors de cette audience, la recourante a aussi relevé une intense fatigue et indiqué qu'elle dormait beaucoup, fait que l'expert n'a pas discuté du tout et ceci alors-même que la recourante avait mentionné à l'expert de la fatigue puisque celle-ci est citée dans le chapitre des « activités de la vie quotidienne » (expertise p. 12) et que la Dresse O_____ relevait le 23 juin 2011 une asthénie. Les limitations fonctionnelles telles qu'établies par l'expert ne font d'ailleurs pas du tout état de fatigue (expertise p. 23). En particulier, l'expert ne motive pas les raisons qui ont justifié, selon lui, d'écarter la fatigue dans les limitations fonctionnelles retenues.

Par ailleurs, la recourante a également exposé qu'elle souffrait d'essoufflement, lequel s'était aggravé de sorte qu'elle ne pouvait plus monter des escaliers (procès-verbal du 17 juin 2013). La Dresse O_____ avait déjà relevé le 23 juin 2011 une dyspnée au moindre effort en lien avec l'anémie et une probable HTAP sévère ainsi qu'un souffle cardiaque. Même si l'expert tient compte d'une dyspnée d'effort dans les limitations fonctionnelles puisqu'il proscrit une activité nécessitant des efforts physiques (expertise p. 19 et 20), il n'en fait pas du tout état dans les plaintes de la recourante de sorte que l'ampleur de cette dyspnée n'est pas discutée du tout, ni son impact sur les activités quotidiennes et professionnelles de la recourante.

Ainsi, l'expert ne paraît pas avoir pris correctement en compte l'ensemble des plaintes de la recourante.

La chambre de céans a ainsi considéré que l'on pouvait douter du caractère probant de l'expertise du Dr R_____, et que, vu la particularité de l'affection, il paraissait quoiqu'il en soit approprié que la recourante soit examinée par un spécialiste en hématologie, afin d'évaluer en toute connaissance de cause les limitations fonctionnelles induites par cette maladie et, finalement, la capacité de travail de la recourante.

9. Le Prof. X_____ a rendu son rapport d'expertise le 22 avril 2014, complété le 10 juin 2014 ; celui-ci, fondé sur deux examens de la recourante les 29 novembre et 3 décembre 2013, ainsi que des examens approfondis ophtalmologiques, pulmonaires, cardiologiques, rénaux, ostéo-articulaires et hématologiques, est particulièrement complet et bien motivé. Il prend en compte les plaintes de la recourante, relate en détail l'examen clinique et les résultats des examens complémentaires.

Il convient ainsi de constater que ce rapport remplit les critères jurisprudentiels pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante, ce que les parties admettent. A cet égard, l'intimé, bien que relevant un manque de précisions dans les conclusions de l'expert quant à l'évaluation de la capacité de travail de la recourante, ne conteste pas à proprement dit la valeur probante du rapport d'expertise.

L'expert a conclu à une incapacité de travail totale de la recourante en raison d'une dyspnée et d'épisodes douloureux au moindre effort, ainsi qu'un état d'anémie hémolytique sévère. Il a considéré que ces limitations fonctionnelles étaient présentes depuis les épisodes hémolytiques de 2010 qui avaient conduit la recourante aux urgences, et l'atteinte pulmonaire avait diminué au cours de dix dernières années. Un traitement bien conduit de l'anémie pourrait améliorer les fonctions pulmonaires, de telle façon que la recourante pourrait retrouver une capacité de travail de 50% dans les anciennes activités exercées, ce qu'il conviendrait toutefois de réévaluer.

Sur la base des limitations fonctionnelles établies par l'expert, l'intimé reconnaît une incapacité de travail totale de la recourante mais fixe le début de celle-ci à mars 2011, soit à l'échéance des indemnités de chômage qu'aurait perçu la recourante.

Cette manière de faire ne saurait être suivie. En effet, l'expert a établi, sans que cet aspect ne soit médicalement contesté, que la recourante présentait des limitations fonctionnelles entraînant une incapacité de travail totale, en tous les cas depuis 2010. La Dresse Y_____ relève que l'expert ne précise pas les dates des épisodes hémolytiques sévères de 2010. Or, l'expert a mentionné (rapport d'expertise, p. 2) que l'assurée avait été vue par le service d'hématologie des HUG pendant une crise en 2010, ce qu'atteste le rapport du Dr M_____ du 31 mars 2010, qui mentionne une prise en charge le 19 mars 2010, suivie par une incapacité de travail totale dès avril 2010, attestée par le service d'hématologie le 11 avril 2010.

Il convient ainsi de constater que la crise dont fait état l'expert est survenue en mars/avril 2010 de sorte que l'incapacité de travail totale de la recourante peut être fixée dès le 1^{er} avril 2010.

En toute hypothèse, la demande de prestations d'invalidité ayant été déposée par la recourante le 27 mai 2011, la détermination de l'incapacité de travail rétroactive de la recourante peut se limiter à la date du 1^{er} novembre 2010, soit six mois avant le dépôt de la demande de prestations (art. 29 LAI) ; or, à cette date, la recourante était en tous les cas en incapacité de travail totale, selon les constatations de l'expert.

Il n'y a, dans ces conditions, pas lieu de prendre en compte la période durant laquelle la recourante aurait perçu des indemnités de l'assurance-chômage.

C'est également à tort que l'intimé estime que l'incapacité de travail actuelle peut être difficilement fixée, en relevant que l'expert avait dû se référer à chacune des anciennes activités exercées par la recourante. En effet, l'expert a clairement conclu à une incapacité de travail totale de la recourante dans toute activité, au vu de la sévérité des limitations fonctionnelles existant depuis avril 2010.

Autre est la question d'une éventuelle amélioration de l'état de santé de la recourante après administration du traitement préconisé par l'expert et, cas échéant, d'une réévaluation de la capacité de travail de la recourante. A cet égard, il convient de rappeler que selon l'art. 21 al. 4 LPGa, les prestations peuvent être réduites ou refusées temporairement ou définitivement si l'assuré se soustrait ou s'oppose, ou encore ne participe pas spontanément, dans les limites de ce qui peut être exigé de lui, à un traitement ou à une mesure de réinsertion professionnelle raisonnablement exigible et susceptible d'améliorer notablement sa capacité de travail ou d'offrir une nouvelle possibilité de gain. Une mise en demeure écrite l'avertissant des conséquences juridiques et lui impartissant un délai de réflexion convenable doit lui avoir été adressée. Les traitements et les mesures de réadaptation qui présentent un danger pour la vie ou pour la santé ne peuvent être exigés.

10. Au vu de ce qui précède, il convient d'admettre que la recourante a été en incapacité de travail totale depuis le 1^{er} novembre 2010 au moins, de sorte que six mois après le dépôt de sa demande de prestations du 27 mai 2011, soit au 1^{er} novembre 2011 (art. 29 al. 1 LAI), la recourante a présenté une incapacité de travail totale depuis une année (art. 28 let. a LAI), ouvrant le droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} novembre 2011.

Par ailleurs, il incombera à l'intimé d'examiner, au vu du rapport d'expertise, si le traitement préconisé par le Prof. X_____ est exigible de la recourante, au sens de l'art. 21 al. 4 LPGa et, cas échéant, de procéder selon cette disposition (cf à cet égard ATF du 17 avril 2008 9C 385/2007).

11. Partant, le recours sera admis, et la décision litigieuse annulée. Il sera dit que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} novembre 2011. Une

indemnité de CHF 3'500.- sera allouée à la recourante, à charge de l'intimé ; celui-ci sera en outre condamné au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision de l'intimé du 8 avril 2013,
4. Dit que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} novembre 2011.
5. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de CHF 3'500.- à titre de participation à ses frais et dépens.
6. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Florence SCHMUTZ

Valérie MONTANI

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