

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2699/2013

ATAS/473/2014

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 7 avril 2014

9^{ème} Chambre

En la cause

Madame I _____, domiciliée à GENEVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Gilbert BRATSCHI

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Francine PAYOT ZEN-RUFFINEN, Présidente; Maria Esther
SPEDALIERO et Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame I_____ (ci-après l'assurée ou la recourante), ressortissante kosovare née en 1981, est arrivée en Suisse en 2002.
2. Le 31 mai 2005, l'assurée a déposé une demande de prestations tendant au reclassement ou au placement auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après l'OAI ou l'intimé), invoquant un infarctus du myocarde, un accident vasculaire cérébral ischémique ainsi qu'un syndrome des anticorps anti-phospholipides.
3. Selon un questionnaire rempli par X_____ SA le 25 août 2005, l'assurée a réalisé au service de cette entreprise un revenu de 1'282 fr. 80 en mai 2004, soit 25 fr. de l'heure, supplément pour jours fériés et indemnité de vacances non compris.
4. Dans un rapport du 2 août 2005, la Dresse J_____ et le Dr K_____, médecins auprès du Département de médecine communautaire des HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENEVE (HUG), ont posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de syndrome d'anticorps anti-phospholipides, d'accident vasculaire cérébral (AVC) ischémique en mai 2002, avec déficits moteurs résiduels du membre supérieur droit, d'infarctus du myocarde inférieur en 2004, de trouble de la concentration avec ralentissement psychomoteur et de dépression légère à modérée sans idées suicidaires. L'assurée souffrait également d'une anémie ferriprive actuellement substituée et d'un foramen ovale perméable, ces atteintes étant sans incidence sur la capacité de travail. L'incapacité de travail était de 50 % du 19 août 2004 au 27 juillet 2005. L'état de l'assurée était stationnaire et ne pouvait être amélioré par des mesures médicales. Des mesures professionnelles étaient en revanche indiquées. Dans l'anamnèse, la Dresse J_____ et le Dr K_____ ont fait état d'une diminution de la mobilité dans les activités de la vie quotidienne avec des difficultés pour comprendre, organiser et effectuer des tâches. L'assurée se plaignait d'une fatigue du membre supérieur droit à la suite de l'AVC et se sentait moins rapide que les autres. Les médecins constataient effectivement une diminution de la mobilité avec fatigabilité du membre supérieur droit, une maladie psychique et un trouble de la concentration. Un examen neuropsychologique pouvait s'avérer utile.

Dans l'annexe à leur rapport, la Dresse J_____ et le Dr K_____ ont noté que les atteintes se répercutaient sur l'activité professionnelle sous forme d'une diminution de la rapidité d'exécution et d'une difficulté d'organisation et de compréhension des tâches simples. L'activité pouvait encore être exercée à raison de 4 heures par jour. Le rendement était de 50 %. Une autre activité était exigible, par exemple dans le ménage et la cuisine. Compte tenu du traitement d'anticoagulation, il fallait éviter les risques de coupure et de chute. Une activité adaptée serait également exigible 4 heures par jour, une diminution du rendement étant attendue dans ce cadre horaire. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : positions assise, debout ou position statique durant 4 heures par jour au

plus, limitation du périmètre de marche à 1'000 mètres, limitation du membre supérieur droit lors de port de charges, pas de fonctionnement intellectuel normal, pas d'horaire de travail irrégulier ni de travail en hauteur ou sur une échelle. Il y avait lieu d'éviter le bruit, la poussière, les objets tranchants ou contendants. L'assurée était motivée pour la reprise du travail ou un reclassement et l'absentéisme prévisible était faible. La reprise pouvait se faire à 50 % dès que possible.

5. Dans un questionnaire du 17 octobre 2005, l'ancien employeur a précisé que les rapports de travail avaient pris fin d'un commun accord au 1^{er} juin 2004 car l'assurée ne convenait pas au poste. Son horaire de travail était de 10 heures par semaine. Le salaire correspondant à son rendement était de 17 fr. 35, auxquels s'ajoutait une indemnité de 8.33 % pour les vacances.
6. Le 24 janvier 2006, les HUG ont précisé que l'AVC avait eu lieu au Kosovo et qu'ils ne disposaient d'aucun rapport à ce sujet. Ils ont en revanche communiqué à l'OAI un rapport du 13 février 2004 des Drs L_____ et M_____, médecins au Département de médecine interne des HUG, dans lequel ces médecins ont mentionné les diagnostics d'infarctus inférieur au décours avec coronaires saines, d'anémie ferriprive et les comorbidités suivantes : syndrome des anticorps anti-phospholipides, status post AVC ischémique du bras, de foramen ovale perméable, de notion d'allergie aux œufs et d'interruption de grossesse à 8 semaines. L'assurée avait subi un cathétérisme cardiaque le 29 janvier 2004, après avoir été hospitalisée en raison de douleurs abdominales, de nausées, de vomissements et de douleurs rétrosternales.
7. A la demande de l'OAI, le Dr N_____ et la Dresse O_____, médecins auprès de la Clinique de neurologie des HUG, ont procédé à l'expertise de l'assurée le 31 mai 2006. Dans leur rapport du 13 juin suivant, ils ont brièvement retracé son anamnèse. En avril 2002, l'assurée avait présenté un AVC sylvien gauche, se traduisant cliniquement par des troubles du langage ainsi qu'une plégie hémicorporelle droite. Elle avait été hospitalisée durant deux semaines avant de poursuivre durant trois semaines une neuroéducation. L'évolution avait été favorable puisque l'assurée ne se déplaçait qu'en fauteuil roulant au début de la rééducation alors qu'elle pouvait marcher sans moyen auxiliaire à la fin de cette mesure. Elle décrivait néanmoins des difficultés à bouger correctement son membre supérieur droit ainsi qu'à trouver spontanément les mots. L'assurée avait par la suite continué à faire des progrès et la stabilisation clinique était atteinte depuis environ début 2003, époque à laquelle l'assurée indiquait avoir un niveau de fonctionnement comparable à celui qu'elle présentait au moment de l'expertise. L'assurée avait travaillé en juin 2003 en tant que nettoyeuse dans un commerce durant 4 à 6 semaines pour un remplacement. Elle travaillait deux heures le matin et deux heures le soir. Elle avait pu exercer cette activité sans problème particulier mais en étant gênée par une certaine lenteur d'exécution dans les tâches et par une certaine fatigabilité. Elle disait qu'elle aurait pu continuer cette activité en adoptant

son propre rythme sans problème particulier. Les médecins ont rapporté les plaintes suivantes. L'assurée se disait ralentie dans les tâches quotidiennes et notamment dans l'écriture, bien qu'elle puisse assumer son ménage sans problème. Elle ne faisait état d'aucune faiblesse du côté droit. La main droite la gênait uniquement lors de certains mouvements fins, tels que le déboutonnage ou les tâches exigeant une motricité fine. Elle pouvait lire plusieurs heures d'affilée et ne mentionnait pas de problème attentionnel majeur. Ses activités quotidiennes consistaient à faire les courses, son ménage, à lire et à sortir occasionnellement avec ses amis. Les experts ont ensuite procédé à un examen clinique avant de poser les diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail de syndrome des anticorps anti-phospholipides, d'AVC ischémique sylvien gauche en mai 2002 avec pour séquelles des troubles de la concentration et dysfonctionnement exécutif modéré plus marqué dans le langage verbal, un ralentissement psychomoteur, des troubles phasiques modérés et un déficit moteur résiduel du membre supérieur droit. Les atteintes sans incidence sur la capacité de travail étaient un foramen ovale perméable, une anémie ferriprive actuellement substituée, des céphalées post-AVC bien jugulées sous traitement antalgique et un infarctus du myocarde en 2003. Les troubles constatés induisaient les limitations suivantes: parésie résiduelle du membre supérieur droit prédominant distalement, responsable d'une diminution de la mobilité et d'une fatigabilité dans les activités de la vie quotidienne, un ralentissement psychomoteur et dysfonctionnement exécutif ainsi que langagier séquellaire modéré, représentant la principale plainte de l'assurée. Le ralentissement psychomoteur avait également un retentissement dans les interactions sociales. Objectivement, il existait un hémisyndrome droit à prédominance nettement brachiale pouvant effectivement gêner l'assurée dans sa vie quotidienne et ralentir certaines tâches. Le ralentissement était également objectivable lors de l'examen neuropsychologique, qui mettait en évidence un dysfonctionnement exécutif modéré, caractérisé par un défaut de programmation et d'initiation verbales associé à un fort ralentissement. Il existait en outre des productions langagières altérées et des troubles mnésiques massifs sur matériel verbal. L'assurée présentait une incapacité de travail d'au moins 20 % depuis l'AVC et la capacité de travail pouvait désormais être estimée à 50 %. Des mesures de réadaptation professionnelle étaient envisageables, bien que la non-maîtrise du français soit un handicap. L'assurée ayant par le passé pu assumer une activité de nettoyeuse à 50 %, une telle activité était parfaitement envisageable actuellement. Le poste devrait néanmoins être adapté aux séquelles, soit un certain ralentissement psychomoteur et une mobilité discrètement réduite du membre supérieur droit entraînant une adaptation du rythme sans surutilisation de la main droite. Une activité adaptée pourrait être exercée à raison de 4 heures par jour environ, par exemple deux heures le matin et deux heures l'après-midi. Ces horaires seraient adaptés à la diminution du rendement. Une autre activité que celle de nettoyeuse pourrait être proposée mais la barrière de la langue limitait l'éventail de postes.

Quelle que soit l'activité, on devait tenir compte de la capacité réduite de l'assurée à utiliser sa main droite, de la fatigabilité et du ralentissement psychomoteur.

Les experts ont joint le rapport d'examen neuropsychologique réalisé le 31 mai 2006 par Monsieur P_____, neuropsychologue, qui a conclu à des productions langagières altérées par un pseudo-bégaiement et par un manque du mot dans les épreuves, les erreurs en dénomination étant en partie explicables par le niveau d'acquisition ; à de très grosses difficultés dans le langage écrit s'expliquant par le très faible niveau d'instruction de l'assurée ; à un dysfonctionnement exécutif modéré caractérisé par un défaut de programmation et d'initiation verbales associé à un fort ralentissement ; et à un trouble mnésique massif pour le matériel verbal. Pour le surplus, la symptomatologie évoquait une souffrance sous-cortico-frontale marquée, à prédominance hémisphérique gauche. Ces données étaient compatibles avec l'antécédent médical, soit l'AVC.

8. Dans son avis du 15 août 2006, le Dr Q_____, spécialiste FMH en anesthésiologie et médecin auprès du SERVICE MEDICAL REGIONAL DE L'AI (SMR), a noté que l'infarctus avait évolué favorablement et n'avait plus d'incidence sur la capacité de travail. Quant à l'AVC, il s'était produit avant l'arrivée de l'assurée en Suisse. Le travail de nettoyeuse exercé durant 6 semaines en juin 2003 était adapté et des mesures d'ordre professionnel n'étaient pas susceptibles d'augmenter la capacité de travail. L'assurée ne présentait pas d'atteinte invalidante survenue après son arrivée en Suisse.
9. Le 21 août 2006, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision rejetant la demande de l'assurée en reprenant les conclusions du Dr Q_____ et en rappelant que le droit à des rentes était ouvert pour les ressortissants kosovars de Serbie et Monténégro ayant leur domicile en Suisse notamment si lors de la survenance du cas d'assurance, ils remplissaient l'une des conditions suivantes: ils avaient versé des cotisations pendant au moins une année, ils avaient vécu au moins un an avec leur conjoint qui exerçait une activité lucrative et versait des cotisations égales au double des cotisations minimales, ils comptaient une année de bonifications pour tâches éducatives ou d'assistance.
10. Par décision du 27 septembre 2006, l'OAI a confirmé la teneur de son projet.
11. Le 12 juillet 2011, l'assurée a déposé une demande auprès de l'OAI, utilisant pour ce faire le formulaire relatif à l'allocation pour impotent. A toutes les questions portant sur un besoin d'aide dans les actes ordinaires de la vie, elle a coché les cases « non ».
12. Dans son rapport du 21 juillet 2011, le Dr R_____, spécialiste FMH en psychiatrie, a posé les diagnostics de trouble psychotique non spécifié, avec risque d'évolution vers une schizophrénie paranoïde depuis 2009 (F 29) et de retard mental léger avec bégaiement depuis l'enfance. L'état de santé de l'assurée ne pouvait être amélioré par des mesures médicales. Celle-ci avait subi des décompensations psychotiques fréquentes sans troubles du comportement. Le

pronostic était réservé, malgré une bonne insertion familiale. L'état était stationnaire grâce à un traitement neuroleptique. Le Dr R_____ a confirmé ces diagnostics dans le formulaire du 27 octobre 2011 relatif aux personnes impotentes.

13. Le 3 novembre 2011, l'OAI a fait parvenir à l'assurée un projet de décision refusant l'octroi d'une allocation pour impotent car celle-ci n'avait pas besoin d'aide pour accomplir les actes ordinaires de la vie quotidienne. Compte tenu de son atteinte à la santé, un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie aurait pu être octroyé. Or, le droit à une allocation d'impotent pour ce seul motif était subordonné au fait que l'assuré soit au bénéfice d'un quart de rente au moins, ce qui n'était pas le cas en l'espèce.
14. L'OAI a repris les termes de son projet dans sa décision du 13 décembre 2011.
15. Le 8 mai 2012, la psychologue de l'assurée a indiqué à l'OAI que c'était par erreur que le formulaire concernant les allocations pour impotent avait été utilisé. Elle a affirmé qu'elle avait téléphoné à l'OAI en septembre 2011 pour l'en avertir et que ce dernier s'était engagé à faire les modifications nécessaires. Elle a requis une réouverture du dossier afin de déterminer le droit à une réinsertion professionnelle ou à une rente. Le courrier de la psychologue était cosigné par l'assurée.
16. Par courrier du 6 juin 2012, l'OAI a signalé à l'assurée que la nouvelle demande de prestations devait établir de manière plausible que l'invalidité s'était modifiée de manière à influencer ses droits. Il y avait lieu de lui faire parvenir jusqu'au 9 juillet 2012 tous les documents médicaux rendant plausible l'aggravation de son état de santé.
17. Le 26 juillet 2012, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision aux termes duquel il n'entrait pas en matière sur sa demande de révision, celle-ci n'ayant pas fait parvenir de nouvelle pièce médicale.
18. L'OAI a confirmé son projet par décision du 25 septembre 2012.
19. Par courrier du 2 avril 2013, l'assistant social de l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations. Dans son courrier à l'OAI, il a fait valoir que l'état de santé de l'assurée s'était dégradé récemment et qu'elle présentait une insuffisance rénale. Elle subissait des hémodialyses trois fois par semaine et la Dresse S_____, médecin auprès du Service de néphrologie, se tenait à disposition pour d'éventuelles précisions. Dans la formule officielle jointe à son courrier et signée par l'assurée, l'assistant social a inscrit ses coordonnées « pour précisions » dans la rubrique « Remarques complémentaires ».

Un certificat médical joint, établi par le Dr T_____, attestait de l'hospitalisation de l'assurée du 26 novembre 2012 au 5 mars 2013 dans le Service de médecine générale des HUG et d'une incapacité de travail totale dès le 26 novembre 2012. Etait également annexée une feuille de transfert des HUG, dont il ressortait que l'assurée avait subi des dialyses.

20. Par courrier du 8 avril 2013 adressé uniquement à l'assurée, l'OAI a requis de cette dernière tous les documents médicaux permettant de rendre plausible une aggravation de son état de santé. Un délai de 30 jours lui était imparti à cette fin.
21. Dans son avis du 13 mai 2013, le Dr U _____, médecin au SMR, a indiqué que l'information médicale fournie par l'assurée était insuffisante pour admettre une nouvelle atteinte à la santé.
22. Le 21 mai 2013, l'OAI a indiqué à l'assurée dans un projet de décision qu'il entendait refuser d'entrer en matière sur sa nouvelle demande, cette dernière n'ayant pas rendu vraisemblable une modification essentielle des conditions de fait depuis la dernière décision.
23. L'OAI a confirmé le refus d'entrer en matière par décision du 1^{er} juillet 2013.
24. Par courrier du 7 août 2013, l'assurée a déclaré s'opposer à la décision de l'OAI.
25. Le 14 août 2013, l'OAI a transmis cette écriture à la Cour de céans comme objet de sa compétence.
26. Le 27 août 2013, l'assurée, sous la plume de son conseil, interjette recours contre la décision de l'OAI auprès de la Cour de céans et sollicite un délai pour compléter son recours. Se référant au rapport du 27 octobre 2011 du Dr R _____, elle affirme que son état de santé n'a cessé de se dégrader depuis la dernière décision de l'intimé et qu'elle est totalement incapable de reprendre une activité de nettoyeuse.
27. Par écriture du 19 septembre 2013, la recourante conclut à l'annulation de la décision du 1^{er} juillet 2013 et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Elle transmet à la Cour de céans un courrier du 12 septembre 2013 adressé au SMR par la Dresse V _____, médecin au Service de néphrologie des HUG. Il en ressort que la recourante a présenté en décembre 2012 une composante catastrophique du syndrome des anticorps phospholipides, avec une microangiopathie thrombotique et une insuffisance rénale rapidement progressive, nécessitant des plasmaphèreses et des cures répétées de cyclophosphamide. L'évolution avait été défavorable et la recourante avait dû être mise au bénéfice d'une hémodialyse chronique. Au plan néphrologique, il était nécessaire d'effectuer 4 séances par semaine, ce qui exigeait un investissement complet de la recourante. La prise en charge était par ailleurs compliquée par une dysarthrie et une aphasie séquellaire à ses AVC, dans le contexte du syndrome des anticorps anti-phospholipides. Compte tenu de ces éléments, il était inenvisageable pour la recourante d'assumer une activité professionnelle. Le pronostic était délicat et une greffe était en cours d'évaluation.
28. Dans sa réponse du 25 septembre 2013, l'intimé conclut au rejet du recours. Il rappelle les conclusions de l'expertise neurologique et le fait que l'AVC s'est produit avant l'arrivée en Suisse de la recourante. Une possible dégradation de l'état de santé ne saurait remettre en question le fait que les conditions d'assurance n'étaient pas remplies lors de la survenance de l'invalidité. En l'espèce, les séquelles de l'AVC sont toujours présentes et l'état de santé semble s'être aggravé

récemment, sans que ne puissent être relevées des périodes d'interruptions notables de l'incapacité de gain. Aucun rapport médical ne mentionne une rémission ou une disparition des séquelles consécutives à la première atteinte. Partant, l'intimé ne dispose d'aucun élément lui permettant de procéder à une appréciation différente du cas.

29. Par réplique du 17 janvier 2014, la recourante conclut à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité depuis mai 2009. Elle présente un problème médical complexe que la Cour de céans devra trancher. C'est à tort que l'intimée considère que son invalidité totale est uniquement la conséquence de son AVC. Se référant à l'expertise des neurologues des HUG, la recourante rappelle que son état de santé n'entraînait pas d'incapacité de travail ou de gain totale au plan neurologique, les Drs N_____ et O_____ ayant admis une capacité de travail de 50 % en tant que nettoyeuse. De plus, la recourante affirme avoir perçu des indemnités de chômage entre 2004 et 2006. Conformément aux indications des Drs R_____ et V_____, la recourante est désormais complètement invalide. Elle doit être mise au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité dès le 2 mai 2009 puisque toute activité est devenue impossible pour elle sur le plan psychique. Compte tenu de la complexité de son cas, la Cour de céans devra ordonner une expertise médicale pluridisciplinaire afin de déterminer notamment à quel moment les troubles psychiques ont induit une invalidité supérieure à celle d'ordre somatique.

L'extrait de compte individuel versé à l'appui de son écriture révèle que la recourante a réalisé des revenus de 601 fr. en décembre 2005 et 1'400 fr. entre les mois de janvier et octobre 2006 au service de Y_____ SA. La recourante produit également un rapport établi le 9 décembre 2013 par le Dr R_____ et Madame A_____, psychologue, attestant que la recourante bénéficie d'un suivi psychiatrique depuis mai 2009. Ses capacités intellectuelles sont au-dessous de la moyenne. Une première décompensation psychotique avec idées délirantes de persécution et troubles de la concentration incompatible avec l'exercice d'une activité professionnelle a été objectivée en 2009. Grâce au traitement et au soutien familial, l'évolution est très lentement favorable avec disparition des idées de persécution et diminution nette des troubles de la concentration à fin 2011. Un diagnostic de trouble psychotique non spécifié (F 29) a été retenu. En 2012, la recourante a connu une période de rémission partielle jusqu'à l'été 2013, époque à laquelle elle a subi une rechute des idées délirantes et une dégradation des capacités cognitives avec troubles de la concentration et isolement social. Partant, la capacité de travail du point de vue psychique peut être considérée comme complète jusqu'au 1^{er} mai 2009, nulle du 2 mai 2009 au 31 décembre 2011, de 50 % du 1^{er} janvier 2012 au 31 août 2013 et à nouveau nulle dès le 1^{er} septembre 2013. Sa situation n'est pas stabilisée.

30. Dans sa duplique du 10 février 2014, l'intimée persiste dans ses conclusions. La recourante fait abstraction de la décision rendue le 27 septembre 2006, aux termes de laquelle les conditions d'assurance n'étaient pas remplies au moment de

l'ouverture du droit à la rente. Une nouvelle atteinte psychique survenue plus récemment ne modifie en rien ce constat, faute d'interruption notable de l'incapacité de gain entre la première atteinte et la survenance de la deuxième atteinte. Une aggravation de l'état de santé ne constitue pas une nouvelle survenance qui ouvrirait un nouveau cas d'assurance. Partant, une expertise ne se justifie pas et l'intimé s'y oppose.

31. Dans son écriture du 20 février 2014, la recourante répète que c'est en raison d'une atteinte totalement différente que son invalidité est passée de 50 % à 100 % en mai 2009. L'argumentation de l'intimée n'est pas compréhensible et la recourante sollicite derechef la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire judiciaire.
32. Le 24 janvier 2013, la Cour de céans a transmis copie de cette écriture à l'intimé.
33. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ; RGS 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).

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

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable à la présente procédure.
3. Le recours, interjeté dans les délais et forme légaux, est recevable (art. 56ss LPGA).
4. Le litige est limité au point de savoir si l'intimé était fondé à refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations.

A ce stade de la procédure, la Cour de céans n'a en revanche pas à examiner si les conditions du droit aux prestations sont remplies, de sorte qu'elle ne statuera pas sur la demi-rente dont la recourante sollicite l'octroi.

5. Lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 et 4 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI; RS 831.201]). Les conditions d'entrée en matière prévues par l'art. 87 al. 3 et 4 RAI ont pour but de restreindre la possibilité de présenter de manière répétée des demandes de rente identiques (ATF 133 V 108 consid. 5.3.1).

Si les allégations de l'assuré ne sont pas plausibles, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. A cet égard,

l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter (ATF 109 V 108 consid. 2b).

6. L'exigence sur le caractère plausible de la nouvelle demande selon l'art. 87 al. 3 RAI ne renvoie pas à la notion de vraisemblance prépondérante usuelle en droit des assurances sociales. Les exigences de preuves sont, au contraire, sensiblement réduites en ce sens que la conviction de l'autorité administrative n'a pas besoin d'être fondée sur la preuve pleinement rapportée qu'une modification déterminante est survenue depuis le moment auquel la décision refusant les prestations a été rendue. Des indices d'une telle modification suffisent alors même que la possibilité subsiste qu'une instruction plus poussée ne permettra pas de l'établir (Damien VALLAT, La nouvelle demande de prestations AI et les autres voies permettant la modification de décisions en force, RSAS 2003, p. 396 ch. 5.1; ATFA non publié I 724/99 du 5 octobre 2001, consid. 1c/aa).

Lors de l'appréciation du caractère plausible d'une modification déterminante des faits influant sur le droit aux prestations, on compare les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision administrative litigieuse et les circonstances prévalant à l'époque de la dernière décision d'octroi ou de refus des prestations (ATF 130 V 64 consid. 2; ATF 109 V 262 consid. 4a).

Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande après un refus de prestations (cf. art. 87 al. 4 RAI), elle doit instruire la cause et déterminer si la situation de fait s'est modifiée de manière à influencer les droits de l'assuré. En cas de recours, le juge est tenu d'effectuer le même examen quant au fond (ATF 130 V 64 consid. 2 et les arrêts cités). Par analogie avec le cas de la révision au sens de l'art. 17 LPGA, pour déterminer si la modification des faits (relatifs à l'état de santé ou la situation économique) suffit à admettre le droit à la prestation litigieuse, il y a lieu de comparer les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision de refus de prestations et les circonstances existant au moment du prononcé de la nouvelle décision (ATF 130 V 343 consid. 3.5 ; ATF non publié 9C_1012/2008 du 30 juin 2009, consid. 2).

La jurisprudence considère que l'administration n'est pas entrée en matière sur une demande de reconsidération lorsqu'elle se borne à procéder à un examen sommaire de la requête et répète les motifs invoqués dans la décision initiale (ATF 117 V 8 consid. 2b/aa; ATF non publié 8C_866/2009 du 27 avril 2010, consid. 2.2). Ainsi lorsque l'OAI soumet le dossier de l'assurée au SMR et renonce à des investigations complémentaires, il n'entre pas en matière au sens de l'art. 87 RAI (ATF non publié 9C_516/2012 du 3 janvier 2013, consid. 4.1).

7. Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (ATF 125 V 193 consid. 2), ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 al. 3 RAI. Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le

droit des assurances sociales, le Tribunal fédéral des assurances a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 aRAI, depuis repris à l'art. 43 al. 3 LPGA, qui permet aux organes de l'AI de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assuré de coopérer, à la procédure régie par l'art. 87 al. 3 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (ATF non publié 9C_970/2010 du 30 mars 2011, consid. 3.3). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité s'est modifiée, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5).

8. En l'espèce, le certificat d'hospitalisation joint à la nouvelle demande ne suffit pas à rendre plausible une aggravation de l'état de santé de la recourante, dès lors qu'on ignore quelle en est la cause. La mention de dialyses dans la fiche de transfert des HUG ne mentionnant pas l'atteinte qui est à leur origine, elle n'y suffit pas non plus. Conformément à la jurisprudence citée, la recourante ne pouvait pas non plus se borner à inviter l'intimé à se renseigner auprès de la Dresse S_____.

Cela étant, la nouvelle demande de prestations était signée par la recourante mais mentionnait que l'assistant social de cette dernière devait être contacté pour plus de précisions.

Selon l'art. 37 LPGA, une partie peut, en tout temps, se faire représenter, à moins qu'elle ne doive agir personnellement, ou se faire assister, pour autant que l'urgence d'une enquête ne l'exclue pas (al. 1). L'assureur peut exiger du mandataire qu'il justifie ses pouvoirs par une procuration écrite (al. 2). Tant que la partie ne révoque pas la procuration, l'assureur adresse ses communications au mandataire (al. 3).

L'existence d'une procuration écrite n'est pas une condition formelle nécessaire pour admettre le rapport de représentation dans la procédure administrative fédérale. L'art. 11 al. 2 de la loi sur la procédure administrative (PA ; RS 172.021) dispose simplement que l'autorité peut exiger du mandataire qu'il justifie de ses pouvoirs par une procuration écrite. Ainsi, une procuration orale ou découlant d'actes concluants est également valable (ATF 99 V 177 consid. 3). Ce principe vaut également dans le domaine des assurances sociales. L'assureur est libre d'exiger une procuration écrite. A cet effet, il impartit un délai et doit adresser la demande de procuration tant à l'assuré qu'à son représentant. (Ueli KIESER, ATSG-Kommentar: Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, 2^{ème} éd., Zurich 2009, nn. 11 et 12 ad art. 37). Le principe visé à l'art. 37 al. 3 LPGA tend, dans l'intérêt de la sécurité du droit, à écarter tout doute sur le point de savoir si la communication doit être adressée à la partie ou à son représentant et de déterminer quelles sont les

communications qui font partir les délais (ATF non publié 9C_791/2010 du 10 novembre 2010, consid. 2.2).

On doit considérer qu'en signant la demande de prestations invitant l'intimé à s'adresser à son assistant social pour tout renseignement complémentaire, la recourante a implicitement donné procuration à ce dernier de la représenter. Une telle analyse s'impose également eu égard au chiffre 1042 de la Circulaire sur la procédure dans l'assurance-invalidité (CPAI) dans sa version dès le 1^{er} février 2013, qui dispose que la procuration ne déployant ses effets que par la signature de la demande, celle-ci doit être signée ou cosignée par l'assuré même lorsqu'elle est déposée par une autorité ou par un tiers (ch. 1042). Or, malgré le rapport de représentation ainsi signifié à l'intimé, ce dernier n'a adressé la demande de rapports complémentaires qu'à la recourante.

Bien que le courrier de l'intimé à la recourante du 8 avril 2013 ne soit pas une décision, il se justifie néanmoins d'appliquer par analogie les principes dégagés par la jurisprudence concernant la notification irrégulière d'une décision.

L'art. 11 al. 3 PA – dont la teneur est identique à l'art. 37 al. 3 LPGA – ne représente pas une simple prescription d'ordre, dont l'inobservation n'entraînerait aucune conséquence juridique. Ainsi, lorsqu'une décision est communiquée aussi bien à la partie qu'à son mandataire, c'est la date de la notification au mandataire qui est en principe déterminante pour la computation du délai de recours. Quant à la notification à la seule partie représentée, elle est irrégulière. De même qu'un justiciable doit se laisser opposer les erreurs commises par son mandataire ou ses auxiliaires, aucun désavantage ne doit, inversement, être mis à sa charge lorsque l'autorité procède à des notifications en d'autres mains que celle du représentant. Demeure toutefois réservé, à cet égard, un comportement contraire à la bonne foi de la partie ou de son mandataire (ATFA non publié B 142/05 du 9 janvier 2007, consid. 3.1 et les références). Le formalisme de la notification est contre-balancé par l'interdiction de l'abus de droit du destinataire. On admet ainsi que la personne à qui l'acte n'a pas été notifié doit s'en prévaloir en temps utile, dès que d'une manière ou d'une autre elle est au courant de la situation (Yves DONZALLAZ, La notification en droit interne suisse, Berne 2002, p. 568 n. 1205). Or, rien ne permet d'affirmer ici que le représentant de la recourante a pu prendre connaissance de la teneur du courrier de l'intimé du 8 avril 2013 avant l'échéance du délai. Compte tenu des lacunes en français de la recourante et de son possible retard mental, évoqué par le Dr R_____, il n'est pas certain qu'elle en ait saisi la portée et en ait discuté avec son assistant social. Partant, on ne peut attacher de conséquences au fait qu'elle n'ait pas agi dans le délai imparti pour produire les rapports médicaux sollicités par l'intimé.

Ainsi, l'intimé ne peut se prévaloir du fait que la recourante n'a pas donné suite à sa demande de rapports médicaux avant l'expiration du délai fixé en avril 2013.

9. Par économie de procédure, il convient d'examiner les rapports de la Dresse V_____ et du Dr R_____, même s'ils ont été produits par la suite, l'intimé s'étant déjà déterminé à leur propos dans sa duplique du 10 février 2014. Ces médecins font état d'atteintes néphrologique et psychique. Il s'agit incontestablement là d'affections nouvelles. En effet, l'instruction médicale ayant donné lieu à la première décision de l'intimé a révélé un syndrome des anticorps anti-phospholipides, des troubles de la concentration et dysfonctionnement exécutif modéré plus marqué dans le langage verbal, un ralentissement psychomoteur, des troubles phasiques modérés et un déficit moteur résiduel du membre supérieur droit, séquelles d'un AVC survenu en 2002, ainsi qu'un foramen ovale perméable, une anémie ferriprive et des céphalées. Contrairement à ce que semble alléguer l'intimé, si la néphrologue a certes admis que les séquelles de l'AVC compliquaient le traitement de l'insuffisance rénale dans son courrier du 12 septembre 2013, cela ne suffit pas à considérer que cette affection n'est qu'une conséquence de cet AVC. Sur ce point, il faut souligner qu'il n'est pas exclu que l'aggravation de l'état de santé d'une personne qui, au moment de la survenance de l'invalidité, ne remplissait pas les conditions d'assurance, puisse constituer un nouveau cas d'assurance si elle est due à une affection totalement différente de celle ayant initialement entraîné l'invalidité (ATF non publié 9C_884/2011 du 22 décembre 2011).

L'argument de l'intimé, selon lequel la recourante n'aurait pas subi d'incapacité de travail, tombe également à faux. En effet, le Dr T_____ a attesté d'une incapacité de travail totale depuis le 26 novembre 2012 et le Dr R_____ a indiqué que du point de vue psychique, la recourante avait été totalement incapable de travailler de mai 2009 à décembre 2011, avant de recouvrer sa capacité de travail de 50 % jusqu'au 31 août 2013 puis d'être à nouveau en incapacité de travail totale dès le lendemain.

Compte tenu de ces éléments, la recourante a rendu plausible une dégradation de son état de santé. Partant, l'intimé doit entrer en matière sur sa nouvelle demande et prendre les mesures d'instruction nécessaires.

10. Eu égard à ce qui précède, le recours est admis dans la mesure où il est recevable.

La recourante a droit à des dépens, qu'il convient de fixer à 1'500 fr. (art. 61 let. g LPGA).

La procédure en matière d'assurance-invalidité n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1^{bis} LAI), un émolument de 500 fr. sera mis à la charge de l'intimé, qui succombe.

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

Statuant

1. Admet le recours, dans la mesure où il est recevable.
2. Annule la décision du 1^{er} juillet 2013 en tant qu'elle refuse d'entrer en matière sur la demande de prestations du 2 avril 2013.
3. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction et nouvelle décision.
4. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de dépens de 1'500 fr.
5. Met un émolument de 500 fr. à la charge de l'intimé.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Brigitte BABEL

Francine PAYOT ZEN-
RUFFINEN

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