

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3276/2013

ATAS/240/2014

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 26 février 2014

9^{ème} Chambre

En la cause

Madame M _____, domiciliée à TRAVERS

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 M_____ (ci-après : l'assurée), née en 1959 a déposé une demande de prestations AI pour adultes le 1^{er} mars 1996. Elle souffrait d'anorexie, d'un état dépressif et de toxicodépendance. Elle sollicitait une réadaptation professionnelle.
2. L'assurée a bénéficié d'un reclassement professionnel en qualité de secrétaire médicale du 13 septembre 1999 au 30 juin 2002. Elle l'a suivi avec succès.
3. Par décision du 6 novembre 2002, l'Office Cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) a considéré que l'évaluation théorique de la capacité de gain de l'assurée, par comparaison du salaire de secrétaire médicale et de celui auquel elle aurait pu prétendre sans invalidité, laissait un manque à gagner de 9%. L'incapacité de gain étant inférieure à 40%, elle n'avait pas droit à une rente de l'assurance invalidité.
4. Le 9 août 2006, l'OAI a entamé une procédure de révision de la rente de Mme M_____, laquelle s'est clôturée sans modification de la situation.
5. Par courrier du 21 juillet 2010, le service des tutelles d'adultes (ci-après : STA) a informé l'OAI que l'assurée avait été mise sous curatelle par ordonnance du Tribunal Tutélaire du 9 juin 2010.
6. Le 10 septembre 2010, Mme M_____ a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance invalidité. Le 30 novembre 2010, le formulaire a été complété et signé par l'assistante sociale de l'assurée auprès du STA.
7. Le 7 décembre 2010, le STA a informé l'OAI que Mme M_____ était placée au foyer X_____ à Neuchâtel. Un jugement du Tribunal de première instance (ci-après : TPI) du 18 octobre 2010 était joint au courrier. Il prononçait des mesures protectrices de l'union conjugales et autorisait les époux M_____ à vivre séparés.
8. Le 9 décembre 2010, l'OAI a sollicité tout document utile permettant de rendre plausible l'aggravation de l'état de santé de l'assurée depuis la dernière évaluation.
9. Par avis du 11 février 2011, le Service Médical Régional AI (ci-après : SMR) a informé l'assurée qu'en fonction des documents en leur possession, son état de santé s'était aggravé et qu'il convenait d'instruire le dossier.
10. Par courrier du 23 juin 2011, l'OAI a sollicité de l'assurée l'autorisation écrite de pouvoir obtenir des rapports d'hospitalisation relatifs à son séjour en milieu hospitalier. Sans nouvelles de la part de Mme M_____, des rappels ont été envoyés à l'assurée les 28 juin et 14 juillet 2011 adressés directement au STA. L'assurée a autorisé les hôpitaux et cliniques qui l'avaient traitée à transmettre tous les rapports nécessaires par courrier daté du 10 juillet 2011 et reçu le 21 du même mois par l'OAI. Une nouvelle autorisation a été adressée par l'assurée le 28 juillet 2011.

11. Par courrier du 11 mai 2012, le STA a demandé si le dossier de leur pupille devait encore être complété.
12. Par réponse du 18 mai 2012, l'OAI a informé le STA que l'instruction de la demande de prestations n'était pas terminée. Le STA serait tenu informé de la décision.
13. Par courrier du 26 juin 2012, le Dr A_____, psychiatre psychothérapeute FMH, pratiquant au Landeron, a informé l'OAI qu'il intervenait comme psychiatre de Mme M_____ depuis le 28 mars 2012. A ce titre, il souhaitait obtenir copie du dossier médical.
14. Par courrier du 31 juillet 2012, le STA a informé l'OAI que le Tribunal Tutélaire avait prononcé la levée de la mesure de curatelle volontaire instituée en faveur de Mme M_____.
15. Le 30 octobre 2012, la Dresse B_____, médecin au SMR, a sollicité la mise sur pied d'une expertise neurologique et psychiatrique via la plateforme MED@P. L'avis médical mentionnait :

« Polytoxicomanie avec une longue histoire d'addictologie, ayant débuté à l'âge de 15 ans au cannabis puis progressivement polytoxico-dépendance à la cocaïne, à l'alcool, aux opiacés et aux benzodiazépines. Elle a été hospitalisée 11 fois aux Hôpitaux universitaires genevois (ci-après : HUG) pour sevrage, la dernière fois en novembre 2010.

Le diagnostic principal selon le dernier rapport d'hospitalisation aux HUG du Dr C_____, du 29 octobre 2010, est celui de troubles mentaux et des comportements liés à l'utilisation des sédatifs ou d'hypnotiques, syndrome de dépendance, suit actuellement un régime de maintenance ou de substitution, sous surveillance médicale (F13.22).

Les autres diagnostics actuels sont les suivants : troubles mentaux et comportementaux liés à l'usage de cocaïne actuellement abstinente (F14.20), trouble de la personnalité, sans précision (F60.9), autres troubles bipolaires (F31.8), hépatite C depuis 1997, AVC sur prise de cocaïne avec hémisyndrome sensitivo-moteur G en 2010.

Suite à l'avis SMR du 31 octobre 2011, nous n'avons pas pu obtenir d'informations complémentaires de la part de son médecin traitant qui ne la suit plus depuis novembre 2011, ni de son psychiatre.

Le compte-rendu d'hospitalisation en réhabilitation aux HUG du 29 mars 2010 au 23 avril 2010 atteste que l'assurée présente des séquelles de sa toxicomanie sous la forme de mononeuropathies multiples des MI, à prédominance G, sur vasculopathie nerveuse dans un contexte d'une toxicomanie par injection locale pré-tibiale de cocaïne, confirmées par un ENMG et un hémisyndrome sensitivo-moteur fascio-brachio-crural G sur séquelles ischémiques cérébrales multiples secondaires à la prise de cocaïne. L'IRM cérébrale montre de multiples lésions de la substance

blanche associées à une séquelle ischémique temporale G, lésions compatibles avec des lésions secondaires à une consommation chronique de cocaïne. »

16. Par courrier du 6 novembre 2012, l'OAI a informé l'assurée de la mise sur pied d'une expertise neurologique et psychiatrique.
17. Par correspondance du 15 novembre 2012, le Dr A_____ a transmis à l'AI des copies des rapports neurologique et neuropsychologique en sa possession, soit un compte rendu daté du 28 septembre 2012 d'un examen neuropsychologique du 10 septembre 2012 par le Dr D_____, spécialiste en neuropsychologie FSP et E_____, psychologue MAS en neuropsychologie, tous deux de l'Hôpital neuchâtelois, une imagerie par résonance magnétique (IRM) cérébrale effectuée le 12 avril 2010 et un examen neurologique (électro-encéphalographie (EEG) du 21 mai 2012 du Dr F_____, neurologue FMH.
18. Par courrier du 2 mai 2013, l'OAI a transmis à Mme M_____ les noms des 3 experts du Centre d'expertise médicale (ci-après : CEMED) à Nyon.
19. Par courrier du CEMED du 10 mai 2013, l'assurée a été informée des 3 dates des rendez-vous soit le jeudi 23 mai 2013 à 11h00 avec le Dr G_____, le lundi 27 mai 2013 à 9h00 avec le Dr H_____ et le mercredi 12 juin 2013 à 14h00 avec le Dr I_____. Sur une page A4, le document mentionne le temps à prévoir pour les entretiens, les documents à prendre pour les rendez-vous, et, sur la gauche, les noms de tous les praticiens et leurs spécialités.
20. L'assurée s'est rendue au premier rendez-vous.
21. Par courrier du 28 mai 2013, l'OAI a adressé une sommation à l'assurée. Il relevait que celle-ci ne s'était pas présentée à la convocation du lundi 27 mai 2013, sans excuse de sa part. L'OAI sommait l'assurée de se rendre aux prochaines convocations du CEMED et de participer activement aux examens. « Dans le contraire, vous devrez vous attendre à ce que notre Office statue sur la base des renseignements à disposition et décide de vous refuser toutes les prestations en raison d'une violation fautive de collaborer à l'instruction de votre propre demande. »
22. Par courrier du 29 mai 2013, le CEMED a adressé à l'assurée un nouveau courrier. La convocation était similaire au précédent. L'assurée devait se présenter aux convocations suivantes :
 - Jeudi 23 mai 2013 à 11h00, Dr. G_____,
 - Mercredi 12 juin 2013 à 14h00, Dr. I_____,
 - Lundi 24 juin 2013 à 11h00, Dr. H_____.
23. Selon une note téléphonique du 27 juin 2013, l'OAI a été informé par le CEMED que Mme M_____ s'était présentée aux examens du Dr. G_____ le 23 mai 2013 et à celui du Dr. I_____ le 12 juin 2013. L'assurée n'était pas venue à l'examen du Dr. H_____ le 24 juin 2013.

24. Le 8 juillet 2013, l'OAI a adressé à Mme M_____ un projet de décision refusant les mesures professionnelles et la rente invalidité.
25. Par courriel du 13 août 2013, le CEMED a précisé à l'OAI rester dans l'attente de leurs instructions quant à la suite à donner à ce dossier. Les médecins qui avaient d'ores et déjà pu voir l'expertisée (le neurologue et le psychiatre) sollicitaient, après en avoir discuté ensemble, un examen neuropsychologique supplémentaire afin de pouvoir préciser leurs conclusions.
26. Par décision du 20 septembre 2013, l'OAI a refusé les mesures professionnelles et la rente invalidité à Mme M_____.

La motivation de la décision précise qu' « à ce jour, vous ne collaborez pas à l'instruction de votre demande de prestations du 10 septembre 2010. En effet, vous ne vous êtes pas rendue à la première convocation pour l'expertise le 27 mai 2013. Le 28 mai 2013, nous vous avons sommée de vous rendre à tous les rendez-vous de cette expertise et de collaborer pendant les examens et vous êtes allée aux rendez-vous des 23 mai et 12 juin 2013. Ensuite, vous ne vous êtes à nouveau pas rendue à l'examen du 24 juin 2013. Vous n'avez donné aucune explication concernant vos absences ni à notre office, ni à l'expert. Conformément aux dispositions légales en vigueur, nous statuons en l'état du dossier. (...) En l'état du dossier, nous ne sommes pas en mesure d'évaluer la nature invalidante de votre atteinte à la santé, partant, de déterminer votre droit à d'éventuelles prestations ».

27. Par courrier recommandé du 14 octobre 2013, l'assurée a interjeté recours contre la décision de l'OAI du 20 septembre 2013. « Je reconnais mon tort en ne me rendant pas aux rendez-vous des 27 mai et 24 juin 2013. Sachez tout de même que durant cette période j'étais en pleine dépression et qu'avec un budget mensuel de 977 fr., payer 84 fr. n'est pas facile. Je pense également que je ne me serais rendue à aucun de ces rendez-vous si je refusais de collaborer !! D'autre part, j'ai effectué un examen neuropsychologique à l'Hôpital Pourtalès de Neuchâtel en septembre 2012, examen qui révèle une incapacité de travail à 50% !! Visiblement, le médecin conseil de l'OAI n'en a pas beaucoup tenu compte. Autre point sur lequel j'aimerais revenir, j'ai été suivie par le Dr. J_____, psychiatre spécialisé en addictologie (au Landeron) de mars 2013 à mai 2013, médecin qui serait le plus à même de déterminer mon atteinte à la santé. L'OAI s'est bien gardé de lui envoyer un questionnaire, à mon grand étonnement !!! Je pense être dans mon droit de me poser des questions sur le bien-fondé de ce refus et j'espère être entendue par vous. »
28. Par réponse du 12 novembre 2013, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Les motifs invoqués par l'assurée dans son mémoire de recours étaient qualifiés de succincts et ne permettaient pas d'excuser les manquements. L'OAI relevait qu'elle avait su réagir seule et dans les temps lorsqu'elle avait estimé que la situation était urgente et importante pour elle en

formant recours dans les délais contre la décision du 8 juillet 2013. Les éléments apportés ne permettant pas de faire une appréciation différente du cas.

29. Par courrier du 15 novembre 2013, un délai au 6 décembre 2013 a été accordé à l'assurée pour venir consulter les pièces du dossier, voire faire part d'éventuelles remarques supplémentaires et joindre toute pièce encore utile au dossier.
30. La recourante ne s'étant pas manifestée dans le délai, les parties ont été informées, par courrier du 13 décembre 2013, que la cause était gardée à juger.

EN DROIT

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

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

2. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
3. Le litige porte sur la question de savoir si c'est à juste titre que l'intimé a refusé des mesures professionnelles et une rente d'invalidité à l'assurée au motif de l'absence de collaboration de celle-ci.
4. Lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. (art 87 al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI ; RS 831.201). Lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies (art. 87 al. 3 RAI).
5. La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut raisonnablement être exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (cf. art. 43 et 61 let. c LPGA; voir également ATF 125 V 193 consid. 2 p. 195; arrêt I 90/04 du 6 mai 2004 consid. 2 et les références in REAS 2004 p. 242; ATF du 2 mai 2011 9C 505/2010).

6. Selon les circonstances, l'assureur social qui se heurte à un refus de collaborer d'une partie peut, après lui avoir imparti un délai pour respecter ses obligations et l'avoir avertie des conséquences de son attitude, se prononcer en l'état du dossier. Le cas échéant, il peut rejeter la demande présentée par cette partie en considérant que les faits dont elle entendait tirer un droit ne sont pas démontrés. Au lieu de se prononcer sur le fond, en l'état du dossier, l'assureur peut également, selon les circonstances, rendre une décision d'irrecevabilité de la demande dont il est saisi. Il ne doit cependant faire usage de cette possibilité qu'avec la plus grande retenue, autrement dit lorsque un examen sur le fond n'est pas possible sur la base du dossier (art 43 al. 3 LPG; cf. ATF 108 V 229 consid. 2 p. 230). Mais l'assureur ne peut se prononcer en l'état du dossier ou refuser d'entrer en matière que s'il ne lui est pas possible d'élucider les faits sans difficultés ni complications spéciales, malgré l'absence de collaboration de l'assuré (ATF 108 V 229 consid. 2 p. 230; 97 V 173 consid. 3 p. 176; ATF du 6 juillet 2007 U 316/2006).
7. La violation de l'obligation de renseigner ou de collaborer n'entraîne les sanctions prévues à l'art. 43 al. 3 LPG qu'à la condition d'être inexcusable. Cela implique que le comportement de l'assuré ne soit pas compréhensible. Tel est le cas s'il ne peut se prévaloir d'aucun fait justificatif ou si son comportement est proprement incompréhensible. Cette condition est réalisée lorsqu'il n'existe aucun fait justificatif (Ueli KIESER, ATSG-Kommentar: Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, 2ème éd. 2009, n. 51 ad art. 43 ; ATAS/982/2013 du 8 octobre 2013).

Dans l'affaire précitée, la chambre de céans a considéré, dans une affaire relative aux prestations complémentaires, que l'assuré était excusable. Des documents avaient été transmis, malgré un avertissement formel, avec une semaine de retard. L'assuré souffrait de troubles obsessionnels compulsifs (TOC) gravissimes pour lesquels il avait été mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité. Les manifestations du TOC avaient tendance à s'aggraver d'année en année, le pronostic était très mauvais, selon un rapport médical. Le patient vivait reclus dans son appartement, coupé de tout contact social ce qui était attesté par une pièce. Plusieurs courriers lui avaient été adressés, en vain, par l'OAI dans le cadre de procédures de révisions, le priant de donner des renseignements sur son état de santé et son revenu.

8. 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 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2). a)

9. Plusieurs conditions doivent être remplies pour que l'OAI soit autorisé, par la loi, à prendre une décision telle que celle litigieuse en l'espèce, de rejeter la demande de prestations de l'assurée au motif de l'absence de collaboration de celle-ci.

L'assurée doit notamment refuser de manière inexcusable de se conformer à son obligation de collaborer à l'instruction.

10. En l'espèce, l'assurée n'a pas fourni d'excuses en temps voulu à l'OAI sur les motifs pour lesquels elle ne s'était rendue au deuxième rendez-vous qu'après la sommation et n'était pas allée au troisième.

Dans le cadre du recours elle mentionne son état de santé précaire, particulièrement une dépression pendant la période concernée, sa volonté de collaborer, et fait référence aux documents médicaux déjà établis, à disposition de l'OAI.

11. Il est exact que l'assurée n'est pas passive et que sa volonté de collaborer à l'établissement de son état de santé et des conséquences de celui-ci sur sa capacité de travail est démontrée par différentes actions entreprises par l'assurée. Cette collaboration est toutefois fluctuante.

L'assurée s'est fait suivre par le Dr A _____ au Landeron, lequel a collaboré avec l'AI dans la mesure de ses possibilités en transmettant immédiatement les rapports en sa possession lorsqu'il a eu connaissance du mandat d'expertise.

Elle s'est pliée aux examens neuropsychologiques du 10 septembre 2012 à l'hôpital neuchâtelois, et à l'examen du Dr F _____.

L'assurée s'est par ailleurs rendue au premier rendez-vous fixé par le CEMED. Elle a manqué le deuxième, mais, suite à l'avertissement de l'OAI s'y est rendue. Elle a à nouveau manqué le rendez-vous suivant (troisième).

De même lorsque l'OAI avait sollicité la signature d'une autorisation de l'assurée pour investiguer auprès de ses médecins traitant, un rappel avait été nécessaire, avant que celle-ci n'adresse, à deux reprises, ladite autorisation à l'OAI.

L'assurée a pu recourir, prouvant sa détermination à ne pas abandonner l'établissement de sa situation.

De surcroît, l'assurée a été décrite comme collaborante le 28 septembre 2012 par le Dr D _____ dans un rapport en possession de l'OAI.

12. L'état de santé et les troubles présentés par l'assurée sont de nature à expliquer les fluctuations de la collaboration de l'assurée.

Selon le dernier rapport d'hospitalisation aux HUG du Dr C _____ du 29 octobre 2010, le diagnostic principal est celui de troubles mentaux et des comportements liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques, syndrome de dépendance, suit actuellement un régime de maintenance ou de substitution, sous surveillance médicale (F13.22). Les autres troubles associés sont notamment troubles mentaux et comportementaux liés à l'usage de cocaïne actuellement abstinente (F14.20), trouble de la personnalité, sans précision (F60.9), autres

troubles bipolaires (F31.8), hépatite C depuis 1997, AVC sur prise de cocaïne avec hémisyndrome sensitivo-moteur G en 2010.

L'avis médical du SMR du 30 octobre 2012 s'est d'ailleurs fondé sur ces diagnostics pour solliciter l'expertise neurologique et psychiatrique le 30 octobre 2012.

Le rapport du Dr D_____ du 28 septembre 2012 relevait par ailleurs que l'assurée lui était adressée en raison de troubles mnésiques.

13. Mme M_____ ne donne pas de raisons particulières pour lesquelles elle ne s'est pas rendue au troisième rendez-vous. A la décharge de l'assurée la chambre de céans constate que les différentes convocations qui ont été adressées à la recourante n'étaient pas forcément d'un abord facile. Si, pour une personne non atteinte de troubles notamment psychologiques, la mention des trois rendez-vous sur une seule feuille peut être pratique pour s'organiser, une telle présentation peut aussi sembler difficilement abordable à une assurée présentant le tableau clinique de celle-ci et notamment des troubles mentaux. L'envoi de la seconde convocation, rappelant le premier rendez-vous, soit pour une date d'ores et déjà échue, peut contribuer à la confusion. Il est à ce titre rappelé que l'assurée a dû bénéficier, pendant de nombreux mois, d'une mesure de curatelle, que plusieurs démarches (notamment le complément à la demande AI ou la prise de renseignement) ont été, à l'époque, effectuées par l'assistante sociale de l'assurée ce que l'OAI savait. L'intéressée avait donc de la peine à gérer administrativement ses affaires.

Il est d'ailleurs symptomatique de relever que l'OAI a, lui aussi, confondu les différents rendez-vous. Ainsi la motivation de l'avertissement et de la décision mentionnent que l'assurée ne s'est pas rendue à la première convocation, le 27 mai 2013. Ce fait est erroné. L'assurée est allée au premier rendez-vous, agendé le 23 mai. Elle a manqué le deuxième rendez-vous, agendé le 27 mai. De même la décision est erronée puisqu'elle retient avoir sommé l'intéressée le 28 mai 2013, pour qu'elle se rende aux convocations « et vous êtes allée aux rendez-vous des 23 mai et 12 juin », laissant à penser que la sommation aurait eu pour effet la présence de l'assurée au rendez-vous du 23 mai 2013, alors que la date étant antérieure, aucun lien ne peut être fait.

14. Ainsi, s'il est exact que la collaboration de l'assurée dans le processus d'expertise n'est pas irréprochable, il doit être constaté que celle-ci y participe. De surcroît, les manquements de l'assurée ne peuvent sans autre lui être reprochés sans tenir compte de l'état clinique qu'elle présente. La condition du refus de manière inexcusable n'est en l'occurrence pas remplie. Pour ce motif la décision de l'OAI doit être annulée, ce d'autant plus que la motivation de la décision est erronée.
15. Savoir si les autres conditions sont remplies, soit en l'espèce, le fait d'adresser une mise en demeure écrite avertissant l'assurée des conséquences juridiques et l'octroi d'un délai de réflexion convenable peut rester ouverte.

En effet, si un avertissement a bien été envoyé, il était fondé sur des faits erronés en ce qui concerne l'articulation des différents rendez-vous. De surcroît, l'assurée a collaboré entre la sommation et son nouveau manquement.

De même la question de savoir pourquoi l'OAI n'a pas collecté les informations déjà en possession des experts pour analyser la situation n'a pas besoin d'être analysée en l'état. En effet, Mme M_____ avait déjà rencontré deux des trois experts. Ceux-ci avaient eu l'occasion de discuter du cas et de solliciter de l'OAI un examen complémentaire. Ceci démontre tout à la fois que l'instruction était déjà avancée et que des informations médicales importantes étaient à disposition. Le refus de l'OAI d'en prendre connaissance, voire de les solliciter, peut rester ouvert quant à une éventuelle violation de l'art. 43 al. 3 LPGA compte tenu de ce qui précède. Cette question se pose avec d'autant plus d'acuité que l'OAI avait admis une péjoration de l'état de santé de la recourante dans son avis du 11 février 2011 et qu'en l'état celle-ci ne perçoit aucune rente, après avoir subi, à l'époque, un reclassement avec succès. De surcroît, l'OAI a mentionné dans sa décision de refus qu'elle allait statuer en l'état du dossier ce qu'elle n'a pas fait. La mention sur la décision litigieuse indiquant que l'OAI n'est pas en mesure de se déterminer viole le droit d'être entendu de l'assurée au vu de l'absence totale de motivation ne serait-ce que sur les éléments d'ores et déjà en possession de l'OAI et des experts.

16. Le recours sera donc partiellement admis. La cause est renvoyée à l'intimé pour la suite de l'instruction et nouvelle décision.

Un émolument de 300 fr. est mis à la charge de l'intimé, qui succombe (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare recevable le recours interjeté le 12 octobre 2013 par Madame M_____ contre la décision de l'office cantonal de l'assurance invalidité du 20 septembre 2013 ;

Au fond :

2. L'admet partiellement;
3. Renvoie la cause à l'intimé dans le sens des considérants ;

4. Met un émoulement de 300 fr. à la charge de l'Office cantonal de l'assurance invalidité ;
5. Dit qu'il n'est pas alloué d'indemnité ;
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