



POUVOIR JUDICIAIRE

A/2661/2018

ATAS/476/2019

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 28 mai 2019

1^{ère} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée c/o Mme B_____, aux
AVANCHETS, comparant avec élection de domicile en l'étude de
Maître Philippe GIROD

recourante

contre

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

intimé

Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Christine TARRIT-DESHUSSES et Christian PRALONG, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après l'assurée), née le _____ 1979, au bénéfice d'un diplôme de secrétaire-hôtesse délivré en 2003 avec option tourisme de l'Académie de langues et de commerce, a travaillé comme équièrère dans un restaurant C_____ du 5 octobre 1997 au 19 juillet 1998, comme vendeuse/serveuse auxiliaire chez D_____ SA du 19 avril 1999 au 30 novembre 2000, comme employée de bureau temporaire chez E_____ et comme secrétaire stagiaire dans une étude d'avocats à mi-temps du 10 au 31 juillet 2002 et du 7 au 31 juillet 2003.

Elle s'est inscrite auprès de l'office cantonal de l'emploi (OCE) le 10 mai 2004 pour la première fois. Un délai-cadre a été ouvert en sa faveur du 10 août 2007 au 9 août 2009.

Le docteur F_____, psychiatre et médecin-conseil de l'OCE, a établi un rapport le 5 décembre 2008. Il a estimé la capacité de travail à 50% et considéré que compte tenu de son état actuel, une IPT (Intégration pour tous en matière de mesures de réinsertion professionnelle des personnes handicapées ou en difficultés face au marché de l'emploi, aptes au placement) semblait être la meilleure option. Il a par ailleurs précisé que l'assurée était actuellement suivie en milieu spécialisé intensif.

2. L'assurée a déposé le 26 janvier 2009 une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après OAI), indiquant qu'elle souffrait d'un trouble psychotique anxieux et dépressif récurrent depuis le début de l'adolescence, voire de l'enfance.
3. Dans un rapport du 12 mars 2009, la doctoresse G_____ a indiqué qu'elle suivait l'assurée depuis janvier 1997 pour un trouble schizo-affectif avec une composante dépressive alternant avec des épisodes de décompensation sur un mode psychotique avec délires à contenu mystique. Elle préconise une rente partielle à 50% et une évaluation future en cas de nécessité d'intégration en atelier protégé ou autre.
4. Dans un rapport du 23 mars 2009, la Dre G_____ a confirmé le diagnostic de trouble schizo-affectif type dépressif depuis l'adolescence, voire la petite-enfance, et estime l'incapacité de travail à 50% du 9 janvier 2009 au 19 avril 2009. Elle relève de la lenteur et une anxiété envahissante, ce qui se manifeste au travail par une difficulté à supporter le stress et la surcharge de travail. Il faut à l'assurée une place calme, un encadrement rassurant, des consignes claires. Le médecin signale qu'une intégration IPT est en cours.

La Dre G_____ a précisé le 3 juin 2009, qu'une activité adaptée à 50% était possible, ce qui était en cours dans le cadre IPT et pouvait prendre effet tout de suite. Les limitations fonctionnelles sont surtout psychiques : lenteur, difficultés de concentration intermittentes, moments de dissociation passagers qui nécessitent une répétition d'éventuelles consignes, encadrement rassurant et pas trop stressant, consignes claires et poste de travail ne nécessitant pas trop d'initiatives, à responsabilité limitée et gardant un côté répétitif sécurisant. Le médecin signale que par contre la patiente aime le contact avec les autres.

5. Dans une note du 17 juillet 2009, le médecin du SMR a relevé que le diagnostic était bien étayé avec, dans le cours de l'histoire médicale, deux hospitalisations en CTB suite à des événements de crise. Se référant au courrier de la Dresse G_____ du 3 juin 2009, il a admis une capacité de travail totale (éventuelle diminution de rendement de l'ordre de 20% dans une activité adaptée : cadre rassurant, stress limité, pas de responsabilité, activité plutôt répétitive). L'évaluation du Dr F_____ de l'OCE lui semble en revanche trop succincte pour être considérée comme convaincante (pas d'anamnèse psychiatrique, pas de status, pas de limitations fonctionnelles).
6. Le 30 juillet 2009, l'OAI a informé l'assurée que les conditions du droit à l'orientation professionnelle pour déterminer les possibilités de réinsertion professionnelle étaient remplies.
7. Le médecin du SMR a considéré le 13 janvier 2010 que l'assurée était capable de travailler, tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée, à 50%, et précisé que selon les éléments médicaux présents au dossier, l'atteinte psychiatrique avait entravé la formation de l'assurée.
8. L'assurée a été mise au bénéfice de stages IPT.

Un rapport de réadaptation professionnelle a ainsi été établi le 15 juin 2010, aux termes duquel,

« Selon les conclusions des EPI, il est relevé que l'orientation d'employée de bureau est la plus adéquate pour *l'assurée*. Il ressort que sur une capacité de travail de 50%, un rendement de 90% comme employée de bureau peut être exploité. Aussi, notre assurée est très motivée pour retrouver une activité professionnelle. Selon Mme H_____ des EPI, un retour dans le circuit économique sera difficile en raison de la lenteur de l'assurée, de son intolérance au stress. Mme H_____ indique que notre assurée a besoin d'un cadre rassurant, sans trop de choses complexes et avec des responsabilités limitées.

Au vu de ces éléments, nous proposons de retenir un degré d'invalidité de 50%.

Au vu de la motivation de *l'assurée*, nous lui avons proposé afin de l'aider dans ses recherches d'emploi de l'inscrire au Club Emploi, mesure qui va se dérouler du 5 au 16 juillet 2010. Notre assurée a accepté la proposition.

Nous liquidons notre mandat réadaptation ».

9. Par décision du 11 novembre 2010, l'OAI a reconnu le droit de l'assurée à une demi-rente d'invalidité à partir du 1^{er} février 2008.
10. Un questionnaire pour la révision de la rente a été rempli le 5 novembre 2012 par l'assurée. Il en résulte qu'elle travaille pour I_____ à 40%. Son état de santé est resté le même.
11. Dans un rapport du 8 janvier 2013, la doctoresse J_____, psychiatre, nouveau médecin traitant depuis le 8 juillet 2010, a indiqué que l'incapacité de travail était inchangée et que le pronostic était réservé.

12. Le 8 février 2013, l'OAI a informé l'assurée qu'elle continuerait à bénéficier de la même rente que jusqu'à ce jour.
13. Le 30 janvier 2018, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations AI. Elle explique que
« depuis plusieurs années maintenant, je peine à trouver ma place dans le monde du travail, cela à cause de mes difficultés (une certaine lenteur, manque de concentration, fatigabilité, etc.). C'est une rente AI à 100% que j'aurais dû solliciter lors de la demande faite en 2009. En effet, malgré ma volonté de travailler, essentielle pour moi, c'est par fierté que je n'ai pas voulu demander une rente complète. Je n'ai accepté de faire une demande à 50% que pour pouvoir m'inscrire à des programmes d'aide à la réinsertion, que j'ai d'ailleurs suivis jusqu'au bout. J'étais d'ailleurs persuadée de pouvoir trouver ma place dans le monde du travail. Malgré mes tentatives, stages et programmes d'insertion, je n'ai pas trouvé d'emploi stable et ai subi de nombreux revers auprès des divers employeurs ».
Elle ajoute qu'elle a eu entretemps « d'autres préoccupations, vécu que j'ai eu une période de grossesse difficile, un accouchement, suivi d'une hospitalisation – de moi-même et de mon enfant ».
14. Par courrier du 30 janvier 2018, l'OAI a invité l'assurée à lui transmettre tout document médical qui permettrait de rendre plausible l'aggravation de son état de santé depuis le 8 février 2013.
15. Le 6 mars 2018, l'OAI a communiqué à l'assurée un projet de décision, aux termes duquel il refuse d'entrer en matière. Il lui reproche en effet de n'avoir pas donné suite à sa demande de renseignements, de sorte qu'il n'a pas été en mesure de constater si des modifications de son état de santé étaient survenues.
16. Le 4 avril 2018, la Dresse J_____ a informé l'OAI qu'elle soutenait la demande de rente d'invalidité à 100% pour sa patiente. En effet,
« les suivis thérapeutiques réguliers depuis 2010 lui ont permis une meilleure connaissance de sa maladie, une diminution légère de ses angoisses et une meilleure compliance thérapeutique. Néanmoins, la dépression récurrente ne lui permet pas de s'engager dans une activité professionnelle régulière, même à temps partiel. Elle a des épisodes dépressifs légers à sévères, donc l'instabilité émotionnelle, la difficulté de « démarrage », le manque d'élan, le trouble d'attention, l'irritabilité, les angoisses fluctuantes et les difficultés relationnelles qui en découlent la rendent inapte au travail à 100%. Actuellement, elle est mère d'un garçon de quatre mois. Elle a besoin de beaucoup de soutien pour assumer cette nouvelle tâche qui est et va être encore une source de difficultés psychologiques ».
17. Dans une note du 11 juin 2018, le médecin du SMR a considéré que la Dresse J_____ n'apportait pas de nouveaux éléments médicaux et faisait une évaluation différente d'un même état de fait déjà connu du SMR.
18. Par décision du 22 juin 2018, l'OAI a confirmé son refus d'entrer en matière.

19. Par décision du 25 juin 2018, une rente complémentaire simple pour enfant a été versée pour le jeune K_____, né le _____ 2017.
20. L'assurée a interjeté recours le 25 juillet 2018 contre la décision du 22 juin 2018. Elle rappelle que depuis la fin de sa formation, elle n'a cessé de se battre pour s'insérer dans la vie professionnelle, mais que toutes ses tentatives n'ont débouché à rien de concret en raison de son état de santé. Elle relève que les organismes d'insertion ne lui ont proposé que des placements dans le cadre de structures pour handicapés. Or, elle explique qu'il lui est impossible, sur le plan psychologique, de travailler avec des personnes handicapées, car cela la déprime. Elle précise encore que son fils avait été gardé, pendant deux mois, en milieu hospitalier, et qu'elle n'avait pu le prendre à la maison que parce qu'elle vivait avec sa mère. Elle fait enfin valoir que dans le projet d'acceptation de rente du 13 août 2010, il est indiqué que sa capacité de travail était considérablement restreinte depuis l'âge adulte, soit à ses 18 ans, de sorte que « ce mot "considérablement" doit être transcrit en invalidité à 100% ».
21. Le 16 août 2018, l'assurée a complété son recours, précisant qu'elle a toujours effectué les stages auprès de I_____ à mi-temps. Elle ajoute que les précautions prises par les HUG et le service de protection des mineurs concernant son fils, sont uniquement dues à ses problèmes de santé et nullement liées à l'attachement qu'elle porte à son enfant.
22. Dans sa réponse du 28 août 2018, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il rappelle que la seule question litigieuse est celle de savoir s'il est légitimé, compte tenu des éléments en sa possession, à refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations. Il constate à cet égard que le seul élément médical produit par l'assurée n'a pas permis de rendre plausible une aggravation notable de son état de santé.
23. Le 25 septembre 2018, Me Philippe GIROD s'est constitué pour la défense des intérêts de l'assurée.

Il constate que les échecs successifs de prise d'emploi de l'assurée depuis 2012, la naissance de son enfant et les difficultés psychologiques qui en ont résulté n'ont pas été pris en compte par l'OAI. Celui-ci n'a mené aucune instruction, n'a pas sollicité de rapport médical circonstancié, et s'est au contraire empressé de rendre une décision de non entrée en matière.

L'assurée persiste dès lors dans les termes et conclusions de son recours, sollicite son audition, ainsi que celle de la Dresse J_____ et de sa mère qui l'héberge et la prend en charge depuis fin 2016.

24. Le 13 novembre 2018, l'OAI a maintenu sa position. Il considère que les auditions sollicitées par l'assurée sont superflues, étant rappelé que dans le cadre d'un refus d'entrer en matière, l'examen du juge est d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction.

25. Ce courrier a été transmis à l'assurée et la cause 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 - E 2 05), 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. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA ; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Interjeté dans les formes et délai prescrits par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA).

4. Le litige porte sur le droit de l'OAI de refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations AI déposée par l'assurée le 30 janvier 2018.

5. Selon l'art. 87 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201), dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2012, 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 (al. 2). 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 (al. 3).

La jurisprudence développée sous l'empire de l'art. 87 al. 3 et 4 aLAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, reste applicable à l'art. 87 al. 2 et 3 modifié dès lors que la demande de révision doit répondre aux mêmes critères.

6. Les conditions d'entrée en matière prévues par l'art. 87 al. 2 et 3 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). L'exigence du caractère plausible d'une modification de l'état de santé susceptible d'influencer les droits de l'assuré doit permettre à l'administration d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes, respectivement des demandes de révision dans lesquelles l'assuré se

borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 125 V 410 consid. 2b ; ATF 117 V 198 consid. 4b et les références).

Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit donc commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrer en matière. À 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. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 108 consid. 2b).

Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. ATF 125 V 193 consid. 2 ; ATF 122 V 157 consid. 1a et les références), ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). 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 RAI (voir l'art. 43 al. 3 LPG) – 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 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (cf. art. 5 al. 3 et 9 Cst. ; ATF 124 II 265 consid. 4a).

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. Enfin, cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausible les faits allégués. Un assuré qui renonce à présenter des preuves alors qu'il y a été invité et a bénéficié d'un délai raisonnable pour ce faire ne saurait invoquer la violation de son droit à un procès équitable au sens de l'art. 6 par. 1 CEDH. En effet, l'administration a offert à l'assuré une possibilité raisonnable de présenter sa demande, y compris ses moyens de preuve, si bien que ce dernier ne se retrouvait nullement dans une situation de net désavantage

par rapport à son interlocuteur (arrêt du Tribunal fédéral 9C_970/2010 du 30 mars 2011 consid. 4 et les références).

7. L'exigence du caractère plausible de la nouvelle demande selon l'art. 87 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. L'assuré qui présente une nouvelle demande doit rendre plausible une modification des circonstances qui, lors de l'examen matériel de la demande initiale, ont déterminé la négation de son droit aux prestations (cf. Damien VALLAT, La nouvelle demande de prestations AI et les autres voies permettant la modification de décisions en force, RSAS 2003 p. 395 et 396 et les références).
8. Enfin, on rappellera que dans un litige portant sur le bien-fondé du refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande, le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué. Son examen est ainsi d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier. Il ne sera donc pas tenu compte des rapports produits postérieurement à la décision litigieuse (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; ATF 121 V 366 consid. 1b et les références; arrêt du Tribunal fédéral 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 4.1).
9. En l'occurrence, se pose donc uniquement la question de savoir si l'assurée, au moment de la décision litigieuse, soit le 22 juin 2018, a rendu plausible une aggravation de son état de santé survenue depuis le 8 février 2013, date de la dernière décision par laquelle l'OAI a maintenu son droit à une rente d'invalidité.
10. Faute pour le principe inquisitoire de s'appliquer à la procédure de nouvelle demande, il appartenait à l'assurée de rendre plausible que son état de santé s'était aggravé dans une mesure suffisante pour justifier le droit à une rente. Pour ce faire, elle devait transmettre à l'OAI des éléments médicaux permettant de dresser un bilan de son état de santé au jour du dépôt de sa nouvelle demande, le 30 janvier 2018, et de se prononcer sur sa capacité de travail.

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.

Il ressort des faits de la cause que l'OAI, par courrier du 30 janvier 2018, a dûment rendu l'assurée attentive à son obligation de rendre plausible une aggravation de son état de santé depuis la décision du 8 février 2013 entrée en force. À cet effet, il lui a imparti un délai de trente jours pour produire des documents médicaux, précisant clairement que sans réponse, il n'entrerait pas en matière sur la nouvelle demande. Or, l'assurée ne s'est pas manifestée, de sorte que l'OAI lui a communiqué son projet de décision du 6 mars 2018.

11. La Dresse J_____ a toutefois déclaré soutenir sa patiente dans sa démarche. Elle indique, le 4 avril 2018, que « la dépression récurrente ne lui permet pas de s'engager dans une activité professionnelle régulière, même à temps partiel. Elle a des épisodes dépressifs légers à sévères, donc l'instabilité émotionnelle, la difficulté de « démarrage », le manque d'élan, le trouble d'attention, l'irritabilité, les angoisses fluctuantes et les difficultés relationnelles qui en découlent la rendent inapte au travail à 100%. Actuellement, elle est mère d'un garçon de quatre mois. Elle a besoin de beaucoup de soutien pour assumer cette nouvelle tâche qui est et va être encore une source de difficultés psychologiques ».

Force est de constater que la Dresse J_____ fait état d'une aggravation de l'état de santé de l'assurée. Elle n'ajoute pas, il est vrai, de nouveau diagnostic, mais décrit un changement important de circonstances par rapport à celles qui avaient été prises en considération lors de l'octroi et du maintien de la demi-rente. Son estimation de la capacité de travail est différente de celle que donnait la Dresse G_____ dans ses rapports des 12 et 23 mars et 3 juin 2009, et qu'elle-même avait confirmée dans le cadre de la révision du dossier initiée par l'OAI en novembre 2012, soit 50% dans une activité adaptée. Elle indiquait en effet en janvier 2013 que l'incapacité de travail était inchangée, mais que le pronostic était réservé. Elle évalue pour la première fois l'incapacité de travail à 100%, expliquant que la naissance de l'enfant plus particulièrement implique pour l'assurée des difficultés psychologiques accrues.

Il ne peut du reste être contesté que le service de protection des mineurs est intervenu pour que l'enfant reste hospitalisé et que l'assurée n'a pu le prendre avec elle qu'après deux mois, et seulement parce qu'elle vivait avec sa mère.

Il paraît ainsi vraisemblable, au degré requis par la jurisprudence, que, compte tenu de ses difficultés sur le plan psychique, elle ne puisse pas cumuler une activité professionnelle à mi-temps avec la prise en charge d'un enfant.

Force est de constater que le rapport de la Dresse J_____ du 4 avril 2018 suffit à rendre plausible une aggravation de l'état de santé. Partant, il appartenait à l'OAI d'entrer en matière sur la nouvelle demande de l'assurée.

12. Aussi le recours est-il admis et la cause renvoyée à l'OAI pour instruction et nouvelle décision.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet et annule la décision du 22 juin 2018.
3. Renvoie la cause à l'OAI pour instruction et nouvelle décision.
4. Condamne l'OAI à verser à l'assurée une indemnité de CHF 850.- à titre de participation à ses frais.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'OAI.
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

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

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