

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/533/2020

ATAS/1257/2020

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 21 décembre 2020

5^{ème} Chambre

En la cause

Madame A _____, domiciliée _____, à GENÈVE

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Philippe KNUPFER, Président; Toni KERELEZOV et Monique STOLLER
FÜLLEMANN, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. En date du 7 juillet 2014, Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1975, a déposé une demande de prestations invalidité auprès de l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en invoquant une dépression sévère et une anxiété généralisée, depuis 2004 environ.
2. Une expertise médicale pluridisciplinaire a été décidée en date du 19 janvier 2017 et a abouti à un rapport d'expertise rédigé par le docteur B_____, généraliste, le docteur C_____, psychiatre, et le docteur D_____, rhumatologue. En date du 19 mai 2017, le status rhumatologique a été considéré comme normal, sans signe de fibromyalgie. Le status psychique a été considéré comme normal, avec des remarques sur le plan du comportement indiquant que l'assurée n'était pas assez adéquate, qu'elle pouvait collaborer partiellement, qu'elle était démonstrative et majorante. La pathologie était un trouble somatoforme de type somatisation, avec des comportements de majoration, d'auto-limitation et d'incohérence, dont l'évolution allait dans le sens d'une invalidation. Selon le psychiatre, cette pathologie restait peu accessible au traitement. S'agissant de sa capacité de travail, le diagnostic était une somatisation F45.0.

L'absence de pathologie physique pouvait entraîner des limitations fonctionnelles, en raison de l'accentuation des plaintes et du décalage majeur entre les plaintes subjectives et objectives ; il y avait une limitation fonctionnelle significative sur le plan psychique et mental. Selon les médecins, il n'y avait pas d'incapacité de travail et l'assurée pouvait travailler à plein temps, la pathologie n'influençant pas l'activité professionnelle, quelle que soit cette dernière.

3. À la suite de cette expertise médicale administrative, l'OAI a refusé les mesures professionnelles et la rente d'invalidité par décision du 4 septembre 2017. L'assurée n'a pas recouru.
4. En date du 23 mai 2018, l'assurée a demandé à l'OAI d'envoyer une copie de l'expertise médicale à son médecin-traitant, la doctoresse E_____, psychiatre et psychothérapeute.
5. Le 18 décembre 2018, la Dresse E_____ a envoyé un courrier à l'OAI, dans lequel elle sollicitait une rente d'invalidité pour sa patiente, en raison d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques, et des douleurs anales chroniques sur prolapsus anal. Elle indiquait un manque d'énergie et d'élan vital, un état d'angoisse et de tension interne, un manque d'attention et de concentration, un sentiment de dévalorisation, de culpabilité et de colère de la patiente envers elle-même, une thymie triste, des pleurs fréquents en séance, une envie de mourir, une forte diminution de l'intérêt et du plaisir ; le pronostic était réservé, l'état de santé psychique et physique étant, selon la Dresse E_____, incompatible avec une reprise d'une activité professionnelle, quelle que soit cette dernière.

6. En date du 20 décembre 2018, l'assurée a déposé une demande de prestations AI en se fondant sur des troubles de la santé qui étaient décrits comme un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F 33.2). Sous la rubrique « médecin hôpital ou centre de soins », l'assurée indiquait le docteur F_____, généraliste, et le docteur G_____, chirurgien du périnée et proctologue.
7. Le docteur H_____, membre du SMR de l'OAI, a rendu un avis médical daté du 28 mars 2019 dans lequel il rappelait la première demande déposée en juillet 2014 par l'assurée, ainsi que le précédent rapport SMR daté du 20 juin 2017, dans lequel il n'était pas retenu d'atteinte à la santé, notamment suite à l'expertise pluridisciplinaire du 19 mai 2017, rappelant que la demande avait donné lieu à la décision de refus de mesures professionnelles et de rente d'invalidité, datée du 4 septembre 2017.
8. Dans le contexte de la présente demande, le Dr H_____ prenait connaissance du rapport médical de la Dresse E_____, qui décrivait un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques F 33.2. Le début de la prise en soin par le médecin-traitant datait de novembre 2017 et, selon le médecin, la péjoration de l'état dépressif était progressive depuis août 2017. Au status, le psychiatre mentionnait un ralentissement psychomoteur, une thymie triste et une capacité de travail nulle. L'assurée bénéficiait d'un traitement psychiatrique et psychothérapeutique intégré avec notamment la prescription de deux antidépresseurs. Le médecin-conseil considérait que l'aggravation de l'état de santé de l'assurée était rendue plausible à la lecture du rapport médical de la Dresse E_____.
9. L'OAI s'est adressé à la Dresse E_____ afin d'obtenir des renseignements complémentaires sur l'assurée. Faute de réponse, un rappel a été renvoyé au médecin le 29 mai 2019.
10. Par courrier du 3 juin 2019, la Dresse E_____ a rendu un rapport médical décrivant tout d'abord l'évolution de l'état de santé depuis novembre 2017, indiquant que malgré le traitement médicamenteux et la bonne compliance de l'assurée, son état de santé ne s'améliorait pas et se détériorait même par moment en raison des douleurs chroniques dont elle souffrait et qui aggravaient son état dépressif. Elle se rendait régulièrement aux séances de psychothérapie deux à trois fois par mois. Sous la rubrique anamnèse intermédiaire depuis novembre 2017, le médecin rappelait que l'assurée était connue depuis 2010, pour un trouble dépressif en lien avec un prolapsus anal douloureux. Du 9 au 23 novembre 2017, elle avait fait un séjour à la clinique de Montana, dans l'unité de réadaptation psychosomatique et somatique sans amélioration de son état psychique ou physique. Elle avait subi plusieurs interventions chirurgicales à l'anus, pratiquées par le Dr G_____ depuis novembre 2017, ce qui n'avait pas apporté de soulagement aux douleurs. Du 14 au 28 novembre 2018, elle avait fait un autre séjour dans la même clinique suite à la recrudescence des tensions psychiques. Actuellement, elle suivait un traitement contre la douleur à l'hôpital de La Tour et

souffrait également de douleurs dues à des traitements dentaires de longue durée. S'agissant de son status psychiatrique, le médecin notait que tout l'être de l'assurée exprimait la souffrance ; elle se montrait effacée et repliée dans son attitude, présentait une thymie triste la plupart du temps, et n'avait aucun intérêt à la vie. Le désespoir et le manque de motivation étaient observables dans les discours, la voix, la posture et le regard. Le diagnostic posé par le médecin était celui d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques F 33.2. La patiente ne présentait aucune capacité de travail dans son activité habituelle et ce depuis 2010. Sur le plan physique, les limitations fonctionnelles étaient une fatigue importante, un manque d'élan vital, de fortes douleurs annales chroniques, un saignement de l'anus, et une douleur à la jambe gauche. Sur le plan psychique et mental, elle notait un état dépressif chronique, une faible régulation émotionnelle, un sentiment d'impuissance et de désespoir et sur le plan social, un retrait social important. Selon le médecin, aucune activité n'était possible pour le moment, et ce depuis plusieurs années.

11. Par courrier du 19 août 2019, la Dresse E_____ a répondu au Dr H_____ afin de préciser qu'elle avait indiqué dans son rapport médical que l'assurée était en incapacité de travail depuis 2010, mais qu'à la réflexion, elle souhaitait rectifier son rapport médical sur ce point, car elle ne pouvait donner des indications sur sa patiente que depuis le mois de novembre 2017, date de commencement de son traitement et ne pouvait donc pas prouver l'incapacité de travail de l'assurée depuis 2010. Depuis le mois de novembre 2017, le médecin constatait que l'état de santé de l'assurée ne s'améliorait pas et se péjorait, malgré le traitement médicamenteux et un suivi psychothérapeutique régulier. Son incapacité de travail était de 100 % depuis novembre 2017.
12. Dans son rapport final du 19 septembre 2019, le Dr H_____ a conclu que la capacité de travail de l'assurée était de 0 %, soit dans son activité habituelle de nettoyeuse, soit dans une activité adaptée et ceci depuis novembre 2017. S'agissant des troubles de la santé, il renvoyait aux rapports médicaux clairs et étayés de la Dresse E_____.
13. En date du 17 octobre 2019, l'OAI a communiqué à l'assurée un projet d'acceptation de rente d'invalidité. L'OAI octroyait une rente entière d'invalidité, constatant une incapacité de travail totale dans toute activité, depuis le mois de novembre 2017.
14. Par décision du 9 janvier 2020, l'OAI a décidé de verser une rente simple à l'assurée, ainsi que des rentes complémentaires simples pour ses enfants à partir du 1^{er} juin 2019. S'agissant du point de départ de la rente, l'OAI le fixait au 1^{er} juin 2019, car la demande de prestations ayant été déposé en date du 20 décembre 2018, la rente ne pouvait être versée qu'à compter du mois de juin 2019, en application de l'article 29 al. 1 LAI qui traitait de la demande tardive.

15. Par recours du 7 février 2020, l'assurée a contesté ce dernier point dans la décision du 9 janvier 2019, en ce sens que sa demande de prestations n'était pas tardive et que par conséquent le point de départ de la rente ne devait pas être le mois de juin 2019. À l'appui de ses conclusions, la recourante produisait un courrier daté du 7 février 2020, signé par la Dresse E_____ et par Madame I_____, psychologue. Ces dernières contestaient que la demande de prestations de la recourante soit considérée comme tardive. Elles alléguaient qu'au mois de novembre 2017, suite à son hospitalisation à la clinique genevoise de Montana, la recourante n'était pas bien du tout, tant du point de vue psychique que physique et ce depuis l'année 2016 en tous les cas. Dans ce contexte, les signataires considéraient qu'il était erroné que l'incapacité de travail totale ne soit arrêtée qu'au mois de novembre 2017. Elles estimaient que l'incapacité de travail totale devait être considérée et estimée à partir de la première demande de prestations invalidité, soit à partir de l'année 2016. S'agissant de la demande tardive, les signataires notaient qu'ils avaient dû d'abord adapter le traitement et entamer une psychothérapie régulière avant de constater que, malgré les mesures mises en place, il ne pouvait y avoir d'amélioration et que la situation nécessitait une demande de rente invalidité.
16. En date du 3 mars 2020, l'OAI a répondu au recours et a conclu à son rejet. Sur la contestation de la date de début du versement de la rente, l'OAI rappelait que celle-ci devait être considérée comme tardive. Dès lors que la précédente demande de l'assurée, qui datait de juillet 2014, avait été rejetée par une décision du 4 septembre 2017, sur la base notamment d'une expertise pluridisciplinaire, l'OAI n'avait commis aucune négligence dans l'examen de la première demande. Par conséquent, les conditions d'octroi d'une rente entière n'étaient remplies qu'au mois de novembre 2018, mais compte tenu de la date de la demande en décembre 2018, le versement ne pouvait pas intervenir avant juin 2019. L'absence de négligence de l'OAI, dans l'examen de la première demande, faisait obstacle à l'octroi rétroactif de la rente.
17. Invitée à faire des observations, la recourante n'a pas répliqué.
18. 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 - 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. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56 à 60 LPGA) le recours est recevable.

3. Est litigieuse la question du point de départ de la rente invalidité allouée à la recourante.
4. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).

En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

5. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).
6. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008), le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais 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.
7. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al 3 LAI).
8. L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI). S'agissant du droit à une rente, le cas d'assurance se pose au moment où l'assuré présente une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne depuis une année sans interruption notable et qu'une fois le délai d'attente écoulé, l'incapacité de gain perdure à 40% au moins. La survenance du cas d'assurance correspond, en règle générale, à l'ouverture du droit à la rente. L'ouverture du droit à une rente peut cependant déroger à cette règle, par exemple, lors d'une demande tardive (OFAS,

Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité - CIIAI, ch. 1028, 1030 et 1034).

9. 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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). 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 319 consid. 5a).
10. 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. À 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 (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).
11. a. 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.
 - b. Ainsi, en principe, lorsqu'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 351 consid. 3b/bb).
 - c. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet 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. Étant 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 351 consid. 3b/ee).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

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/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

e. On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en

cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

12. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, 122 V 157 consid. 1d).

13. a. Selon la circulaire sur l'invalidité et l'impuissance (ci-après : CIIAI), n^{os} 2008 ss et 2025, dans tous les cas, le droit à la rente ne peut naître qu'au plus tôt six mois après le dépôt de la demande à l'AI. Si une personne dépose sa demande à OAI plus de six mois après le début de son arrêt de travail, il s'agit d'une demande tardive ; elle perd alors son droit à la rente pour tous les mois de retard.

b. Toutefois, selon le n^o 2029 CIIAI, il n'y a pas demande tardive lorsque l'administration, lors de l'examen d'une première demande suffisamment motivée, n'a pas vu que l'assuré avait bel et bien droit à des prestations et, de ce fait, n'a pas pris de décision sur ce point. Si la personne dépose une nouvelle demande plus tard, le versement ultérieur de prestations arriérées sera soumis à un délai de péremption absolu de cinq ans, à compter rétroactivement depuis le dépôt de la nouvelle demande (Pratique VSI 1997 p. 186).

c. Étant précisé, néanmoins, que selon le n^o 2030 CIIAI, il en va autrement lorsque le droit à des prestations lors de l'examen de la première demande a été rejeté à bon droit. Si l'OAI reçoit une nouvelle demande, la rente ne peut naître que six mois au plus tôt après le dépôt de la demande (ch. 2025).

14. En l'espèce, il résulte de la partie en fait qui précède que l'assurée a déposé sa demande de prestations d'invalidité au mois de décembre 2018. Le point de départ de son incapacité de travail ne peut pas être fixé avec précision. Selon le SMR, la recourante est en incapacité de travail depuis le mois de novembre 2017.

Se fondant sur la précédente expertise de l'année 2017, l'OAI avait décidé, le 4 septembre 2017, que l'assurée n'avait pas de trouble de la santé qui puisse donner lieu à l'octroi d'une rente, ce que la recourante n'avait pas contesté.

Les allégations de la Dresse E_____, médecin-traitant de l'assurée, selon lesquelles cette dernière devait être en incapacité totale de travailler depuis l'année 2016 se heurtent aux conclusions de l'expertise pluridisciplinaire de mai 2017, qui retenait au moment où elle a été rendue, une capacité de travail entière.

La Dresse E_____, qui a reçu une copie de ladite expertise, ne motive pas les raisons pour lesquelles son appréciation diverge de celle des trois experts ayant rendu l'expertise pluridisciplinaire, pas plus qu'elle ne motive son point de vue pour estimer que la recourante était déjà en incapacité de travail totale en 2016 ; étant encore précisé qu'interpellée par le SMR sur son allégation selon laquelle le trouble de la santé datait de l'année 2010, la Dresse E_____ avait modifié son appréciation, admettant qu'elle ne pouvait juger de la présence du trouble qu'à partir du moment où elle avait commencé à soigner la recourante, soit au mois de novembre 2017.

Compte tenu de l'absence de motivation de l'avis de la Dresse E_____, la chambre de céans ne peut pas considérer que l'incapacité de travail, dès l'année 2016, peut être admise au degré de la vraisemblance prépondérante.

L'incapacité totale de travailler de la recourante est donc advenue entre le moment où la précédente décision a été rendue, en septembre 2017 et le moment où la nouvelle demande de prestations a été déposée, en décembre 2018.

Aucun élément ne permet de retenir que l'OAI aurait commis une négligence dans le traitement de la précédente demande, la décision du 4 septembre 2017 s'étant fondée sur l'expertise intervenue pendant la première moitié de l'année 2017 et la recourante n'ayant – pour le surplus – pas contesté la décision de refus de prestations rendue le 4 septembre 2017. En l'absence de négligence de la part de l'OAI dans le traitement de la précédente demande, le caractère tardif de la demande de la recourante – si tant est que l'on puisse se fonder sur le point de départ arrêté par le SMR au mois de novembre 2017 – doit être admis.

Dès lors, la recourante doit se voir opposée le délai de six mois entre le moment du dépôt de sa demande en décembre 2018 et le moment où les prestations peuvent être versées en juin 2019.

15. Compte tenu de ce qui précède, la décision querellée est bien fondée et le recours doit être rejeté.
16. Un émolument de CHF 200.- sera mis à la charge de la recourante qui succombe.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de la recourante.
4. 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

Le président

Nathalie LOCHER

Philippe KNUPFER

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