

GE_GERICHTE A/149/2018 vom 25. September 2018

GE Cour de justice, 2018-09-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_149_2018

FR: GE_GERICHTE A/149/2018 du 25 septembre 2018

IT: GE_GERICHTE A/149/2018 del 25 settembre 2018

Erwägungen

E. 2

ème Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée c/o Madame B_____, aux ACACIAS recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____ 1978, sans formation professionnelle et sans enfant, est mariée depuis 1999. Elle est séparée depuis 2005 et vit avec un compagnon. 2. Par demande du 20 février 2017, reçue le 9 mars 2017 par l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé), elle a requis l'octroi de mesures professionnelles et d'une rente. Elle a indiqué qu'elle avait requis des prestations de l'aide sociale. Sa jambe et sa main à droite ne fonctionnaient plus correctement et elle souffrait de douleurs, ainsi que de troubles du sommeil. Elle était suivie pour une affection neurologique chronique. 3. Le même jour, l'OAI a reçu un courrier de l'Hospice général (ci-après : l'HG) du 6 mars 2017 précisant qu'il versait à l'assurée des avances depuis le 1^{er} février 2017 en vue de l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité et un certificat de la doctoresse C_____, neurologue FMH, adressé à l'HG attestant qu'elle suivait l'assurée pour une affection neurologique chronique. Celle-ci entraînait une grande difficulté dans les déplacements à pied, l'utilisation des transports en commun et rendait impossible la conduite automobile. 4. Dans le curriculum vitae du 4 avril 2017 établi à la demande de l'HG, l'assurée a exposé qu'elle avait abandonné les études à la suite d'une opération importante en juin 1987 et qu'elle souffrait de plusieurs pathologies qui l'avaient empêchée de travailler à ce jour malgré quelques opportunités de travail « comme aide à domicile et mission diplomatique ». Elle espérait pouvoir se soigner pour accéder à un travail. 5. Dans un rapport du 27 avril 2017, la Dresse C_____ a expliqué que l'atteinte à la santé conduisant au dépôt de la demande de prestations était une sclérose en plaque de type poussée et rémission, diagnostiquée en novembre 2016 et qui évoluait au moins depuis 2004. Elle était incapacitante depuis début 2015. Il s'agissait d'une atteinte neurologique sévère avec syndrome tetrapyramidal, parésie de l'hémicorps droit prédominant au membre inférieur, atteinte cérébelleuse, séquelles oculomotrices, ainsi que très probable atteinte cognitive et comportementale. Il découlait de cette situation clinique une très nette atteinte de la marche avec déplacement très difficile à pied au moyen de cannes, des troubles de la coordination entraînant un très important risque de chutes, des difficultés dans les gestes semi-complexes du quotidien impliquant les membres supérieurs, ainsi que des difficultés de concentration préteignant la gestion des affaires administratives et les relations avec autrui. Elle a joint deux autres rapports médicaux adressés au médecin traitant. Dans un rapport du 26 octobre 2016, elle avait précisé qu'elle avait examiné l'assurée le 25 octobre 2016 pour des troubles de la marche. Celle-ci s'était présentée aux urgences de la Clinique de la Colline une semaine auparavant pour une parésie progressive du membre inférieur droit

depuis plus d'une année. À présent, ce manque de force affectait la marche avec un risque de lâchage, une chute et une impression permanente de jambe lourde. À l'anamnèse systématique, elle retrouvait en 2003 ou 2004 un épisode de vision trouble ou floue durant trois à quatre jours avec fatigue. L'assurée rapportait une thymie triste. Elle avait été scolarisée jusqu'au cycle, puis avait effectué une année d'école de culture générale, qu'elle n'avait pas poursuivie en raison d'importantes difficultés scolaires. À la suite de son examen clinique, la Dresse C_____ avait conclu à la présence d'une parésie spastique du membre inférieur droit qui s'inscrivait dans le contexte d'un syndrome tetrapyramidal non datable. Il y avait également la notion de possibles troubles visuels douze ans auparavant et de discrètes séquelles oculomotrices qui pourraient évoquer une ophtalmoplégie internucléaire (OIN) bilatérale. Une atteinte du système nerveux central (SNC) était hautement suspectée. Elle débutait le bilan complémentaire par une IRM cérébrale. Dans un rapport du 23 novembre 2016, elle avait diagnostiqué une sclérose en plaque de type poussée rémission qui évoluait probablement depuis douze ans au moins avec déjà une atteinte neurologique sévère comprenant des séquelles oculomotrices, un syndrome pyramidal spastique, une parésie de l'hémicorps droit prédominant au membre inférieur et une atteinte cérébelleuse. 6. Dans un rapport du 5 mai 2017, la doctoresse D_____, neurologue FMH, a indiqué qu'elle avait examiné l'assurée pour la première fois le 4 mai 2017. Elle a confirmé le diagnostic de sclérose en plaque rémittente-récurrente posé en octobre 2016. L'assurée avait probablement présenté au moins trois poussées cliniques de sclérose en plaque, à savoir une première poussée en 2003 avec problèmes de vision pendant quarante-huit heures puis récupération complète, une deuxième poussée en 2013 au cours de laquelle elle avait connu des difficultés pour marcher, un déséquilibre postural et des difficultés pour bouger sa jambe droite. Seuls les symptômes s'étaient améliorés. L'assurée avait connu une troisième poussée en 2015 avec une nouvelle aggravation à la jambe droite et il était possible qu'il y ait eu plus de poussées. Elle avait pris la décision, en octobre 2016, de consulter la Dresse C_____ qui avait posé le diagnostic de sclérose en plaque sur la base tant de l'IRM cérébrale du 27 octobre 2016, qui mettait en évidence une importante charge lésionnelle de la substance blanche avec des lésions de topographie typique pour une sclérose en plaque, que de l'IRM médullaire du 28 octobre 2016. Une ponction lombaire avait confirmé le diagnostic. Après le choc de l'annonce du diagnostic, l'assurée n'avait pas reconsulté son neurologue et aucun traitement n'avait été mis en place. Actuellement, l'assurée était très handicapée. Elle marchait difficilement en raison d'une grande instabilité posturale sévère et d'un syndrome pyramidal des membres inférieurs prédominant à droite avec spasticité importante et déficit moteur. Une marche sécurisée n'était possible qu'avec l'aide d'un rolator. Il existait aussi une parésie discrète de la main droite avec des difficultés pour l'écriture et un ralentissement dans l'exécution des mouvements. L'assurée pouvait faire sa toilette seule et manger seule. Son compagnon s'occupait de la préparation des repas. Elle souhaiterait pouvoir travailler dans la mesure du possible chez elle en position assise, notamment sur ordinateur. Il existait également des troubles cognitifs prédominant sur les fonctions exécutives et de l'attention. Actuellement, aucun traitement n'avait été prescrit, car l'assurée souhaitait tout d'abord faire des essais en médecine parallèle. Dans les antécédents, la Dresse D_____ a mentionné une correction chirurgicale en 1987 d'une communication interauriculaire avec retour veineux pulmonaire anormal. 7. Dans un avis de la cellule HG du 16 mai 2017, le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a retenu une capacité de travail nulle dans toute activité depuis le début 2015. Il a considéré que l'assurée présentait une

atteinte neurologique sévère et des troubles de la concentration qui avaient une influence négative sur le quotidien administratif de l'assurée et son autonomie. ![endif]>![if> 8. Dans une note du 6 juin 2017 concernant le statut, la gestionnaire de l'OAI a indiqué que l'assurée n'avait pas travaillé par choix personnel et n'avait pas eu d'enfant. L'atteinte avait débuté lorsque l'assurée n'était pas encore séparée. Depuis qu'elle était aidée par l'HG, on pouvait admettre qu'elle aurait commencé à travailler. Il ressortait du rapport de la Dresse D_____ que l'assurée souhaiterait travailler. Afin de clarifier le statut, il y avait lieu de procéder à une enquête ménagère.![endif]>![if> 9. Par communication du 14 août 2017, l'OAI a nié le droit de l'assurée à des mesures de réadaptation professionnelle au motif qu'elles n'étaient actuellement pas possibles en raison de son état de santé. ![endif]>![if> 10. Dans le questionnaire concernant le statut du 27 septembre 2017, l'assurée a indiqué que, sans atteinte à la santé, elle travaillerait à 100 % depuis février 2017 dans le domaine des enfants et de la petite enfance pour des raisons financières.![endif]>![if> 11. Le 27 septembre 2017, l'assurée a déposé une demande d'allocation pour impotent, qui a été remplie par l'infirmière de l'OAI lors de son enquête économique sur le ménage et sur l'impotence. ![endif]>![if> 12. Dans son rapport du 2 octobre 2017, l'infirmière de l'OAI a indiqué que l'enquête sur le ménage avait eu lieu dans la chambre d'hôtel occupée par l'assurée et son compagnon aux frais de l'HG dans l'attente d'un logement. Celle-ci avait précisé qu'elle s'était mariée en 1999, puis qu'en 2005 elle s'était séparée de son mari et avait rencontré son compagnon. Les époux s'étaient séparés officiellement en 2016. Entre 1999 et 2016, elle avait été femme au foyer et entretenue financièrement par son époux, puis par son compagnon. Celui-ci touchait une rente française pour cause d'invalidité suite à un accident de travail. En février 2017, l'assurée avait requis l'aide sociale car les revenus de son compagnon ne suffisaient plus à la prendre en charge. Elle ne percevait aucune contribution d'entretien de son ex-mari. Selon l'assurée, elle aurait travaillé à 100 % depuis février 2017 pour des raisons financières. Elle aurait recherché un emploi dans le domaine de la petite enfance. Comme elle n'avait pas de qualifications, elle estimait qu'elle aurait dû travailler à 100 % afin d'obtenir un salaire suffisant pour vivre. Concernant les empêchements dans les travaux habituels, l'enquêtrice a retenu des empêchements pondérés de 61 %, à savoir 50 % dans la conduite du ménage représentant le 2 % des activités, 60 % dans l'alimentation représentant le 50 % des activités, 70 % dans l'entretien du logement représentant le 20 % des activités, 100 % pour les emplettes et courses diverses représentant le 8 % des activités, ainsi que 40 % pour la lessive et l'entretien des vêtements représentant le 20 % des activités. En tenant compte de l'aide exigible du compagnon, à savoir 30 % pour la conduite du ménage et l'alimentation, 10 % pour l'entretien du logement et pour la lessive et l'entretien des vêtements, ainsi que 100 % pour les emplettes et courses diverses, les empêchements pondérés étaient de 33,40 %. Pour évaluer l'exigibilité, l'enquêtrice a pris en compte le fait que l'assurée vivait sous le même toit que son compagnon et que celui-ci pouvait participer aux tâches ménagères car son invalidité de 79 % avait été reconnue uniquement sur le plan professionnel. L'assurée estimait que son compagnon n'avait aucune limitation dans la réalisation des tâches ménagères.![endif]>![if> 13. Le même jour, l'infirmière de l'OAI a procédé à une enquête concernant l'impotence. Dans son rapport du 3 octobre 2017, elle a relevé que l'aide apportée par le compagnon était importante et dépassait ce qui était raisonnablement exigible dans le cadre de l'obligation de réduire le dommage. Sans cette aide, l'assurée ne pourrait pas vivre seule à domicile et devrait probablement intégrer une structure spécialisée. Elle recommandait d'admettre dès le mois de janvier 2015 la nécessité d'une aide régulière et importante pour un acte

ordinaire de la vie, à savoir pour se déplacer, ainsi qu'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie, ce qui correspondait à l'octroi d'une impotence de degré léger dès le mois de septembre 2016, soit un an avant le dépôt de la demande.![endif]>![if>

14. Dans une nouvelle note du 3 octobre 2017 concernant le statut, la gestionnaire de l'OAI a admis qu'au vu de l'enquête ménagère, il y avait lieu d'admettre un statut de ménagère pur jusqu'au 31 janvier 2017 et d'active à 100 % dès le 1^{er} février 2017.![endif]>![if>

15. Par projet de décision du 14 décembre 2017, l'OAI a reconnu le droit de l'assurée à une allocation pour impotent de degré faible dès le 1^{er} septembre 2016, soit une année avant le dépôt de sa demande de prestations.![endif]>![if>

16. Par décision du 19 décembre 2017, l'OAI a reconnu à l'assurée le droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} septembre 2017 sur la base d'un degré d'invalidité de 100 %. Il lui a reconnu le statut de personne non active consacrant tout son temps à ses travaux habituels jusqu'au 31 janvier 2017 et celui de personne se consacrant à temps complet à son activité professionnelle dès le 1^{er} février 2017. Selon le SMR, son incapacité de travail était totale dès le 1^{er} janvier 2015. D'après l'enquête ménagère, les empêchements rencontrés dans le ménage étaient évalués à 33,40 % en tenant compte de l'aide exigible du compagnon, soit un degré d'invalidité inférieur à 40 % qui n'ouvrait pas le droit à une rente d'invalidité. Compte tenu de son statut d'active dès le 1^{er} février 2017 et de son incapacité totale de travail, il lui reconnaissait le droit à une rente entière d'invalidité. Celle-ci ne pouvait être versée que six mois après le dépôt de la demande de prestations du 9 mars 2017, soit dès le mois de septembre 2017.![endif]>![if>

17. Par acte du 17 janvier 2018, l'assurée a recouru contre la décision du 19 décembre 2017. Elle a reproché à la décision litigieuse de ne pas tenir compte du fait que sa situation personnelle et médicale existait depuis son enfance. Elle était séparée de son mari depuis le 22 décembre 2006. Elle demandait un nouvel examen de son dossier médical. Implicitement, elle a conclu à l'octroi d'une rente entière d'invalidité avant le 1^{er} septembre 2017.![endif]>![if> Elle a produit divers rapports médicaux se trouvant pour la plupart déjà au dossier de l'intimé.

18. Dans sa réponse du 6 février 2018, l'intimé a conclu au rejet du recours. Les pièces médicales produites par la recourante n'étaient pas de nature à modifier les conclusions du SMR qui retenait une incapacité de travail totale dans toute activité depuis janvier 2015. La recourante ne contestait pas le statut de personne active qui lui avait été reconnu dès le mois de février 2017. Sa demande de prestations ne lui était parvenue que le 9 mars 2017, de sorte que le droit à la rente avait pris naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois dès cette date, soit au mois de septembre 2017. Etant donné que la recourante avait connaissance de son atteinte à la santé depuis de nombreuses années, il n'existait pas de circonstances justifiant d'admettre un paiement d'arriérés de prestations. Par conséquent, l'intimé avait reconnu à juste titre un droit à une rente entière d'invalidité dès le mois de septembre 2017.![endif]>![if>

19. Par ordonnance du 8 février 2018, la chambre de céans a demandé à l'intimé de préciser à quelle date la demande de prestations datée du 20 février 2017 avait été déposée à son guichet ou remise à la Poste.![endif]>![if>

20. Dans son écriture du 14 février 2018, l'intimé a observé qu'un timbre humide avec la date du 9 mars 2017 avait été apposé sur la demande de prestations, de sorte que faute d'indices contraires, il avait reçu la demande de prestations à cette date. Il ne disposait d'aucune autre pièce justificative. La demande signée était datée du 20 février 2017 et avait été reçue par l'intimé le 9 mars 2017. Il n'existait au dossier aucune preuve d'un envoi de la demande par courrier recommandé. Même dans l'hypothèse d'un envoi de ladite demande en courrier B le jour de sa signature, il n'était pas vraisemblable qu'elle n'arrivât à destination que dix-sept jours

plus tard. Il n'avait pas à supporter l'absence de preuve quant à l'envoi de la demande de prestations à une date antérieure puisque la preuve de l'envoi incombait à la personne qui entendait en déduire des droits. 21. Le 28 août 2018, l'intimé a transmis à la chambre de céans pour suite utile un courrier de la recourante du 23 août 2018 et ses annexes, à savoir : - une décision du 6 mars 2018, par laquelle l'intimé avait reconnu le droit de la recourante à une allocation pour impotent sur la base d'une impotence de degré faible, soit une prestation mensuelle de CHF 470.- dès le 1^{er} septembre 2016 ; en tenant compte du mois en cours, les prestations dues dès le 1^{er} septembre 2016, soit pour dix-neuf mois, s'élevaient à CHF 8'930.- ; - un courrier du 23 août 2018, par lequel la recourante avait rappelé à l'intimé qu'à la suite de la décision du 6 mars 2018, elle avait reçu CHF 8'930.- ; elle avait fait appel auprès de l'OAI ; à ce jour, elle n'avait reçu aucune réponse ; elle demandait d'annuler la décision du 19 décembre 2017 ; - un courrier du 24 août 2018 adressé à l'intimé, par lequel la recourante avait précisé qu'elle avait reçu CHF 8'930.- de prestations mensuelles de l'assurance-invalidité du 1^{er} septembre 2016 au 31 mars 2018, soit pour dix-huit mois, alors qu'elle avait recouru en janvier 2018 pour qu'il soit procédé à un calcul sur cent nonante-sept mois, soit du 25 mars 1999, date de son mariage, jusqu'au 30 août 2016. 22. Par courrier du 30 août 2018, la chambre de céans a transmis cette écriture ainsi que ses annexes à la recourante et, sur quoi, a gardé la cause 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. 3. 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. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c LPGA et 89C let. c LPA-GE). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA). 4. Est litigieux le droit de la recourante à une rente entière d'invalidité avant le 1^{er} septembre 2017. Bien que la recourante semble confondre la décision du 19 décembre 2017 qui concerne la rente d'invalidité avec celle du 6 mars 2018 qui a trait à l'allocation pour impotent, force est de constater qu'elle n'a pas recouru contre cette dernière. Par conséquent, la décision concernant l'allocation pour impotent est entrée en force de chose décidée, de sorte que la chambre de céans ne peut pas réexaminer son bien-fondé, notamment la question du début du droit aux prestations pour impotence. 5. a. 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).

!endif>![if> Selon 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. b. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, 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.

6. a. 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).

!endif>![if> b. 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).

c. 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. Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité

ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1). 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 ; 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). 7. 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). 8. a. En l'espèce, la recourante soutient que son invalidité existe depuis son enfance et qu'elle a droit à une rente d'invalidité depuis son mariage en 1999. b. Selon le rapport de la Dresse C_____ du 27 avril 2017, la sclérose en plaque a été diagnostiquée en novembre 2016, mais évolue au moins depuis 2004 et est incapacitante depuis le début 2015 en raison d'une très nette atteinte de la marche, de troubles de coordination, de difficultés dans les gestes du quotidien impliquant les membres supérieurs et de difficultés de concentration. Dans son avis du 16 mai 2017, le SMR confirme que la recourante présente une capacité de travail nulle dans toute activité depuis le début 2015. La recourante ne conteste pas la valeur probante de ces rapports médicaux qui résument la situation médicale, procèdent à l'appréciation de celle-ci et ont un contenu convergent. Étant donné que la recourante ne produit aucun rapport médical faisant état d'une incapacité de travail durable antérieure au début 2015 et qu'aucun élément ne permet de douter de la valeur probante des rapports de la Dresse C_____ et du SMR, force est de constater que même si la sclérose en plaque dont souffre la recourante évolue au moins depuis 2004, elle n'est incapacitante que depuis le début de l'année 2015. Par conséquent, en application de l'art. 28 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt dès l'existence d'une incapacité de travail durable d'au moins 40 %, soit dès le 1^{er} janvier 2015, sous réserve de l'art. 29 al. 1 LAI, qui prévoit un délai d'attente de six mois dès le moment où l'assuré a déposé sa demande de prestations. c. En l'occurrence, la recourante a signé sa demande de prestations en mentionnant la date du 20 février 2017 et l'intimé a apposé un timbre humide lors de sa réception avec la date du 9 mars 2017. Interrogé à ce sujet dans le cadre de la présente procédure, l'intimé a confirmé dans son écriture du 13 février 2018 que, faute d'indices contraires, notamment d'un envoi en courrier recommandé, il avait reçu la demande en date du 9 mars 2017. Toutefois, la date déterminante pour l'application de l'art. 29 al. 1 LAI n'est pas la date de réception de la demande de prestations, mais celle de son expédition par la poste ou de son dépôt au

guichet de l'intimé. En effet, conformément à la jurisprudence relative à l'art. 29 al. 3 LPGA, la date déterminante quant aux effets juridiques d'une demande est celle à laquelle la requête a été remise à la poste ou déposée auprès de cet organe (arrêt du Tribunal fédéral 9C_573/2017 du 23 janvier 2018 consid. 5). Dès lors, il convient d'établir quand la recourante a envoyé sa demande de prestations. Sa demande est datée du 20 février 2017 et l'intimé a apposé un timbre humide daté du 9 mars 2017 lors de sa réception. 9. a. Selon l'art. 29 LPGA, celui qui fait valoir son droit à des prestations doit s'annoncer à l'assureur compétent, dans la forme prescrite pour l'assurance sociale concernée (al. 1). Si une demande ne respecte pas les exigences de forme ou si elle est remise à un organe incompétent, la date à laquelle elle a été remise à la poste ou déposée auprès de cet organe est déterminante quant à l'observation des délais et aux effets juridiques de la demande (al. 3). b. En cas de contestation quant à la date de l'annonce, l'assuré supporte les conséquences d'une éventuelle absence de preuve (Ueli KIESER, ATSG-Kommentar, 3^{ème} éd., 2015, n. 37 ad art. 29). Le fardeau de la preuve (c'est-à-dire les conséquences d'une éventuelle absence de preuve) quant à la date de l'annonce incombe à la partie qui veut en déduire des droits, soit à l'assuré (KIESER, op. cit., n. 8 ad art. 39). Si la date est contestée et qu'il existe effectivement un doute à ce sujet, il y a lieu de se fonder sur les déclarations du destinataire de l'envoi (ATF 124 V 400 consid. 2a ; ATF 103 V 63 consid. 2a ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_791/2010 du 10 novembre 2010 publié in SVR 2011 IV n. 32 p. 93). En ce qui concerne plus particulièrement la preuve de la date d'un envoi adressée par courrier ordinaire, elle doit au moins être établie au degré de la vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurance sociale, au stade de l'administration de masse (ATF 124 V 400 consid. 2b ; ATAS/286/2018 du 3 avril 2018 consid. 3b et jurisprudence citée). c. En l'espèce, la recourante n'a pas adressé ou remis à l'intimé sa demande de rente à la date de signature de celle-ci, le 20 février 2017. En effet, faute pour la recourante de pouvoir établir par courrier recommandé ou par timbre humide, apposé sur une copie de la demande remise au guichet, qu'elle a transmis sa demande à l'intimé avant le début mars 2017, il y a lieu de se fonder sur les déclarations de celui-ci, à savoir qu'il a réceptionné la demande le 9 mars 2017. Dès lors, si la demande a été envoyée en courrier B, elle a été expédiée vraisemblablement le 6 mars 2017. Or, le dossier de l'intimé contient parmi les premières pièces, un courrier de l'HG daté du 6 mars 2017 lui adressant un ordre de remboursement en sa faveur au cas où l'intimé verserait des prestations, signé par la recourante en date du 6 mars 2017, et un avis SMR « cellule de tri HG ». Ces pièces rendent vraisemblable que la demande de rente a été déposée en même temps que l'envoi par l'HG à l'intimé de l'annonce d'octroi d'avances à la recourante et de l'ordre de remboursement, soit entre le 6 et le 8 mars 2017, mais en tout cas après le 28 février 2017. Ainsi, le délai d'attente a pris fin six mois plus tard, soit le 5 septembre 2017 au plus tôt. 10. Il reste à examiner si la recourante a droit à des prestations arriérées. a. Dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2012, l'art. 48 LAI prescrit que si un assuré ayant droit à une allocation pour impotent, à des mesures médicales ou à des moyens auxiliaires présente sa demande plus de douze mois après la naissance de ce droit, la prestation, en dérogation à l'art. 24 al. 1 LPGA, n'est allouée que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande (al. 1). Les prestations arriérées sont allouées à l'assuré pour des périodes plus longues aux conditions suivantes : a. il ne pouvait pas connaître les faits ayant établi son droit aux prestations ; b. il a fait valoir son droit dans un délai de douze mois à compter de la date à laquelle il a eu connaissance de ces faits (al. 2). b. Antérieurement, soit dans sa version du 6 octobre 2000 résultant de l'adoption de la

LPGA, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2003 et jusqu'au 31 décembre 2007, l'art. 48 aLAI prévoyait, à son al. 1, que le droit à des prestations arriérées était régi par l'art. 24 al. 1 LPGA (al. 1), mais il précisait, à son al. 2, que si l'assuré présentait sa demande plus de douze mois après la naissance du droit, les prestations, en dérogation à l'art. 24 al. 1 LPGA, n'étaient allouées que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande ; elles étaient allouées pour une période antérieure si l'assuré ne pouvait pas connaître les faits donnant droit à prestation et qu'il présentait sa demande dans les douze mois dès le moment où il en avait eu connaissance. Selon la jurisprudence, l'art. 48 al. 2 phr. 2 aLAI s'appliquait lorsque l'assuré ne savait pas et ne pouvait pas savoir qu'il était atteint, en raison d'une atteinte à la santé physique ou mentale, d'une diminution de la capacité de gain dans une mesure propre à lui ouvrir le droit à des prestations. Cette disposition ne concernait en revanche pas les cas où l'assuré connaissait ces faits mais ignorait qu'ils donnent droit à une rente de l'assurance-invalidité (ATF 102 V 112 consid. 1a). Autrement dit, « les faits donnant droit à des prestations (que) l'assuré ne pouvait pas connaître », étaient ceux qui n'étaient objectivement pas reconnaissables, mais non ceux dont l'assuré ne pouvait subjectivement pas saisir la portée (ATF 100 V 114 consid. 2c ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_48/2009 du 28 avril 2009 consid. 5.2). c. Cet art. 48 al. 2 aLAI a été supprimé dès le 1^{er} janvier 2008. Ayant cependant reconnu que la suppression de cette disposition avait engendré des effets non désirables (inégalités de traitement) sur la perception d'arriérés de certaines prestations (allocation pour impotent, mesures médicales et moyens auxiliaire ; cf. Message du 24 février 2010 relatif à la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [6^{ème} révision, premier volet], FF 2010 1702 ch. 1.3.5.2), le législateur a réintroduit l'art. 48 LAI, dans sa version actuelle, qui ne s'applique toutefois désormais qu'aux prestations évoquées (cf. FF 2010 1733 ch. 2 ad art. 48 LAI), de sorte que, s'agissant des rentes, il n'y a pas de lacune (arrêt du Tribunal fédéral 9C_896/2014 du 29 mai 2015 consid. 3.3). Selon l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_583/2010 du 22 septembre 2011, l'art. 48 al. 2 aLAI reste applicable dans les cas où l'incapacité de travail était survenue avant le 1^{er} janvier 2008. Toutefois, l'application de l'art. 48 al. 2 aLAI au-delà du 1^{er} janvier 2008 suppose non seulement que le délai d'attente d'une année ait commencé à courir avant le 1^{er} janvier 2008, mais également que la demande ait été déposée jusqu'au 31 décembre 2008 (soit dans les douze mois prévus par l'art. 48 al. 2 phr. 1 aLAI ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_896/2014, op. cit., consid. 3.3). d. En l'espèce, l'incapacité de travail est survenue après le 1^{er} janvier 2008 et la demande de rente a été déposée après le 31 décembre 2008, de sorte que seul est applicable l'art. 48 LAI dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2012. Or, selon le texte clair de cette disposition, l'octroi de prestations arriérées ne concerne que les prestations énumérées à son alinéa 1, à savoir exclusivement l'allocation pour impotent, les mesures médicales et les moyens auxiliaires, et non pas la rente d'invalidité. Par conséquent, seul s'applique à la recourante l'art. 29 al. 1 LAI, qui fixe le début du droit à la rente dès le sixième mois après le dépôt de la demande, soit en l'occurrence, dès le 1^{er} septembre 2017. 11. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. ![/endif]>![if> Étant donné que depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1 bis LAI), il y a lieu de condamner la recourante au paiement d'un émolument, arrêté au minimum de CHF 200.-, eu égard au sort du recours. * * * * * PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :