

GE_GERICHTE A/3667/2024 vom 10. Juni 2025

GE Cour de justice, 2025-06-10, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3667_2024

FR: GE_GERICHTE A/3667/2024 du 10 juin 2025

IT: GE_GERICHTE A/3667/2024 del 10 giugno 2025

Erwägungen

E. 14

OCTOBRE 2019 dans la cause A/667/2018 (ATAS/928/2019) opposant A_____ à OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE défendeur en révision EN FAIT A. a. A_____ (ci-après : l'assurée), née en 1965, mère d'un fils né en 1999, est titulaire d'une demi-licence en lettres obtenue en 1988, et d'un certificat d'études de chant et d'un diplôme de chorégraphe respectivement obtenus en 1996 et en 2004. Elle a suivi des cours d'art-thérapie en juin 2007 et réussi des examens dans ce domaine en décembre 2008, puis des cours en 2011 en danse-thérapie, domaine dans lequel elle a obtenu des diplômes délivrés en décembre 2010 et mars 2012. Elle a suivi plusieurs formations de gymnastique en 2011. Elle dispose en outre d'un brevet de formatrice d'adultes obtenu en août 2012. L'assurée a notamment collaboré en qualité de secrétaire au service de diverses entités, soit de février 1992 à juin 2000 à un taux de 60%, d'octobre 2000 à février 2001 à un taux de 50% ; de mars 2001 à décembre 2003 à 50% – avec une augmentation à 70% de mars 2002 à août 2003 puis une diminution à 20% dès septembre 2003 dans le cadre de cet emploi –, exerçant en parallèle un autre emploi à 20% d'août 2003 à septembre 2005. Elle a ensuite travaillé de septembre 2005 à mars 2006 à un taux de 20%, puis de 30% d'avril à juillet 2006. Elle a également dispensé des cours « ateliers du mouvement » dès 2007 à raison de quelques heures par semaine, et travaillé dans un EMS en qualité de danse-thérapeute stagiaire de mars à septembre 2008 à raison de seize heures par semaine dans le cadre de mesures de placement temporaire de l'office cantonal de l'emploi. b. L'assurée a subi une fracture de la cheville droite en avril 2013, laquelle a été traitée par une intervention chirurgicale qui s'est compliquée d'une algoneurodystrophie. c. Différents médecins ont attesté une capacité de travail nulle en raison d'une maladie dès octobre 2013, dont le docteur B_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui a établi un arrêt de travail dès le 1^{er} novembre 2014, régulièrement prolongé par la suite. d. L'assurée a séjourné dans le service des urgences des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) du 3 au 4 février 2014, les médecins ayant posé le diagnostic principal d'hypotension orthostatique, puis à la clinique de la Colline du 10 au 24 février 2014, où le diagnostic principal de malaises sur tachycardie sinusale à 180 battements par minute et le diagnostic secondaire d'état anxiodépressif ont été retenus. Elle a ensuite séjourné à la clinique la Métairie du 24 février au 4 mai 2014, où les médecins ont posé le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte (F 41.2). e. Le 10 mars 2015, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après: l'OAI), indiquant n'exercer aucune activité lucrative depuis son accident survenu le 7 avril 2013, et souffrir d'une maladie depuis janvier 2014. f. Dans un rapport du 2 avril 2015, le Dr B_____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'épisode dépressif léger depuis février 2014 (F 32.1) ; de status après fracture de la cheville droite et ligaments déchirés de la cheville gauche le 7 avril 2013 ; et

d'algoneurodystrophie du membre inférieur droit. Il a mentionné un épuisement psychique et physique avec, dès fin janvier 2014, des vertiges, une perte de force, des difficultés à marcher et une impression de l'assurée qu'elle allait mourir. Elle avait été conduite plusieurs fois aux urgences et hospitalisée trois semaines. Un bilan cardiaque avait été effectué en raison d'une tachycardie. Le diagnostic de burnout avait été retenu. L'assurée avait essayé de reprendre son travail en septembre, mais une heure avant son cours, elle avait été prise d'une angoisse qui l'avait tétanisée. Elle était en arrêt maladie depuis lors. g. Dans une note portant la date du 30 avril 2015, établie à la suite d'un entretien avec l'assurée le 1^{er} décembre 2015 (sic), l'OAI a relevé que celle-ci bénéficiait de l'assistance de l'Hospice général depuis novembre 2008. Elle a déclaré que sans atteinte à la santé, elle souhaiterait travailler à raison de 50-60%. h. L'assurée a fait appel les 3 et 23 novembre 2015 à des médecins d'un service de consultation d'urgence à domicile, en raison d'une perte soudaine du tonus musculaire et de tachyarythmie. i. L'assurée a séjourné aux HUG du 28 décembre 2015 au 11 janvier 2016 en raison de malaises à répétition, le diagnostic principal étant une tachycardie sinusale et les diagnostics secondaires des troubles anxieux, avant son transfert dans l'unité de psychiatrie de la clinique La Lignière du 11 janvier au 8 février 2016. Dans le rapport relatif à ce dernier séjour, établi le 11 février 2016, le docteur C_____, spécialiste FMH en médecine interne générale et en psychiatrie, a notamment retenu le diagnostic de tachycardie supraventriculaire d'étiologie peu claire depuis 2013, avec anxiété réactionnelle. j. L'OAI a mis en œuvre une expertise rhumatologique et psychiatrique de l'assurée, qu'il a confiée aux docteurs D_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, et E_____, spécialiste FMH en psychiatrie. k. Par pli du 23 août 2017 à l'OAI, l'assurée a indiqué qu'un examen complémentaire par un cardiologue était nécessaire. Les experts ne semblaient pas avoir pris en compte son hospitalisation en décembre 2015 aux HUG, où le diagnostic de tachycardie supraventriculaire ou sinusale avait été posé. l. Dans leur rapport du 12 septembre 2017 établi à la suite de l'examen de l'assurée le 6 juin 2017, les experts n'ont retenu aucun diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail. Ils ont mentionné les atteintes suivantes, sans répercussion sur la capacité de travail : status après fracture de la cheville droite du 7 avril 2013, traitée par ostéosynthèse, compliquée d'une algodystrophie actuellement au décours (M 89.0) ; status après entorse de la cheville gauche le 7 avril 2013, actuellement asymptomatique ; trouble somatoforme indifférencié (F 45.1) et jeu pathologique (F 63.0). Ils ont retenu que l'assurée avait interrompu son activité non pour des raisons ostéoarticulaires, mais à la suite de tachycardies sinusales. Sur le plan psychiatrique, les examinateurs ont conclu à un épisode dépressif léger ne revêtant aucun caractère incapacitant. L'assurée présentait un trouble somatoforme indifférencié. Elle se plaignait de sensations d'accélération du rythme cardiaque. Malgré les discours rassurants du cardiologue, l'absence de consultation régulière et récente chez un cardiologue et l'absence de traitement cardiotrope, l'assurée affirmait qu'elle présentait des problèmes cardiaques de type tachycardie. Ses ressources étant conservées, ce diagnostic ne présentait pas de caractère incapacitant. Interrogée sur l'évolution de son état clinique, l'assurée avait déclaré qu'elle avait moins de problèmes de type tachycardie depuis le mois de juillet 2016, que les crises étaient fluctuantes, imprévisibles, de l'ordre d'une à deux tous les deux mois. Elle relevait une amélioration nette depuis le mois de janvier 2017. Les experts n'ont retenu aucune limitation fonctionnelle rhumatologique ou psychiatrique. Au plan rhumatologique, l'assurée avait présenté une incapacité de travail totale dans toute activité en raison de la fracture de la cheville droite du 7 avril à fin octobre 2013. Sur le plan psychiatrique, elle

avait présenté une incapacité de travail totale durant ses périodes d'hospitalisation, soit du 24 février au 4 mai 2014, du 5 mai au 14 octobre 2014, et du 11 janvier au 8 février 2016. Hormis durant ces périodes, elle ne présentait pas d'incapacité de travail durable. Sa capacité de travail était entière tant dans l'activité habituelle de secrétaire que dans une activité adaptée dès novembre 2013. m. Dans une note du 2 octobre 2017, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a nié la nécessité d'une expertise cardiologique, les explorations cardiaques en sa possession étant toutes restées négatives. n. Dans un courrier du 17 novembre 2017 aux experts du SMR, le docteur F_____, spécialiste FMH en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, a rappelé que les investigations effectuées aux HUG, à la clinique La Colline et à la clinique La Lignière avaient confirmé des tachycardies sinusales pouvant monter jusqu'à 180 battements par minute, sans élément cardiologique ou médical spécifique permettant d'en expliquer la cause. Cette symptomatologie perdurait en raison notamment d'une intolérance de l'assurée aux tentatives de traitements par des bêtabloquants même à faible dose. Au vu de la pleine capacité de travail retenue par les experts, le Dr F_____ se demandait s'il était concevable que l'assurée puisse s'absenter deux à trois fois par mois pendant quelques jours à la suite de ses tachyarythmies, qui continuaient à survenir de manière assez régulière. Ces crises pouvaient être favorisées par le stress ou l'effort. Ces derniers mois, elle décrivait un à deux épisodes par mois. Ceci pourrait faire l'objet d'un avis cardiologique. Le Dr F_____ pouvait comprendre le diagnostic de syndrome somatoforme retenu par les examinateurs du SMR, mais même en l'absence de pathologie somatique précisée, il était improbable que des tachyarythmies mesurées puissent avoir pour seule cause l'anxiété. o. Dans un avis du 16 janvier 2018, le SMR a noté qu'au vu des éléments rapportés par l'expert psychiatre, le degré de gravité fonctionnelle du trouble somatoforme ne permettait pas d'en retenir le caractère incapacitant. p. Par décision du 22 janvier 2018, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée. Il a retenu une incapacité de travail totale dans toute activité du 7 avril au 31 octobre 2013, mais nulle dès le 1^{er} novembre 2013, de sorte que le délai d'attente d'une année n'était pas échu. Au vu de la situation, des mesures professionnelles n'avaient pas lieu d'être. q. Saisie d'un recours contre cette décision, la chambre de céans l'a rejeté par arrêt du 14 octobre 2019 (ATAS/928/2019). Elle a reconnu une pleine valeur probante au rapport d'expertise. Elle a en particulier examiné l'incidence du diagnostic de trouble somatoforme indifférencié sur la capacité de travail de l'assurée à la lumière des indicateurs jurisprudentiels en matière de troubles somatoformes douloureux et autres troubles psychosomatiques comparables, compte tenu du fait que les tachycardies sinusales dont se plaignait l'assurée depuis le 20 janvier 2014 n'étaient pas corrélées par un substrat organique. Elle en a conclu que le caractère invalidant dudit trouble devait être nié, et que l'assurée disposait d'une pleine capacité de travail dès le 9 février 2016. B. a. Par courrier du 27 mars 2023, l'assurée a demandé à l'OAI « la réouverture de son dossier au vu de nouveaux éléments (diagnostic posé le 9.3.2023 [recte : 9.2.2023]) ». Elle lui a notamment adressé un rapport du 7 mars 2023 des HUG relatif à un séjour du 9 au 24 février 2023, posant le diagnostic de syndrome de tachycardie orthostatique posturale (POTS) probable (9 février 2023) et précisant que l'hospitalisation ayant eu lieu en raison d'une majoration des crises, avec un maintien à domicile impossible. L'examen ne montrait pas de signes d'insuffisance cardiaque et l'IRM cardiaque révélait une fonction biventriculaire normale. Le Tilt-test était compatible avec une tachycardie orthostatique ou POTS, avec augmentation de la fréquence cardiaque de plus de 30 battements par minute en position debout. Le bilan ophtalmologique montrait par ailleurs un syndrome des yeux secs

bilatéralement, et une maladie de Sjögren devait être investiguée. b. Dans un avis du 28 mars 2023, portant également la date du 20 juin 2023, le SMR a conclu à une incapacité de travail totale dans toute activité en raison du POTS, du possible syndrome de Sjögren, et du trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse et dépressive (F 43.22) lié au risque de survenance d'épisodes de dysautonomie et de tachycardie. Il était possible de retenir une aggravation le 9 février 2023, date d'hospitalisation aux HUG. c. Dans un rapport du 3 mai 2023, le Dr B_____ a diagnostiqué, sans effet sur la capacité de travail, un trouble de l'adaptation avec réaction mixte dépressive et anxieuse (F 43.22). Il a relevé que les épisodes de dysautonomie et de POTS, pouvant durer de quelques jours à plusieurs semaines, induisaient des limitations (fatigue, faiblesse) et une perte d'autonomie importante ayant une répercussion sur l'humeur de l'assurée et généraient de l'anxiété. Ces deux derniers mois avaient été particulièrement difficiles en raison des restrictions qui l'avaient empêchée de sortir de son lit, avec un besoin important de présence et de réassurance par les proches et les soignants. Il n'y avait pas de limitations fonctionnelles d'origine psychique. d. Le 15 mai 2023, l'assurée a déposé une demande d'allocation pour impotent auprès de l'OAI. e. Par courriel du 12 juillet 2023, l'assurée a indiqué à l'OAI que son atteinte avait débuté en janvier 2014, mais le diagnostic précis n'avait été posé qu'en février 2023 en raison de la rareté de cette atteinte. Elle l'invitait à procéder à un examen rétroactif de son droit à la rente, qui s'ouvrait en avril 2016 au vu du dépôt de la demande de prestations en mars 2015. f. Selon une note d'entretien téléphonique du 8 août 2023, l'assurée a indiqué à l'OAI que sans atteinte à la santé, elle aurait voulu travailler à un taux entre 50% et 80%, mais à temps partiel afin de garder du temps pour donner des cours. g. Par décision du 24 octobre 2023, l'OAI a rejeté la demande d'allocation pour impotent de l'assurée, dès lors que les empêchements n'existaient pas depuis une année au moins. h. Par acte du 23 novembre 2023, l'assurée a interjeté recours contre cette décision auprès de la chambre de céans, en concluant à son annulation et au renvoi du dossier à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision sur son droit aux prestations à compter du 16 mars 2015. Elle a notamment fait valoir que sa demande du 27 mars 2023 relevait d'une demande de révision procédurale de la décision de l'OAI du 22 janvier 2018. i. Dans un rapport du 17 janvier 2024, le Dr F_____ a indiqué que les symptômes du POTS diagnostiqué en février 2023 étaient présents et incapacitants depuis qu'il suivait l'assurée, soit dès novembre 2015. La symptomatologie s'était manifestée pour la première fois en 2014 et avait suscité de nombreuses admissions dans les services d'urgence et de consultations à domicile. Le diagnostic de POTS posé par la suite expliquait clairement la totalité des symptômes présentés par l'assurée depuis ces années et leur caractère incapacitant. j. Dans un avis du 29 janvier 2024, le SMR a soutenu que le diagnostic de POTS n'avait été posé qu'en février 2023, et que l'assurée se plaignait de malaises, de tachycardie et de tension artérielle variable depuis plusieurs années. Toutefois, selon l'analyse à l'aune des indicateurs de gravité des troubles sans substrat organique lors de l'expertise, il n'y avait pas d'incapacité de travail. L'assurée était alors indépendante dans les activités de la vie quotidienne. Le SMR ne pouvait ainsi suivre les conclusions du Dr F_____ sur l'existence d'une incapacité de travail totale depuis au moins 2015, celle-ci n'ayant pu être objectivée que depuis l'hospitalisation de février 2023. k. Par arrêt du 29 avril 2024 (ATAS/291/2024), la chambre de céans a transmis la requête en révision de la décision du 22 janvier 2018 de l'assurée à l'OAI comme objet de sa compétence, et, s'agissant de l'allocation pour impotent, lui a renvoyé la cause pour enquête ménagère et nouvelle décision. l. A la suite de cet arrêt, l'OAI a mis en œuvre une enquête économique

sur le ménage le 4 juillet 2024. Dans ce cadre, l'assurée a déclaré qu'elle aurait travaillé à 80% sans atteinte à la santé, et donné des cours faiblement rémunérés à 20%. L'enquêtrice a évalué les empêchements comme suit. Dans l'alimentation, secteur pondéré à 41%, des empêchements de 75% dans la partie préparation des aliments (représentant 60%), de 50% pour mettre la table (représentant 10%), et de 75% dans la partie nettoyage de la cuisine (représentant 30%) étaient retenus. Dans l'entretien du logement, pondéré à 24%, l'empêchement était de 25% dans les travaux légers (représentant 30%), de 75% dans la partie travaux lourds (représentant 50%), et de 100% dans les travaux saisonniers (représentant 10%). Dans les achats et courses pondérés à 10%, des empêchements de 75% dans la partie achats (représentant 90%) et de 25% dans les démarches officielles (représentant 10%) étaient admis. Pour la lessive et l'entretien des vêtements, champ pondéré à 15%, l'enquêtrice a retenu des empêchements de 50% dans les lessives (représentant 50%) et de 25% dans le repassage, le pliage et le rangement du linge (représentant 50%). S'agissant de l'entretien du jardin et de l'extérieur de la maison et les soins aux animaux domestiques, travaux représentant 10%, il n'y avait pas d'empêchement dans l'entretien du jardin, et un empêchement de 10% était retenu pour les soins aux animaux. Tous ces empêchements étaient réduits à néant une fois l'aide des tiers prise en compte, de sorte qu'aucune invalidité n'était admise dans la sphère ménagère. Le total d'heures nécessaires à la tenue du ménage par semaine était selon la statistique sur le travail domestique et familial de 23 heures 48. Les empêchements s'élevaient à 57.2%, soit 13 heures 36, avant l'obligation de réduire le dommage. L'aide des proches était exigible, à raison d'une heure trente pour le mari de l'assurée et de trois heures et six minutes par semaine pour son fils. Pour ce dernier, l'aide avait été réduite pendant plusieurs mois, lorsque celui-ci était absent en raison de ses obligations militaires. Elle pourrait désormais être augmentée, puisqu'il avait terminé son service militaire. m. Dans une note du 17 juillet 2024, l'OAI a conclu à un statut mixte avec part professionnelle à 60%, en se référant à la mention d'un tel statut dans une note du 5 décembre 2017 au SMR. L'assurée avait lors de l'enquête déclaré qu'elle souhaiterait travailler sans atteinte à 80%, mais aucun élément ne permettait de retenir une modification du statut. Personne ne dépendait de l'assurée, dont le fils cherchait du travail. Il fallait remonter aux années 1989-1992 pour retrouver un emploi exercé à 80%, alors que son fils n'était pas encore né. n. Le 18 juillet 2024, l'OAI a adressé un projet de décision à l'assurée, aux termes duquel celle-ci avait droit à une rente d'invalidité de 60% dès le 1^{er} février 2024, compte tenu d'une incapacité de travail nulle dans toute activité dès février 2023 et d'une invalidité nulle dans la sphère ménagère. Il a nié le droit à des mesures professionnelles. o. Le 16 septembre 2024, l'assurée a déclaré s'opposer à la décision de l'OAI. Celle-ci ne statuait pas sur sa demande de révision. Les troubles ayant conduit au diagnostic de POTS étaient ceux observés depuis 2014, et l'incapacité de travail que justifiait ce diagnostic existait alors déjà. Elle a contesté le statut mixte retenu, contestant avoir tenu les déclarations consignées par l'OAI le 30 avril 2015. Les éléments objectifs ne permettaient pas de retenir un statut mixte. L'assurée a soutenu avoir été particulièrement active dès le début de sa vie professionnelle, en multipliant les postes à temps partiels, ce qui s'expliquait par la nécessité de cumuler les emplois afin de suivre des formations dans son domaine de prédilection. Il y avait lieu d'admettre que sans atteinte à la santé, elle aurait entrepris d'augmenter son taux d'activité jusqu'à un temps plein, et elle avait du reste déclaré lors de l'enquête que sans atteinte à la santé, elle aurait travaillé à 80% et aurait donné des cours faiblement rémunérés à 20%. Elle a également contesté l'enquête ménagère, soutenant que ses propos y étaient déformés, et ses atteintes

minimisées. Elle a commenté en détail les empêchements retenus, exposant pour quels motifs ils étaient sous-estimés. Elle a également contesté l'exigibilité de l'aide de son époux et de son fils. L'invalidité dans la sphère devait être considérée comme totale. L'assurée a conclu à l'octroi d'une rente totale dès mars 2016. p. Par décision du 4 octobre 2024, l'OAI a confirmé les termes de son projet. Il a rejeté la demande de révision procédurale, soutenant que l'arrêt de la chambre de céans du 14 octobre 2019, entré en force, avait confirmé l'existence d'une pleine capacité de travail dès le 9 février 2016. L'instruction complémentaire n'avait pas établi un début de l'incapacité de travail antérieur au 9 février 2023. C. a. Par écriture du 4 novembre 2024, l'assurée a interjeté recours contre la décision de l'OAI auprès de la chambre de céans. Elle a conclu, sous suite de dépens, à son annulation en tant qu'elle fixait le début du droit à la rente au 1^{er} février 2024 et limitait sa quotité à 60% d'une rente entière, à ce qu'il soit dit qu'elle avait droit à la révision procédurale de la décision de l'OAI du 22 janvier 2018, à ce qu'il soit dit qu'elle avait droit à une rente entière d'invalidité à compter du 16 mars 2016 (fin du délai d'attente d'un an), et au renvoi du dossier à l'OAI pour nouvelle décision dans le sens des considérants ; subsidiairement à ce qu'une expertise domestique destinée à évaluer son incapacité ménagère soit ordonnée, à ce qu'il soit constaté qu'elle avait droit à la révision procédurale de la décision de l'OAI du 22 janvier 2018, à ce qu'il soit constaté qu'elle avait droit à une rente entière d'invalidité à compter du 16 mars 2016 (fin du délai d'attente d'un an) et au renvoi du dossier à l'OAI pour nouvelle décision dans le sens des considérants ; et plus subsidiairement au renvoi du dossier à l'OAI pour expertise domestique destinée à évaluer son incapacité ménagère et nouvelle décision. L'assurée a repris pour l'essentiel les arguments développés dans son opposition. b. Dans sa réponse du 3 décembre 2024, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il a en substance confirmé le statut retenu et allégué que l'enquête ménagère avait pleine valeur probante. S'agissant de la demande de révision, il s'est dit incompétent pour en connaître. c. Dans sa réplique du 18 décembre 2024, l'assurée a sollicité la jonction de la présente cause à la procédure pendante devant la chambre de céans à la suite de son recours à l'encontre de la décision rendue le 16 octobre 2024 par l'OAI sur son droit à l'allocation pour impotent, enregistré sous le numéro de cause A/3785/2024. Elle a pour le surplus persisté dans ses conclusions, en précisant notamment que son fils avait un emploi à 100% depuis août 2024 dans la sécurité. Elle a produit le courrier de l'employeur de celui-ci qui attestait cet élément. Elle a enfin soutenu que la compétence de l'OAI pour connaître de la demande de révision ne faisait aucun doute, notamment au vu de l'arrêt du 19 avril 2024 qui lui avait renvoyé la cause à cette fin. Si la chambre de céans s'estimait compétente, il lui appartiendrait de statuer sur ce point. d. Dans sa duplique du 14 janvier 2025, l'OAI a maintenu sa position. Il s'est opposé à la jonction des causes. Il a ajouté qu'il n'entendait pas reconsidérer sa décision. e. La chambre de céans a transmis copie de cette écriture à l'OAI le 16 janvier 2025. f. Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 1. 1.1 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) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). 1.2 La chambre de céans est ainsi compétente à raison de la matière pour trancher le présent recours, qui est en outre recevable dès lors qu'il a été déposé dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56ss LPGA). 2. L'assurée a requis la jonction de la présente cause avec la procédure A/3785/2024, portant sur son droit à une

allocation pour impotent. Aux termes de l'art. 70 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10), l'autorité peut, d'office ou sur requête, joindre en une même procédure des affaires qui se rapportent à une situation identique ou à une cause juridique commune. Dans le cas d'espèce, les procédures portent sur des prestations différentes, de sorte que la chambre de céans ne joindra pas les causes. 3. Dès lors que le recours porte notamment sur la révision procédurale du refus de rente entériné par la chambre de céans dans son arrêt du 14 octobre 2019, on rappellera ce qui suit. 3.1 Conformément à l'art. 53 al. 1 LPGa, les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant. Cependant, selon une jurisprudence constante, l'administration ne peut revenir sur une décision ou une décision sur opposition que si un juge n'a pas déjà statué matériellement sur celles-ci (ATF 127 V 466 consid. 2c portant sur un cas de reconsidération ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_868/2010 du 6 septembre 2011 consid. 2.1 et 8C_787/2008 du 4 février 2009 en matière de révision procédurale). Dans un tel cas, une révision du jugement au sens de l'art. 61 let. i LPGa peut entrer en ligne de compte (Thomas FLÜCKIGER in Basler Kommentar ATSG, 2020, n. 19 ad art. 53 LPGa). L'art. 61 let. i LPGa prévoit que les jugements sont soumis à révision si des faits ou des moyens de preuve nouveaux sont découverts ou si un crime ou un délit a influencé le jugement. Cette disposition impose aux cantons d'admettre la révision d'un jugement lorsqu'un fait ou un moyen de preuve nouveau est découvert ou si un crime ou un délit a influencé le jugement. Il s'agit d'un moyen de droit extraordinaire, non dévolutif, par lequel le tribunal peut être amené à réexaminer son jugement sur la base de nouveaux éléments portés à sa connaissance (Jean METRAL in Commentaire romand LPGa, 2018, n. 133 ad art. 61 LPGa). 3.2 À teneur de l'art. 89I al. 2 et 3 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10), l'art. 61 let. i LPGa est applicable pour les causes visées à l'art. 134 al. 1 LOJ et l'art. 80 LPA pour les causes visées à l'art. 134 al. 3 LOJ. Cependant, l'art. 61 1 re phrase LPGa renvoie au droit cantonal s'agissant de la procédure devant le tribunal cantonal des assurances, de sorte qu'il convient d'appliquer l'art. 80 LPA dans toutes les hypothèses en matière de révision (ATAS/224/2021 du 17 mars 2021 consid. 4). La procédure cantonale doit toutefois satisfaire à certaines exigences de droit fédéral, en particulier admettre la possibilité de réviser un jugement du tribunal cantonal des assurances si des faits ou des moyens de preuve nouveaux sont découverts (arrêt du Tribunal fédéral 8C_120/2017 du 20 avril 2017 consid. 2). Tel est le cas de l'art. 80 let. b LPA, qui dispose qu'il y a notamment lieu à révision lorsque, dans une affaire réglée par une décision définitive, il apparaît que des faits ou des moyens de preuve nouveaux et importants existent, que le recourant ne pouvait connaître ou invoquer dans la procédure précédente. 3.3 Selon l'art. 81 al. 1 LPA, la demande de révision doit être adressée par écrit à la juridiction qui a rendu la décision dans les trois mois dès la découverte du motif de révision. Si l'autorité admet que le motif de révision est établi et admet en conséquence le bien-fondé de la requête, elle doit annuler totalement ou partiellement l'arrêt qu'elle a rendu et statuer à nouveau au fond (Benoît BOVAY, Procédure administrative, 2 e éd. 2015, p. 680). 4. La révision suppose la réalisation de cinq conditions: le requérant invoque un ou des faits ; ce ou ces faits sont pertinents, dans le sens d'importants ; ces faits existaient déjà lorsque le jugement a été rendu – il s'agit de pseudo-nova, c'est-à-dire de faits antérieurs au jugement ou, plus précisément, de faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables – ; ces faits ont été

découverts après coup, soit postérieurement au jugement, ou, plus précisément, après l'ultime moment auquel ils pouvaient encore être utilement invoqués dans la procédure principale ; le requérant n'a pas pu, malgré toute sa diligence, invoquer ces faits dans la procédure précédente (ATF 143 III 272 consid. 2.2 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_457/2022 du 3 avril 2022 consid. 3.1 et 8C_562/2020 du 14 avril 2021 consid. 3.2). Quant aux preuves concluantes, elles supposent elles aussi la réunion de cinq conditions : elles doivent porter sur des faits antérieurs (pseudo-nova) ; elles doivent être concluantes, c'est-à-dire propres à entraîner une modification du jugement dans un sens favorable au requérant ; elles doivent avoir déjà existé lorsque le jugement a été rendu (plus précisément jusqu'au dernier moment où elles pouvaient encore être introduites dans la procédure principale) ; elles doivent avoir été découvertes seulement après coup ; le requérant n'a pas pu les invoquer, sans faute de sa part, dans la procédure précédente. Il est décisif que le moyen de preuve ne serve pas à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers (arrêt du Tribunal fédéral 8C_562/2020 du 14 avril 2021 consid. 3.3 et les références).

5. La notion de faits ou moyens de preuve nouveaux s'apprécie de la même manière en cas de révision procédurale d'une décision administrative (art. 53 al. 1 LPG) et de révision d'un jugement cantonal (art. 61 let. i LPG ; ATF 144 V 245 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_562/2020 du 14 avril 2021 consid. 3.2).

5.1 Un élément invoqué à l'appui d'une révision qui relève uniquement d'une appréciation nouvelle d'un fait déjà connu ne justifie pas de révision procédurale. Les faits nouveaux doivent en outre être importants, selon la lettre de l'art. 53 al. 1 LPG. Seul est important dans cette acception un fait nouveau de nature à modifier l'état de fait à la base de la décision dont la révision est requise, de telle manière qu'une subsomption juridique correcte aurait conduit à un autre jugement (arrêts du Tribunal fédéral 8C_464/2016 du 27 septembre 2016 consid. 6.1 et 8C_434/2011 du 8 décembre 2011 consid. 7.1).

5.2 Si le motif de révision porte sur une condition matérielle du droit, dont l'examen repose essentiellement sur une estimation ou une appréciation des preuves, soit sur des éléments qui impliquent nécessairement une certaine appréciation, un fait nouveau n'est en règle générale pas important. Un motif de révision procédurale n'entre donc en ligne de compte que si, dans la procédure initiale déjà, le médecin examinateur et l'autorité de décision auraient dû impérativement exercer leur pouvoir d'appréciation différemment eu égard au nouveau constat médical et, par conséquent, parvenir à un autre résultat (arrêt du Tribunal fédéral 8C_18/2013 du 23 avril 2013 consid. 3.1). Ainsi, il ne suffit pas qu'un nouveau rapport médical donne une appréciation différente des faits ; il faut bien plutôt des éléments de fait nouveaux, dont il résulte que les bases de la décision entreprise comportaient des défauts objectifs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_64/2023 du 6 décembre 2023 consid. 2.2). Partant, pour justifier la révision d'une décision, il ne suffit pas que le médecin ou l'expert tire ultérieurement des faits connus au moment de la décision principale d'autres conclusions que l'administration ou le tribunal. Il n'y a pas non plus motif à révision du seul fait que l'administration ou le tribunal paraît avoir mal interprété des faits connus déjà lors de la décision principale. L'appréciation inexacte doit bien plutôt être la conséquence de l'ignorance ou de l'absence de preuve de faits essentiels pour la décision (arrêt du Tribunal fédéral 8C_778/2021 du 1^{er} juillet 2022 consid. 3.3). Le fait qu'un médecin pose un nouveau diagnostic après la fin de la procédure judiciaire, lequel doit encore être confirmé par un examen médical, et tire de nouvelles conclusions sur l'état de santé de l'assuré et sa capacité de travail, non pas sur la base d'éléments objectifs qui auraient été ignorés, mais en fonction d'une appréciation fondée sur l'anamnèse et des examens déjà réalisés

antérieurement, ne permet pas de retenir l'existence d'un moyen de preuve qui établirait des faits nouveaux essentiels ignorés à l'époque du précédent jugement (arrêt du Tribunal fédéral 8C_531/2020 du 3 mai 2021 consid. 4.3).

5.3 Une nouvelle expertise médicale qui ne constate pas d'erreur de diagnostic grave et indéfendable dans la procédure qui a conduit à la décision initiale ne remplit pas le critère d'importance d'un fait nouveau. Les maladies ne peuvent pas toujours être différenciées clairement les unes des autres en fonction de leurs symptômes, de sorte qu'il ne serait pas judicieux de considérer chaque modification ou correction a posteriori d'un diagnostic comme un motif justifiant une révision procédurale, d'autant plus que le diagnostic n'est pas déterminant pour l'évaluation de la capacité de travail et de l'invalidité. En outre, les expertises médicales reposent le plus souvent sur l'appréciation médicale. S'agissant en particulier de la détermination de la capacité de travail, l'expert dispose d'une marge d'appréciation considérable. La détermination de la capacité de travail se fonde essentiellement sur l'évaluation ou l'appréciation des symptômes constatés et analysés (arrêts du Tribunal fédéral 8C_170/2017 du 13 octobre 2017 consid. 7.3 et 9C_955/2012 du 13 février 2013 consid. 3.3.4.). Dans ce contexte, de nouveaux résultats d'examen peuvent toutefois constituer un fait nouveau et entrer en considération comme motif de révision s'ils démontrent que, dans la procédure initiale, le médecin examinateur et l'autorité compétente auraient dû exercer leur pouvoir d'appréciation d'une façon nécessairement différente et parvenir à un autre résultat (arrêt du Tribunal fédéral 9C_586/2018 du 7 janvier 2019 consid. 3.1).

5.4 On peut citer la casuistique suivante en matière de révision liée à des faits ou moyens de preuve nouveaux de nature médicale. Le rapport d'un médecin posant le diagnostic de forme tardive de la neuroborréliose de Lyme – révélée par une ponction lombaire qui n'avait pas été réalisée jusque-là – ne relève pas d'une simple appréciation différente, mais constitue indiscutablement un moyen de preuve nouveau propre à établir un fait pertinent par rapport aux éléments médicaux recueillis dans le cadre de la procédure initiale (arrêt du Tribunal fédéral 8C_120/2017 du 20 avril 2017 consid. 3.2 et 3.3). Un diagnostic de lésions neurologiques iatrogènes – reposant notamment sur un test pharmacologique à la lidocaïne – n'a pas été considéré comme un nouvel élément ignoré au moment de la décision initiale, dès lors que ce diagnostic avait été évoqué par les médecins à l'époque sur la base de constatations identiques, puis écarté au profit d'un syndrome douloureux somatoforme persistant (arrêt du Tribunal fédéral 9C_64/2023 du 6 décembre 2023 consid. 5.1). Une nouvelle étude de documents radiologiques amenant à une nouvelle appréciation de la capacité de travail – alors que les premiers experts avaient retenu un syndrome douloureux cervico-céphalique après analyse des mêmes images – ne constitue pas un motif de révision (arrêt du Tribunal fédéral 8F_9/2015 du 18 août 2015 consid. 2.3.1). En revanche, une IRM révélant des lésions traumatiques ignorées lors de la première décision, qui retenait un traumatisme crânio-cérébral sans substrat organique, est un motif de révision (arrêt du Tribunal fédéral 8C_900/2012 du 7 mai 2003 consid. 6). Il n'y a pas de révision en cas de pseudarthrose diagnostiquée, alors que cette atteinte avait déjà été discutée lors de la procédure initiale (arrêt du Tribunal fédéral 8F_11/2015 du 15 octobre 2015). Il y a motif de révision lorsque, dans la procédure initiale, la rente a été allouée en raison d'une incapacité de travail retenue par les experts en lien avec des céphalées posttraumatiques chroniques après une distorsion de la colonne cervicale, alors que l'assuré leur avait tu l'existence de migraines préexistantes à l'accident (arrêt du Tribunal fédéral 8C_333/2016 du 24 octobre 2016. 6. En 2015, le Tribunal fédéral a établi une nouvelle procédure pour déterminer la capacité de travail réellement exigible dans les cas de syndromes du type

troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées, nécessitant un établissement des faits structuré et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de l'assuré d'autre part. Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères ressortant de la jurisprudence rendue jusque-là, mais sur une grille d'analyse comportant des indicateurs rassemblant les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique, concernant les catégories du degré de gravité fonctionnelle et celle de la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 3.6). Ces indicateurs sont les éléments pertinents pour le diagnostic et les symptômes, le succès du traitement et de la réadaptation ou la résistance à ces derniers, les comorbidités, les diagnostics de la personnalité et les ressources personnelles, le contexte social, le comportement de l'assuré, la limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie, et le poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4). Notre Haute Cour a par la suite étendu cette jurisprudence à toutes les maladies psychiques (ATF 143 V 409 consid. 4.5). Ainsi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (arrêt du Tribunal fédéral 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1).

7. En l'espèce, la chambre de céans relèvera en préambule que c'est bien à elle qu'il appartient de statuer sur la demande de révision formulée par l'assurée, dès lors que c'est son arrêt du 14 octobre 2019 qui a définitivement tranché le droit aux prestations de celle-ci à la suite de sa demande de prestations de 2015. Le fait que l'OAI ait statué sur la demande de révision dans sa décision du 4 octobre 2024 ne porte cependant pas à conséquence, dès lors que celle-ci n'est pas entrée en force au vu du recours interjeté le 4 novembre 2024 par l'assurée à son encontre. La procédure initiée devant la chambre de céans par ledit recours a en outre permis aux parties de se prononcer sur l'existence d'un motif de révision, si bien que la chambre de céans peut se prononcer sur la requête en révision du 27 mars 2023.

8. S'agissant de l'existence d'un motif de révision, un POTS a été retenu en février 2023. Or, si l'assurée ne s'est vu formellement diagnostiquer ce syndrome qu'à cette date, après des années d'errance diagnostique, force est de constater que les symptômes de cette atteinte se sont manifestés de longue date, puisqu'ils étaient présents dès 2014. En effet, il ressort du dossier que des épisodes de tachycardie – soit l'un des symptômes du POTS – ont été observés dès février 2014, et qu'ils surviennent régulièrement depuis. A cette époque, les médecins des HUG avaient posé le diagnostic d'hypotension orthostatique. Selon leur rapport, l'assurée ressentait à différents moments de la journée une sensation de malaise ou d'évanouissement et de liquéfaction, sans perte de connaissance. Elle ressentait fréquemment des palpitations lors de ces malaises sous la forme d'un battement cardiaque plus fort. Lors de son séjour au service des urgences des HUG, l'assurée avait subi un nouvel épisode de malaise sans perte de connaissance, avec une tachycardie sinusale à 149 battements par minute, objectivée à l'ECG (électrocardiogramme). Le deuxième ECG avait révélé une tachycardie sinusale à 140 battements par minute. Quant aux médecins de la clinique La Colline, selon la lettre de sortie du 24 février 2014, ils ont également diagnostiqué à titre principal des malaises sur tachycardie sinusale et, à titre secondaire, un état anxiodépressif. La surveillance rythmique réalisée avait mis en évidence au moins quatre passages en tachycardie sinusale à 180 battements par minute durant environ une minute, qui correspondaient parfaitement à la

sensation de malaise ressentie par l'assurée. L'échocardiographie était strictement normale, de même que l'examen neurologique et le scanner cérébral. Depuis l'introduction du Trandate, l'assurée n'avait plus de palpitations et la sensation de malaise s'était améliorée. Le problème résiduel restait un état anxiodépressif important. Quant aux médecins de la Métairie, ils ont fait état dans la lettre de sortie du 12 mai 2014 d'un épuisement consécutif à l'algoneurodystrophie, et de l'apparition soudaine d'une symptomatologie mal systématisée aiguë, se caractérisant par des vertiges, une tachycardie et une anxiété envahissante. Le bilan somatique avait permis d'exclure un phéochromocytome et toute origine somatique de cette symptomatologie. Dans son rapport du 31 août 2015, le Dr B_____ a mentionné la persistance d'épisodes de tachycardie d'origine encore indéterminée, qui fatiguaient beaucoup l'assurée. Dans son rapport du 5 novembre 2015, le docteur G_____, spécialiste FMH en médecine générale, appelé en urgence au domicile de l'assurée, a évoqué une chute le 3 novembre 2015 sur perte soudaine du tonus musculaire. Il a noté que de nombreuses investigations cardiaques et ORL avaient été effectuées, sans diagnostic, hormis une tachycardie expliquant les syncopes, le reste des symptômes étant mis sur le compte d'attaques de panique. Le 23 novembre 2015, le docteur H_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, également appelé en urgence au domicile de l'assurée, a posé les diagnostics de lipothymie probablement orthostatique sans critère de gravité. Il a précisé que l'hypotension orthostatique d'origine indéterminée angoissait l'assurée. Lors de l'hospitalisation de l'assurée aux HUG du 28 décembre 2015 au 11 janvier 2016, les médecins ont posé le diagnostic principal de tachycardie sinusale et le diagnostic secondaire de troubles anxieux. Une IRM cérébrale n'avait pas montré d'anomalie, et une électroencéphalographie ne révélait pas d'argument en faveur d'un foyer épileptique. Le bilan sanguin et le scanner thoraco-abdominal étaient normaux. La consultation de neurologie ne concluait pas à des arguments compatibles avec une migraine. Un Holter avait mis en évidence une tachycardie sinusale avec des maxima à 150 battements par minute, sans modifications nycthémérales pathologiques ni trouble du rythme majeur associé. L'assurée avait refusé un traitement par bêtabloquants, qu'elle ne tolérait pas. Selon une attestation de la docteure I_____ du 8 janvier 2016, une consultation en psychiatrie avait révélé une très importante composante anxieuse associée aux tachycardies, responsables d'une impotence fonctionnelle sévère, ne permettant actuellement pas un retour à domicile. L'assurée était au courant de l'importance de la prise en charge de la composante anxieuse dans la récupération d'une autonomie. Elle nécessitait actuellement une prise en charge multidisciplinaire en milieu spécialisé de réhabilitation afin de pouvoir envisager un retour ultérieur à domicile. Le Dr C_____ a indiqué dans son rapport du 11 février 2016 que l'assurée présentait des crises de tachycardie sinusale en salves, d'une durée de vingt minutes à plusieurs heures, ayant fait l'objet de nombreuses investigations cardiologiques et somatiques qui n'avaient pas mis en évidence de trouble du rythme cardiaque autre qu'une tachycardie sinusale attribuée à de l'anxiété, ce que l'assurée réfutait, persuadée de son origine somatique. Après avoir discuté de la présence d'un trouble somatoforme avec des facteurs de conversion, un trouble dissociatif pouvait être exclu au vu de l'examen clinique lors de ces périodes de tachycardie d'étiologie peu claire, dont le retentissement sur l'humeur de l'assurée était évident. Le Dr F_____ a confirmé la persistance des épisodes de tachycardie en novembre 2017. 8.1 Comme cela ressort de ces rapports, les importantes crises de tachycardie semblent avoir été imputées par les médecins à des troubles d'ordre psychologique, à défaut de diagnostic somatique à même de les expliquer. Quant aux Drs E_____ et D_____, ils ont analysé la capacité de travail au plan

rhumatologique et psychique uniquement, et notamment en examinant si les critères de gravité de troubles psychiques étaient réalisés, assimilant les crises de tachycardie à des troubles sans substrat organique (sur ces aspects, cf. ATF 141 V 281 consid. 3.6). L'aspect cardiologique n'a ainsi pas été investigué plus avant par ces experts, pas plus que par le SMR, qui a écarté la nécessité d'une expertise sur ce plan en se référant à des explorations cardiaques, qui ne figurent du reste pas au dossier. Ainsi, l'existence d'un POTS n'a jamais été évoquée dans les différents rapports médicaux, et le Tilt-Test ayant permis de poser ce diagnostic n'a jamais été réalisé avant février 2023, bien que ses symptômes soient apparus dès février 2014. Ce syndrome constitue ainsi un élément médical nouveau venant démontrer l'inexactitude de l'arrêt du 14 octobre 2019 (ATAS/928/2019), fondé sur une expertise médicale qui n'a pas pris en compte cette problématique. Il n'est guère discutable que si cette atteinte avait été connue, la chambre de céans aurait procédé à une autre appréciation sans limiter son examen à l'analyse des indicateurs de gravité applicables aux troubles somatoformes ou psychiques. La découverte de ce trouble a du reste également conduit l'OAI à une nouvelle appréciation, puisqu'il admet qu'il entraîne une incapacité de travail totale. En tant que l'OAI soutient, en s'appuyant sur l'avis du SMR du 29 janvier 2024, que cette incapacité liée à ce syndrome n'aurait été objectivée que lors de l'hospitalisation en février 2023, la chambre de céans observe qu'aucun élément ne permet d'étayer la fixation du début de l'incapacité de travail à cette date seulement. Si la position du SMR devait être comprise, en l'absence de tout autre élément concret avancé à l'appui de cette conclusion, en ce sens que seule l'hospitalisation permet de retenir une incapacité de travail, il conviendrait alors de souligner que l'assurée a régulièrement été admise dans des services hospitaliers dès février 2014 en raison des symptômes attribuables au POTS. Par ailleurs, le Dr F _____ a confirmé le caractère invalidant des crises de tachycardie constatées et l'incapacité de travail totale qui en résulte depuis le début de son suivi. Le fait que ce médecin ait fait état d'une dégradation clinique dans son rapport du 5 janvier 2024, limitant les déplacements, ne permet pas de nier l'incidence auparavant déjà du POTS sur la capacité de travail de l'assurée. Il convient ainsi d'admettre l'existence d'un motif de révision de l'arrêt du 14 octobre 2019, qui doit ainsi être annulé, et d'examiner une nouvelle fois le droit à la rente de l'assurée, compte tenu d'une incapacité de travail totale dès février 2014.

9. On rappellera ce qui suit au sujet du droit à la rente.

9.1 En vertu de l'art. 28 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - 831.20) dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 [LPGA - RS 830.1]) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c) (al. 1). L'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à 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 (al. 2). L'art. 29 LAI dispose que le droit à la rente prend naissance 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, mais pas avant le mois qui suit le 18^{ème} anniversaire de l'assuré (al. 1). Le droit ne prend pas naissance tant que l'assuré peut faire valoir son droit à une indemnité journalière au sens de l'art. 22 (al. 2).

9.2 La LAI a connu une nouvelle le 19 juin 2020, entrée en vigueur le 1^{er}

janvier 2022. Dans ce cadre, le système des quarts de rente jusque-là applicable a été remplacé par un système linéaire de rentes (Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [Développement continu de l'assurance-invalidité], FF 2017 2442). 9.3 Selon la jurisprudence, lorsque la décision dont est recours a été rendue après le 1^{er} janvier 2022, il y a lieu conformément aux principes de droit intertemporel généralement applicables (cf . sur ce point ATF 144 V 210 consid. 4.3.1) de déterminer en vertu du droit applicable jusqu'au 31 décembre 2021 si un droit à la rente est né avant cette date. Lorsque le droit à la rente est né après cette date, le nouveau droit est applicable (arrêt du Tribunal fédéral 9C_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2). 9.4 En l'espèce, le droit à la rente doit être examiné au plus tôt six mois après la demande déposée en mars 2015, soit dès le 1^{er} septembre 2015 – le délai de carence d'une année prévu à l'art. 28 LAI étant alors écoulé compte tenu du début de l'incapacité de travail totale dès février 2014. C'est partant l'ancien droit qui est applicable. On notera encore sur ce point que l'assurée a conclu à un droit à la rente dès le 16 mars 2016 seulement, en retenant par erreur que le délai d'attente d'une année prévu à l'art. 28 LAI s'achevait à cette date. La chambre de céans n'est cependant pas liée par cette conclusion, les parties ayant pu exercer leur droit d'être entendues au sujet de la portée temporelle de la révision requise (cf. art. 61 let. d LPGa). 10. La loi prévoit différentes méthodes pour évaluer l'invalidité d'un assuré en fonction du statut de ce dernier. 10.1 Pour déterminer la méthode applicable à un cas particulier, il faut selon la jurisprudence non pas, malgré la teneur de l'art. 8 al. 3 LPGa, chercher à savoir dans quelle mesure l'exercice d'une activité lucrative aurait été exigible de la part de l'assuré, mais se demander ce qu'il aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue (ATF 133 V 504 consid. 3.3). Lorsque l'assuré accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, s'il aurait consacré, étant valide, l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait également vaqué à une occupation lucrative. Pour déterminer, voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment tenir compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de l'exercice d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 137 V 334 consid. 3 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_632/2014 du 20 janvier 2015 consid. 3.1). 10.2 Chez les assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, il s'agit d'appliquer la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGa) et ses sous-variantes, la méthode de comparaison en pourcentage (ATF 114 V 310 consid. 3a) et la méthode extraordinaire de comparaison des revenus (ATF 128 V 29 consid. 4). 10.3 Chez les assurés qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une, il y a lieu d'effectuer une comparaison des activités, en cherchant à établir dans quelle mesure l'assuré est empêché d'accomplir ses travaux habituels ; c'est la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 8 al. 3 LPGa). L'art. 27 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI - RS 831.201) dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2017 dispose que par travaux habituels, il faut notamment entendre l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation

des enfants ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique (ATF 137 V 334 consid. 3.1.2). S'agissant du degré d'invalidité dans la sphère ménagère, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels (ATF 128 V 93 consid. 4).

10.4 Selon le droit en vigueur jusqu'au 31 décembre 2017, chez les assurés qui n'exerçaient que partiellement une activité lucrative, l'invalidité est, pour cette part, évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus. S'ils se consacraient en outre à leurs travaux habituels au sens des art. 28a al. 2 LAI et 8 al. 3 LPGA, l'invalidité est fixée, pour cette activité, selon la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité. Dans une situation de ce genre, il faut dans un premier temps déterminer les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels, puis dans un second temps calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité en question ; c'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_36/2013 du 21 juin 2013 consid. 4.1.3). Ainsi, dans le cadre de la méthode mixte, il faut se fonder sur la moyenne pondérée de l'incapacité de travail dans les deux domaines, par analogie avec la détermination du taux d'invalidité (ATF 130 V 97 consid. 3.4). Une modification de l'art. 27 bis al. 2 et 3 RAI est entrée en force le 1^{er} janvier 2018, à la suite d'un arrêt de la Cour européenne des droits de l'homme constatant le caractère discriminatoire de l'application de la méthode mixte pour la grande majorité des femmes souhaitant travailler à temps partiel à la suite de la naissance d'un enfant (arrêt du 2 février 2016 Di Trizio contre Suisse, n° 7186/09 § 80-104). Selon la nouvelle teneur de cette disposition, pour les personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel et accomplissent par ailleurs des travaux habituels visés à l'art. 7 al. 2 LAI, le taux d'invalidité est déterminé par l'addition des taux suivants : le taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative (let. a) ; le taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels (let. b, al. 2). Le calcul du taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative est régi par l'art. 16 LPGA, étant entendu que le revenu que l'assuré aurait pu obtenir de l'activité lucrative exercée à temps partiel, s'il n'était pas invalide, est extrapolé pour la même activité lucrative exercée à plein temps (let. a) ; la perte de gain exprimée en pourcentage est pondérée au moyen du taux d'occupation qu'aurait l'assuré s'il n'était pas invalide (let. b, al. 3). Selon les dispositions transitoires afférentes à cette modification, pour les trois-quarts de rentes, demi-rentes et quarts de rentes en cours octroyés en application de la méthode mixte avant l'entrée en vigueur de ladite modification, une révision doit être initiée dans le délai d'un an après son entrée en vigueur et une éventuelle augmentation de la rente prend effet au moment de son entrée en vigueur. La lettre circulaire AI n° 372 du 9 janvier 2018 de l'OFAS prévoit au sujet de cette modification que toutes les premières demandes de rente déposées avant le 1^{er} juillet 2017 sont traitées selon le modèle de calcul actuel jusqu'au 31 décembre 2017, puis selon le nouveau mode de calcul à compter du 1^{er} janvier 2018.

10.5 En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport d'enquête ménagère pour déterminer les empêchements dans la sphère ménagère, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne chaque acte ordinaire de la vie et sur les besoins permanents de soins et de surveillance personnelle, et doit correspondre aux indications relevées sur place (ATF 128 V 93 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_235/2024 du

30 juillet 2024 consid. 5.2). Le rapport d'enquête n'a pas à être soumis séance tenante à la personne assurée pour lecture et approbation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2021 du 12 septembre 2022 consid. 4.3). Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision au sens de ces critères, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 130 V 61 consid. 6.2).

10.6 L'obligation de la personne assurée de réduire le dommage est un principe général du droit des assurances sociales, en vertu duquel les répercussions de l'atteinte à la santé sur les capacités fonctionnelles doivent être atténuées autant que possible par des mesures d'organisation appropriées et par l'aide des membres de la famille. Cette aide va au-delà de l'assistance à laquelle on peut normalement s'attendre en l'absence d'atteinte à la santé (ATF 141 V 642 consid. 4.3.2). S'agissant de la prise en compte de l'empêchement dans le ménage dû à l'invalidité, singulièrement de l'aide des membres de la famille (obligation de diminuer le dommage), on admet que si la personne assurée n'accomplit plus que difficilement ou avec un investissement temporel beaucoup plus important certains travaux ménagers en raison de son handicap, elle doit en premier lieu organiser son travail et demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable (arrêt du Tribunal fédéral 9C_191/2021 du 25 novembre 2021 consid. 6.2.2). Il s'agit de se demander comment se comporterait une cellule familiale raisonnable si elle ne pouvait pas s'attendre à recevoir des prestations d'assurance. La jurisprudence ne pose pas de limite au-delà de laquelle l'aide des membres de la famille ne serait plus possible (arrêts du Tribunal fédéral 9C_248/2022 du 25 avril 2023 consid. 5.3.1 et 8C_748/2019 du 7 janvier 2020 consid. 6.6). La jurisprudence pose comme critère que l'aide ne saurait constituer une charge excessive du seul fait qu'elle va au-delà du soutien que l'on peut attendre de manière habituelle sans atteinte à la santé. En ce sens, la reconnaissance d'une atteinte à la santé invalidante n'entre en ligne de compte que dans la mesure où les tâches qui ne peuvent plus être accomplies le sont par des tiers contre rémunération ou par des proches et qu'elles constituent à l'égard de ces derniers un manque à gagner ou une charge disproportionnée (ATF 133 V 504 consid. 4.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_748/2019 du 7 janvier 2020 consid. 5.3). La mesure dans laquelle l'aide d'un tiers est nécessaire doit être analysée objectivement, c'est-à-dire en fonction de l'état de santé de la personne assurée, indépendamment de l'environnement dans lequel elle se trouve. Seul est déterminant le point de savoir si, dans la situation où elle ne dépendrait que d'elle-même, elle aurait besoin de l'aide de tiers. L'assistance que lui apportent les membres de la famille a trait à l'obligation de diminuer le dommage et ne doit être examinée que dans un second temps (arrêts du Tribunal fédéral 9C_567/2019 du 23 décembre 2019 consid. 6.2 et 9C_539/2017 du 28 novembre 2017 consid. 5.2.1).

10.7 La jurisprudence a admis une exigibilité de 32.5% pour un conjoint valide sans activité lucrative et une fille majeure étudiante (ATAS/518/2021 du 27 mai 2021 consid. 16) ; de 29.45% pour un mari entièrement invalide et un fils majeur économiquement actif (ATAS/748/2020 du 8 septembre 2020 consid. 14) ; de 27.6% pour un conjoint valide exerçant une activité indépendante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_65/2020 du 29 avril 2020 consid. 5.1 et 5.2) ; de 30% pour un époux et deux enfants majeurs (ATAS/358/2018 du 25 avril 2018 consid. 18) ; de 26.5% pour une fille majeure étudiante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_666/2016 du 23 janvier 2017 consid. 5.2.2).

11. Afin d'établir le droit à la rente, il y a lieu de déterminer dans un premier temps si c'est à juste titre que l'OAI a retenu un statut mixte avec une part professionnelle à 60%. Si l'assurée conteste ce statut et les déclarations consignées par l'OAI à ce sujet, en affirmant qu'elle aurait travaillé à plein temps sans atteinte à la santé, il faut bien relever qu'elle n'a pas été employée à 100% depuis 1992 en

tout cas, soit avant même la naissance de son fils. Elle soutient que l'exercice d'une activité à temps partiel devait lui permettre de poursuivre des formations, afin ensuite de déployer une activité à plein temps, dont elle espérait exercer une partie dans les domaines dans lesquels elle s'était formée en cours d'emploi. Cela étant, sans minimiser les formations que l'assurée a suivies, il n'est pas établi que celles-ci auraient exigé un investissement en temps correspondant à la différence entre son taux d'activité effectif et un emploi à 100% et, partant, qu'elles expliquent les activités lucratives exercées à temps partiel seulement. Par ailleurs, la dernière formation de l'assurée a été achevée en 2012 – soit avant la survenance de l'atteinte à la santé –, et il ne ressort pas du dossier que celle-ci aurait recherché un emploi à temps complet dès cette date, ou même un emploi « alimentaire » à temps partiel qu'elle aurait complété par d'autres activités, par exemple en dispensant des cours, même faiblement rémunérés. Au vu de son parcours professionnel, et en l'absence de tout indice concret démontrant qu'elle aurait cherché à augmenter son temps de travail si elle avait été en bonne santé, on peut s'en tenir au statut mixte défini par l'OAI, la part professionnelle de 60% correspondant du reste à un taux plus élevé – hormis de mars 2002 à septembre 2003 – que ceux auxquels elle a été employée durant l'essentiel de la période courant dès 1992. 12. Compte tenu de ce qui précède, il faut encore examiner la valeur probante de l'enquête ménagère. En premier lieu, dès lors que le droit à une rente doit être examiné ensuite de la révision de l'arrêt du 14 octobre 2019 dès l'issue du délai de six mois après le dépôt de sa demande, soit dès septembre 2015, il y a lieu de reprendre l'évaluation des empêchements dans la sphère ménagère dès cette date, ce qui justifie déjà un renvoi à l'OAI pour instruction complémentaire sur ce point. En effet, il convient d'examiner dans ce cadre l'aide exigible des proches, étant précisé que selon les déclarations de l'assurée lors de l'audience devant la chambre de céans en date du 21 janvier 2019, son compagnon ne vivait pas encore avec elle à cette date, et qu'elle ne s'est mariée qu'en 2021. En outre, sur le fond, le rapport d'enquête indique qu'il a tenu compte des fluctuations dans l'état de santé de l'assurée et des périodes durant lesquelles celle-ci était totalement incapable de procéder à des tâches ménagères, sans avoir exposé comment il a déterminé ces périodes et comment il est parvenu aux pourcentages d'empêchement qu'il a en définitive retenus. Partant, ce rapport est insuffisamment précis sur ce point, et la chambre de céans n'est pas en mesure d'examiner s'il tient adéquatement compte des troubles de l'assurée. Il y aura ainsi lieu de compléter l'enquête sur ce point également. Au vu de ces éléments, il n'est pas nécessaire à ce stade d'examiner les empêchements retenus et les griefs de l'assurée à leur sujet. 13. En conséquence de ce qui précède, la demande de révision est admise, et la décision de l'OAI du 22 janvier 2018 annulée, la cause lui étant renvoyée pour nouvelle enquête sur l'évolution du degré d'invalidité dans la sphère ménagère dès le 1^{er} février 2014, puis nouvelle décision sur le droit à la rente dès le 1^{er} septembre 2015, qui tiendra compte de la pleine incapacité de travail depuis février 2014. L'assurée a droit à des dépens, qui seront fixés à CHF 2'500.- (art. 61 let. g LPG). Un litige portant sur le bien-fondé d'une requête de révision procédurale ne concerne pas en soi l'octroi ou le refus de prestations en espèces (arrêt du Tribunal fédéral 8C_232/2020 du 6 octobre 2020 consid. 1.3 et les références), de sorte que la procédure est gratuite (art. 69 al. 1 bis LAI a contrario). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant sur révision