

GE_GERICHTE A/3691/2023 vom 22. Mai 2024

GE Cour de justice, 2024-05-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3691_2023

FR: GE_GERICHTE A/3691/2023 du 22 mai 2024

IT: GE_GERICHTE A/3691/2023 del 22 maggio 2024

Erwägungen

E. 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.

E. 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.

E. 3

Le 1^{er} janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Dans la mesure où le recours a été interjeté postérieurement au 1^{er} janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (cf. art. 82a LPGA a contrario).

E. 4

Le 1^{er} janvier 2022, les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705), y compris les ordonnances correspondantes, sont entrées en vigueur. En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, est déterminant le moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Si elle est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (arrêt du Tribunal fédéral 9C_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2. et les références). La réglementation légale concernant la révision et le réexamen de décisions ou de décisions sur opposition entrées en force (art. 53 LPGA) n'a pas été modifiée dans le cadre du développement de l'AI susmentionné, raison pour laquelle aucune question de droit intertemporel ne se pose à cet égard (arrêt du Tribunal fédéral 8C_644/2022 du 8 février 2023 consid. 2.2.2).

E. 5

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]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

E. 6

Le litige porte sur la question du bien-fondé du rejet par l'intimé de la demande de révision procédurale de la décision du 30 mars 2011 entrée en force. En d'autres termes, le litige se limite à la question de savoir s'il existe des faits ou moyens de preuve nouveaux et, cas échéant, s'ils ont été invoqués en temps utile.

E. 7.1.1

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, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).

E. 7.1.2

En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

E. 7.1.3

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. Selon l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

E. 7.2.1

Selon l'art. 53 al. 1 LPGA, les décisions formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquentement des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant. Aussi, par analogie avec la révision des décisions rendues par les autorités judiciaires, l'administration est tenue de procéder à la révision (dite procédurale) d'une décision

formellement passée en force lorsque sont découverts des faits nouveaux importants ou de nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits avant et qui sont susceptibles de conduire à une appréciation juridique différente (ATF 148 V 277 consid.4.3 et la référence). 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 LPGA), de révision d'un jugement cantonal (art. 61 let. i LPGA) ou de révision d'un arrêt du Tribunal fédéral fondée sur l'art. 123 al. 2 let. a LTF (qui correspond à l'ancien art. 137 let. b OJ et auquel s'applique la jurisprudence rendue à propos de cette norme, cf. ATF 144 V 245 consid. 5.1). La révision suppose la réalisation de cinq conditions : 1. le requérant invoque un ou des faits ; 2. ce ou ces faits sont « pertinents », dans le sens d'importants (« erhebliche »), c'est-à-dire qu'ils sont de nature à modifier l'état de fait qui est à la base du jugement et à conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation juridique correcte ; 3. ces faits existaient déjà lorsque le jugement a été rendu : il s'agit de pseudo-nova (« unechte Noven »), 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 ; 4. ces faits ont été découverts après coup (« nachträglich »), soit postérieurement au jugement, ou, plus précisément, après l'ultime moment auquel ils pouvaient encore être utilement invoqués dans la procédure principale ; 5. le requérant n'a pas pu, malgré toute sa diligence, invoquer ces faits dans la procédure précédente (ATF 143 III 272 consid. 2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_562/2020 du 14 avril 2021 consid. 3.2). Quant aux preuves concluantes, elles supposent en bref aussi la réunion de cinq conditions : 1. elles doivent porter sur des faits antérieurs (pseudo-nova) ; 2. elles doivent être concluantes, c'est-à-dire propres à entraîner une modification du jugement dans un sens favorable au requérant ; 3. 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) ; 4. elles doivent avoir été découvertes seulement après coup ; 5. le requérant n'a pas pu les invoquer, sans faute de sa part, dans la procédure précédente (ATF 143 III 272 consid. 2.2). Ce qui est décisif, c'est que le moyen de preuve ne serve pas à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers. 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. 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 être, bien plutôt, la conséquence de l'ignorance ou de l'absence de preuve de faits essentiels pour la décision (ATF 127 V 353 consid. 5b ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_562/2020 du 14 avril 2021 consid. 3.2 ; 8C_687/2017 du 24 octobre 2018 consid. 3).

E. 7.2.2

Dans un arrêt du 27 janvier 2015 (9C_531/2014), le Tribunal fédéral a considéré qu'une expertise judiciaire établissant une incapacité de travail de 60% depuis le mois d'avril 2005 (soit antérieurement à la précédente décision entrée en force) ne correspondait pas à un fait nouveau, mais était le résultat d'une nouvelle appréciation des faits à la base de la décision du 8 décembre 2006. On ne pouvait admettre, au vu des pièces médicales au dossier, que la nouvelle atteinte diagnostiquée par l'expert judiciaire constituait, en relation avec la toxicomanie, une comorbidité psychiatrique suffisante pour conclure, sur le plan juridique,

à une invalidité. Celle-ci supposait, selon la jurisprudence relative à la dépendance, que le trouble psychique mis en évidence contribue pour le moins dans des proportions considérables à l'incapacité de gain présentée par la personne assurée. Tel n'apparaissait pas être le cas en l'espèce. L'évaluation médicale du 10 décembre 2013 ne permettait pas de mettre en évidence un élément de fait nouveau, déterminant sur le plan juridique, dont il résulterait que la dernière décision entrée en force comportait des défauts objectifs. Partant, les conditions de l'art. 53 al. 1 LPGA n'étaient pas réalisées. Dans un arrêt 9C_371/2008 du 2 février 2009, le Tribunal fédéral a considéré que le nouveau diagnostic posé par le corps médical constituait un fait nouveau faisant apparaître que la décision initiale comptait un défaut objectif pouvant justifier sa révision. Dans le cadre de l'instruction de la première demande ayant abouti à la décision du 28 octobre 2002, l'office AI avait recueilli les renseignements médicaux usuels auprès de deux médecins traitants. Ces derniers avaient retenu que l'assurée présentait des troubles de la personnalité paranoïaque et un épisode dépressif moyen, lesquels engendraient une incapacité de travail totale depuis le 1^{er} juin 2001. L'office AI avait rejeté la demande de prestations, motif pris que les troubles dont souffrait l'assurée remontaient généralement à l'adolescence, de sorte qu'elle ne pouvait justifier d'une année de cotisation au moment de la survenance de l'invalidité. Dans le cadre de l'instruction d'une seconde demande de prestations déposée le 31 mars 2005, l'un des deux médecins traitants a indiqué que le diagnostic avait été revu depuis la première demande de prestations et que l'affection en cause pouvait, en fait, avoir débuté à l'âge adulte. Ce médecin a expliqué qu'il avait alors manqué de recul pour déterminer la véritable nature des troubles présentés par l'assurée. Selon un second avis médical du 17 octobre 2007, l'assurée souffrait d'une schizophrénie paranoïde, soit une affection qui apparaissait habituellement à l'âge adulte. Les deux avis médicaux susvisés, fondés sur une période d'observation plus étendue, et donc plus propice pour permettre de poser un diagnostic sûr et précis, apportaient un éclairage nouveau et consensuel sur la situation de l'assurée et permettaient de remettre fondamentalement en cause l'hypothèse sur laquelle était fondée la décision initiale. Il s'agissait clairement d'un fait nouveau faisant apparaître que la décision initiale comptait un défaut objectif pouvant justifier sa révision (arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2008 du 2 février 2009 consid. 2.4). Dans son arrêt AI 92/17 – 363/2018, la Cour des assurances sociales du canton de Vaud a jugé que les conditions d'une révision procédurale étaient remplies. Dans une décision du 27 novembre 1997, l'office AI s'était fondé sur une expertise du 30 septembre 1997 pour rejeter la demande de prestations du 2 octobre 1995 au motif que l'assuré ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante, l'expert psychiatre n'ayant pas été en mesure de mettre en évidence une pathologie psychiatrique justifiant une incapacité de travail et ayant relevé un comportement démonstratif et exagéré, ainsi qu'un processus de revendication. Lors du dépôt d'une nouvelle demande de prestations en date du 11 mai 2012, l'assuré a produit un rapport de son médecin traitant, daté du 22 juin 2012 et complété le 3 décembre 2012, faisant état des diagnostics de schizophrénie et de trouble douloureux chronique dans le cadre d'idées délirantes somatiques avec schizophrénie. Il mentionnait qu'avec le recul, l'analyse de cette situation complexe permettait d'évoquer assez clairement une schizophrénie qui serait apparue à la suite de l'accident subi par l'assuré en 1994. Dans son rapport du 19 septembre 2015, l'expert a retenu, à titre de diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail, un trouble schizotypique, un syndrome douloureux somatoforme persistant, une modification durable de la personnalité, tous trois existant depuis 1995, ainsi qu'un syndrome métabolique avec obésité et altération de l'état général. Dans cet arrêt, la Cour a relevé que

cette appréciation apportait un éclairage nouveau permettant de remettre en cause l'avis médical du médecin sur lequel reposait la décision de refus de prestations du 11 juin 2003. Par ailleurs, ce fait nouveau revêtait à n'en pas douter un caractère important puisqu'il permettait de retenir que, dès 1995, le recourant présentait une incapacité de travail entière dans toute activité en lien avec ce trouble (arrêt de la Cour des assurances sociales du canton de Vaud AI 92/17 – 363/2018 du 14 décembre 2018 consid. A/a, 5b/aa et 5b/bb).

E. 7.3

S'agissant des délais applicables en matière de révision, l'art. 53 al. 1 LPGA n'en prévoit pas. Aux termes de l'art. 55 al. 1 LPGA, les points de procédure qui ne sont pas réglés de manière exhaustive aux art. 27 à 54 LPGA ou par les dispositions des lois spéciales sont régis par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA ; RS 172.021). Selon l'art. 67 al. 1 PA, la demande de révision doit être adressée par écrit à l'autorité qui a rendu la décision dans les 90 jours dès la découverte du motif de révision, mais au plus tard dans les dix ans dès la notification de la décision. La jurisprudence considère que les règles sur les délais prévus à l'art. 67 PA s'appliquent, en vertu de l'art. 55 al. 1 LPGA, à la révision procédurale d'une décision administrative selon l'art. 53 al. 1 LPGA (ATF U 561/06 du 28 mai 2007, consid. 4). Le moment à partir duquel la partie aurait pu découvrir le motif de révision invoqué se détermine selon le principe de la bonne foi. Le délai de révision relatif de 90 jours commence à courir dès le moment où la partie a une connaissance suffisamment sûre du fait nouveau ou du moyen de preuve déterminant pour pouvoir l'invoquer, même si elle n'est pas en mesure d'en apporter une preuve certaine ; une simple supposition voire même des rumeurs ne suffisent pas et ne sont pas susceptibles de faire débiter le délai de révision. S'agissant plus particulièrement d'une preuve nouvelle, le requérant doit pouvoir disposer d'un titre l'établissant ou en avoir une connaissance suffisante pour en requérir l'administration (ATF 143 V 105 consid. 2.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 4A_277/2014 du 26 août 2014 consid. 3.3). Dans un cas dans lequel la question déterminante sous l'angle de la révision était de savoir à partir de quand la personne assurée présentait ou ne présentait plus un trouble de stress post-traumatique, le Tribunal fédéral a considéré que l'assureur-accidents n'avait eu une connaissance suffisante de la réponse qu'après que cette question ait été tranchée en instance fédérale à l'issue de la procédure en matière d'assurance-invalidité. Aussi, le délai de 90 jours pour la révision de la décision de l'assurance-accidents ne pouvait courir qu'après que l'assureur-accidents ait pris connaissance de l'arrêt fédéral (ATF 143 V 105 consid. 2.5.2 ; Margit MOSER-SZELESS, in Commentaire romand, LPGA, 2018, n. 61 ad art. 53 LPGA). Par ailleurs, selon la jurisprudence, il appartient à la partie qui présente une requête de révision de rendre vraisemblable l'existence de faits ou moyens de preuve nouveaux (ATF 127 V 353 consid. 5b). Si elle n'y parvient pas, la demande de révision doit être rejetée par l'assureur social (arrêt du Tribunal fédéral 8C_797/2011 du 15 février 2012 consid. 5.2). En particulier, celui-ci n'est pas tenu d'établir à nouveau les faits de manière complète au sens de l'art. 43 LPGA et de rechercher de manière active des nouveaux faits ou moyens de preuve (arrêt du Tribunal fédéral 9C_955/2012 du 13 février 2013 consid. 3.2 ; Margit MOSER-SZELESS, op. cit., n. 62 ad art. 53 LPGA). Au contraire, lorsque les faits ou moyens de preuve nouveaux invoqués par le requérant mettent en évidence des indices suffisants en faveur d'un motif de révision, l'assureur social doit prendre les mesures d'instruction nécessaires pour acquérir une certitude suffisante à cet égard. Tel est le cas lorsqu'une observation de la personne assurée a été mise en place, les résultats de la surveillance devant en principe être appréciés par un médecin (arrêt du Tribunal fédéral

8C_434/2011 du 8 décembre 2011 consid. 4.2 ; SVR 2012 IV n.17 63). Le délai de 90 jours ne commence à courir que lorsque les pièces recueillies permettent d'examiner l'importance du motif de révision invoqué ou, si l'assureur social manque de prendre les mesures nécessaires, au moment où il aurait pu compléter l'état de fait en faisant preuve de l'engagement attendu et exigible de sa part (arrêt du Tribunal fédéral 9C_896/2011 du 31 janvier 2012 consid. 4.2 ; SVR 2012 IV n.36 140 ; Margit MOSER-SZELESS, op. cit ., n. 62 ad art. 53 LPGA). Il ressort des termes de l'art. 53 al. 1 LPGA (« sont soumises à révision » « müssen in Revision gezogen werden », « devono essere sottoposte a revisione ») que l'assureur social est tenu d'initier d'office une procédure de révision s'il a connaissance de faits ou de moyens de preuve nouveaux, que ce soit en faveur ou en défaveur de la personne concernée. Une requête en ce sens de la part de l'assuré ou d'une autre partie n'est pas nécessaire, à la différence de ce qui vaut dans d'autres domaines du droit administratif (cf. art. 66 al. 2 let. a PA) ou pour la révision d'une décision judiciaire (cf. p. ex. art. 122 ss LTF) (Margit MOSER-SZELESS, op. cit ., n. 58 ad art. 53 LPGA).

E. 7.4

Aux termes de l'art. 5 al. 3 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst - RS 101), les organes de l'État et les particuliers doivent agir de manière conforme aux règles de la bonne foi. Cela implique notamment qu'ils s'abstiennent d'adopter un comportement contradictoire ou abusif (ATF 136 I 254 consid. 5.3 et les arrêts cités). De ce principe général découle notamment le droit fondamental du particulier à la protection de sa bonne foi dans ses relations avec l'État, consacré à l'art. 9 in fine Cst. (ATF 138 I 49 consid. 8.3.1 et les arrêts cités). Le principe de la bonne foi protège le citoyen, à certaines conditions, dans la confiance légitime qu'il met dans les assurances reçues des autorités, notamment lorsqu'il a réglé sa conduite d'après des décisions, des déclarations ou un comportement déterminé de l'administration et qu'il a pris sur cette base des dispositions qu'il ne saurait modifier sans subir de préjudice (ATF 139 V 21 consid. 3.2 ; ATF 137 I 69 consid. 2.5.1). L'administration doit s'abstenir de tout comportement propre à tromper l'administré et elle ne saurait tirer aucun avantage des conséquences d'une incorrection ou insuffisance de sa part. Le citoyen peut ainsi exiger de l'autorité qu'elle se conforme aux promesses ou assurances qu'elle lui a faites et ne trompe pas la confiance qu'il a légitimement placée dans celles-ci. De la même façon, le droit à la protection de la bonne foi peut aussi être invoqué en présence, simplement, d'un comportement de l'administration susceptible d'éveiller chez l'administré une attente ou une espérance légitime (ATF 129 II 381 consid. 7.1 et les références citées). Pour cela, les conditions cumulatives suivantes doivent être réunies : 1. il faut que l'autorité soit intervenue dans une situation concrète à l'égard de personnes déterminées ; 2. qu'elle ait agi ou soit censée avoir agi dans les limites de sa compétence ; 3. que l'administré n'ait pu se rendre compte immédiatement de l'inexactitude du renseignement obtenu ; 4. qu'il se soit fondé sur celui-ci pour prendre des dispositions qu'il ne saurait modifier sans subir un préjudice ; 5. que la loi n'ait pas changé depuis le moment où le renseignement a été donné (ATF 121 V 66 consid. 2a et les références ; Jacques DUBEY, Droits fondamentaux, 2018, vol. II, n. 3510 ss).

E. 7.5

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 142 V 435 consid. 1 et les références ; ATF 126 V 353 consid. 5b et les références ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références ; ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 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 135 V 39 consid. 6. 1 et la référence).

E. 8.1

En premier lieu, il s'agit d'examiner si les conditions de recevabilité de la demande de révision procédurale de la décision du 30 mars 2011 sont réunies. En particulier, et avant de déterminer si la recourante invoque et prouve effectivement un motif de révision, il convient d'analyser si le délai de 90 jours dès la découverte du moyen de révision a été respecté par la recourante.

E. 8.1.1

À titre liminaire, il est constaté que la demande de révision de la décision du 30 mars 2011, qualifiée de « demande de reconsidération », a été adressée à l'intimé en date du 23 novembre 2021, soit après l'échéance du délai absolu de dix ans, de sorte que cette demande apparaît a priori tardive et donc, irrecevable. Il convient toutefois d'examiner les circonstances particulières du cas d'espèce dans le cadre desquelles le motif de révision a été porté à la connaissance de l'intimé pour déterminer si la demande de révision doit tout de même être considérée comme recevable.

E. 8.1.2

À la lecture des pièces du dossier, il est constaté que la première mention du diagnostic de syndrome de POTS figure dans le rapport du Dr F_____ du 26 mars 2019, ce dernier ayant suggéré au Dr B_____ de procéder à un tilt test afin de rechercher des indices correspondant au syndrome de POTS et d'examiner une éventuelle variation posturale des symptômes au cours de la période du test (« I would, however, advice that she has a headp-up tilt table test, both to look for evidence of the postural orthostatic tachycardia (POTS) syndrome, and also to assess whether there is a postural variation to her symptoms over the period of the test »). Par courrier du 3 juin 2019, reçu par l'intimé le 5 juin 2019, la recourante a indiqué qu'un nouveau diagnostic avait été récemment posé par des « cardiologues / rythmologues de l'hôpital de Genève » étant à même de donner une explication médicale aux troubles dont elle souffrait. Elle précisait qu'elle adresserait le rapport faisant état de ce nouveau diagnostic aussitôt que celui-ci serait rédigé. Cette nouvelle information a ainsi été portée à la connaissance de l'intimé alors qu'il avait informé la recourante, par courrier du 20 mai 2019, de la mise en œuvre prochaine d'une nouvelle expertise confiée au CEMEd. Par ailleurs, en date du 13 juin 2019, le Dr B_____ a indiqué à l'intimé que la recourante souffrait d'une affection cardiologique à même d'expliquer la symptomatologie invalidante dont elle souffrait depuis dix ans, précisant qu'il s'agissait « d'un nouveau diagnostic médical (POTS) essentiel à verser dans son dossier » en vue d'une nouvelle expertise. À ce propos, le Dr B_____ a fait valoir qu'une nouvelle expertise bidisciplinaire (cardiologie et psychiatrie) était désormais adéquate au vu de l'affection cardiologique et des répercussions d'ordre psychologique de celle-ci. Le médecin traitant a également joint au courrier susvisé une « confirmation médicale » du Dr G_____, datée du même jour, à teneur de laquelle ce spécialiste confirmait avoir vu la recourante « dans le contexte de la prise en charge de son syndrome de "POTS" ». Dans deux rapports

subséquents du 7 juillet 2019, reçus par l'intimé le 16 juillet 2019, le Dr G_____ a précisé que la recourante présentait des céphalées invalidantes depuis une dizaine d'années multi-investiguées du point de vue neurologique, sans étiologie claire jusqu'à ce jour. Une augmentation de la fréquence cardiaque en position debout avait été mise en évidence avec la reproduction de la symptomatologie, dont le résultat avait été confirmé par un tilt test. Le spécialiste a ainsi retenu que la recourante remplissait plusieurs critères du diagnostic de POTS et les a détaillés dans les deux rapports susvisés. L'intimé a ainsi été informé du diagnostic de POTS posé par les Drs F_____ et G_____ avant la mise en œuvre de l'expertise du CEMed, le Dr B_____ ayant, en particulier, relevé à l'attention de l'intimé que le diagnostic de POTS permettait d'expliquer la symptomatologie invalidante dont souffrait sa patiente depuis dix ans. Par ailleurs, dans son avis médical du 8 octobre 2020, le SMR a relevé que les experts du CEMed avaient retenu le diagnostic de POTS dans leur rapport d'expertise du 10 septembre 2020 et a demandé à l'expert neurologue, à titre de questions complémentaires, s'il retenait une modification de la symptomatologie de l'assurée depuis 2010 et qu'il se prononce sur l'évolution de la capacité de travail de la recourante depuis 2010, faisant référence à sa décision du 30 mars 2011 et à l'expertise du Dr C_____ du 12 mai 2010. Au vu de ces éléments, la recourante pouvait, de bonne foi, comprendre que l'intimé instruirait tant la question du diagnostic de POTS que l'évolution de sa capacité de travail depuis 2011, ce qui impliquait l'examen d'une éventuelle révision de sa décision du 30 mars 2011. Il apparaît ainsi que l'intimé est intervenu dans la situation concrète de la recourante, à savoir dans le cadre de l'instruction de sa demande de prestations du 9 mars 2018, qu'il a agi dans les limites de sa compétence, que la recourante pouvait s'attendre à ce que les conditions d'une éventuelle révision de la décision du 30 mars 2011 soient examinées par l'intimé, de sorte qu'elle pouvait s'abstenir de déposer une requête formelle dans ce sens. Conformément au principe de la bonne foi, on ne saurait dès lors reprocher à la recourante de ne pas avoir agi avant la fin du délai absolu de dix ans, soit avant le 30 mars 2021. Il est au surplus constaté que la recourante et son médecin traitant ont fait preuve de la célérité requise en informant l'intimé du diagnostic de POTS le 16 juillet 2019, soit moins de 10 jours après avoir eu connaissance des rapports circonstanciés du Dr G_____ du 7 juillet 2019.

E. 8.1.3

Par conséquent, au vu des circonstances particulières du cas d'espèce, l'intimé devait, à réception des correspondances de la recourante et du Dr B_____ des 3 juin 2019, 13 juin 2019 et 13 juillet 2019, considérer ceux-ci comme une demande de révision de la décision du 30 mars 2011 et investiguer ce nouveau diagnostic. L'instruction du dossier effectuée par l'intimé a d'ailleurs en partie porté sur ce nouveau diagnostic dans le cadre de la mise en œuvre de l'expertise du CEMed du 10 septembre 2020 et de son complément d'expertise du 4 décembre 2020. En tout état de cause, force est de constater que, suite à la connaissance du nouveau diagnostic de POTS au mois de juillet 2019, l'intimé se devait d'initier d'office une procédure de révision, étant rappelé que lorsque l'assureur social a connaissance de faits ou de moyens de preuve nouveaux, que ce soit en faveur ou en défaveur de l'assuré, une requête de révision de la part de l'assuré n'est pas nécessaire. Par conséquent, la chambre de céans retiendra que la demande de révision de la décision du 30 mars 2011 doit être considéré comme recevable.

E. 8.2

Il reste à déterminer si le nouveau diagnostic de POTS, ressortant des rapports médicaux du Dr G_____ du 7 juillet 2019 et de l'expertise du CEMEd du 10 septembre 2020, constitue un fait nouveau permettant de considérer que la décision du 30 mars 2011 contient un défaut objectif fondant sa révision. Pour rappel, au moment de la décision de refus de prestations du 30 mars 2011, l'expert C_____ avait posé, dans son rapport du 12 mai 2010, les diagnostics de syndrome inflammatoire chronique du système nerveux central d'étiologie indéterminée connue depuis mars 2009 et de céphalées et vertiges d'étiologie indéterminée depuis mars 2009. S'agissant du premier diagnostic, l'expert a retenu que toutes les maladies susceptibles de provoquer cette réaction inflammatoire du système nerveux central avaient été recherchées sans succès. Quant au second diagnostic, les céphalées, les vertiges, ainsi que les troubles de la vue et de la concentration correspondaient à une symptomatologie purement subjective qu'aucune investigation ne permettait d'objectiver. Le Dr C_____ a conclu que les troubles qui avaient influencé l'activité habituelle de vendeuse étaient essentiellement subjectifs. Pour ce qui était de la capacité résiduelle de travail à partir de l'automne 2009, la question était plus subtile, aucun argument précis ne permettant de la définir. Selon l'expert neurologue, la capacité résiduelle de travail était totale et, dans ce sens, l'activité habituelle était encore exigible, au début peut-être à temps partiel, soit à 50% pour aider à la reprise. Il est au demeurant précisé que l'expert C_____ n'a aucunement évoqué le diagnostic de POTS dans son expertise. Il découle ainsi du rapport d'expertise du Dr C_____ que les médecins ayant examiné la recourante et s'étant prononcés sur son état de santé n'étaient pas parvenus à poser un diagnostic permettant d'expliquer sa symptomatologie. En l'occurrence, ce n'est qu'après avoir pris connaissance des rapports des Drs F_____ et G_____ que la recourante et son médecin traitant ont su que les troubles dont elle souffrait depuis dix ans s'expliquaient par le diagnostic de POTS. Ce diagnostic n'était donc pas connu avant que l'intimé ne rende sa décision le 30 mars 2011, de sorte qu'il doit être qualifié de nouveau. Par ailleurs, force est de constater que le diagnostic de POTS constitue un fait nouveau important dès lors qu'il est propre à entraîner une modification de la décision du 30 mars 2011. En effet, les experts du CEMEd ont retenu, dans leur rapport du 10 septembre 2020, le diagnostic de POTS et ont conclu à une capacité de travail de 50% (mi-temps avec un rendement de 100%) dans une activité adaptée, soit une activité sédentaire se déroulant essentiellement en position assise. Par ailleurs, invité à se prononcer sur l'évolution de la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée, l'expert neurologue du CEMEd a indiqué que celle-ci était « restée de 50% depuis la reconnaissance d'une incapacité de travail par le neurologue traitant ». Dans son complément d'expertise du 4 décembre 2020, ce même expert a précisé que le diagnostic de POTS posé par le Dr G_____ constituait « une hypothèse diagnostique avec des éléments suggestifs sans qu'il soit possible d'affirmer l'existence d'un syndrome de tachycardie orthostatique posturale jouant un rôle dans les plaintes et surtout l'incapacité de travail. Néanmoins, s'il existe effectivement un syndrome de tachycardie orthostatique posturale, il est concevable que cette patiente soit gênée dans une activité en station debout prolongée et de façon moindre dans une position assise et surtout couchée. C'est la raison pour laquelle nous avons retenu une incapacité de travail de 50% dans une activité sédentaire se déroulant essentiellement en position assise [...] ». Il découle ainsi de l'appréciation de l'expert neurologue que la détermination de l'incapacité de travail à 50% dans une activité adaptée est fondée sur le diagnostic de POTS. Il est au surplus relevé que la valeur probante de cette expertise n'est aucunement contestée par l'intimé, ce dernier s'étant d'ailleurs fondé sur celle-ci pour rendre sa décision du 21 juin 2022 accordant à la

recourante une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} octobre 2020. Enfin, dans son arrêt du 16 août 2023 (9C_346/2023), rendu suite au recours de la recourante, le Tribunal fédéral a relevé que les experts du CEMed s'étaient fondés sur le diagnostic de POTS, complété par les plaintes et les autres atteintes à la santé de la recourante, pour retenir une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_346/2023 du 16 août 2023 consid. 3.2). Il apparaît ainsi que la situation de la recourante est semblable à celle de l'arrêt rendu le 2 février 2009 par le Tribunal fédéral (9C_371/2008) dès lors que le diagnostic de POTS permet de remettre en cause les conclusions de l'expert C_____ sur lesquelles était fondée la décision du 30 mars 2011. Par conséquent, la chambre de céans retiendra que le diagnostic de POTS a, au degré de la vraisemblance prépondérante, une influence sur la capacité de travail de la recourante depuis que le Dr B_____ a reconnu son incapacité de travail, soit depuis le 3 mars 2009.

E. 8.3

Compte tenu de ce qui précède, la chambre de céans constate que les conditions d'une révision procédurale au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA sont réalisées.

E. 9.1.1

La décision qui est révisée par l'assureur social cesse de porter effets et fait place à la nouvelle décision. Dès lors que le motif de révision est admis, les parties se trouvent replacées dans la situation existant lorsque la première décision a été rendue, sous réserve de l'état de fait corrigé ou complété (Margit MOSER-SZELESS, op. cit ., n. 66 ad art. 53 LPGA). De par sa nature, la décision de révision a un effet réformateur : elle modifie en règle générale le prononcé précédent, en principe avec effet ex tunc , pour le passé (ATF 129 V 211 consid. 3.2.2 ; Margit MOSER-SZELESS, op. cit ., n. 67 ad art. 53 LPGA).

E. 9.2

En l'espèce, la recourante a conclu à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité du 30 mars 2009 au 31 janvier 2019. En l'occurrence, la demande de prestations ayant abouti à la décision du 30 mars 2011 a été déposée par la recourante en date du 2 septembre 2009, de sorte que son droit à une rente pouvait prendre naissance au plus tôt le 2 mars 2010, en application de l'art. 29 al. 1 LAI. L'incapacité de travail de 50% a été reconnue dès 2009 par l'expert neurologue, ainsi que par les Drs G_____ et B_____. En outre, à teneur de la décision du 30 mars 2011, l'intimé a reconnu une incapacité de travail complète du 3 mars au 12 novembre 2009.

E. 9.3

Par conséquent, il convient de retenir que le droit de la recourante à une demi-rente de l'assurance-invalidité a pris naissance le 1^{er} mars 2010 (art. 29 al. 3 LAI).

E. 10

Vu ce qui précède, le recours sera admis, la décision du 4 octobre 2023 annulée et il sera dit que la recourante a droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} mars 2010. La recourante obtenant gain de cause et étant assistée d'un conseil, elle a droit à des dépens qui seront fixés à CHF 1'500.- (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA – E 5 10.03]). Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émoulement de CHF 200.- (art. 69 al. 1 bis LAI). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :
Statuant À la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.