

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1925/2025

ATAS/338/2026

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 23 avril 2026**

**Chambre 3**

En la cause

A \_\_\_\_\_

recourante

contre

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE  
GENÈVE**

intimé

**Siégeant : Karine STECK, présidente; Christine LUZZATTO et Philippe LE GRAND  
ROY, juges assesseurs**

---

## **EN FAIT**

- A.**    **a.** A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), née en 1962, a été employée par une société active dans le secteur des soins à domicile privés (ci-après : l'employeuse) en qualité de responsable de dossiers administratifs à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2012.
- b.** Le 31 octobre 2012, pendant le temps d'essai, l'assurée a été victime d'un accident (chute dans les escaliers). Son employeuse l'a licenciée le même jour, avec effet au 7 novembre 2012. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA), qui avait pris en charge les suites de cet événement, a mis un terme à ses prestations avec effet au 31 août 2014 (cf. décision sur opposition du 30 septembre 2014).
- B.**    **a.** Le 22 janvier 2014, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI), en invoquant une atteinte à la santé d'origine accidentelle, survenue le 31 octobre 2012.
- b.** Par décision du 23 novembre 2016, l'OAI lui a reconnu le droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2014. Une première atteinte à la santé somatique avait entraîné une totale incapacité de travail du 31 octobre 2012 au 31 août 2014. Une deuxième atteinte à la santé, d'ordre psychiatrique, apparue en mars 2013, avait également entraîné une incapacité totale de travail, de mars à novembre 2013, puis à partir du 4 juin 2014. L'ouverture du droit à la rente était fixée au 1<sup>er</sup> juillet 2014 en raison de la tardiveté du dépôt de la demande.
- c.** L'assurée a interjeté recours contre cette décision auprès de la Cour de céans. Elle contestait avoir recouvré une pleine capacité de travail dès le 1<sup>er</sup> septembre 2014 concernant les séquelles de l'accident du 31 octobre 2012 et rappelait qu'elle se trouvait en arrêt de travail depuis ce jour-là. Elle concluait à ce que la Cour de céans constate, d'une part, qu'il n'y avait eu qu'une seule atteinte à la santé et que celle-ci avait entraîné une incapacité de travail ininterrompue depuis le 31 octobre 2012, d'autre part, qu'elle n'était pas responsable de la tardiveté du dépôt de la demande de prestations et, par voie de conséquence, à l'octroi d'une rente dès le 1<sup>er</sup> novembre 2013, avec intérêts.
- d.** Par arrêt du 28 septembre 2017 (ATAS/887/2017), la Cour de céans a déclaré le recours irrecevable, faute d'intérêt digne de protection à recourir.

La Cour a considéré que l'assurée n'avait pas d'intérêt à ce que la décision soit annulée ou modifiée. En effet, si l'OAI avait certes considéré que les suites de l'accident n'avaient plus eu d'influence sur la capacité de travail au-delà du 31 août 2014, il avait en revanche admis que les autres atteintes à la santé avaient entraîné, à elles seules, une incapacité totale de travail à compter de juin 2014, raison pour laquelle une rente avait été allouée.

e. Le 14 novembre 2017, l'assurée a par ailleurs saisi la Cour de céans d'une demande en paiement à l'encontre de la FONDATION COLLECTIVE LPP DE SWISS LIFE (ci-après : la fondation), auprès de laquelle elle était affiliée lors de l'accident du 31 octobre 2012. Elle réclamait le versement de prestations d'invalidité de la prévoyance professionnelle dès le 1<sup>er</sup> août 2015, plus intérêts moratoires à 5% l'an dès cette date.

f. Saisi d'un recours de l'assurée contre l'arrêt de la Cour de céans du 28 septembre 2017, le Tribunal fédéral l'a admis par arrêt du 5 mars 2018 (9C\_758/2017) et a renvoyé la cause à la Cour pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

Le Tribunal fédéral a constaté qu'en première instance, l'assurée n'avait contesté ni l'octroi d'une rente entière de l'assurance-invalidité, ni le montant mensuel de celle-ci. Ne s'estimant pas responsable du caractère tardif du dépôt de la demande de prestations, elle avait uniquement conclu à ce que son droit soit reconnu à compter du 1<sup>er</sup> novembre 2013, ce qui représentait CHF 16'096.- d'arriérés de rentes pour la période de novembre 2013 à juin 2014. Cela étant, l'assurée avait renoncé à cette conclusion devant le Tribunal fédéral. Sur ce point, le refus d'entrer en matière sur le recours cantonal, faute de conclusion formelle, était confirmé.

Cela étant, l'assurée avait également demandé à la juridiction cantonale de constater l'existence d'une seule atteinte à la santé, soutenant que l'invalidité reconnue par l'OAI était due à un trouble de santé à caractère physique et psychique qui avait mené à une incapacité totale de travail depuis le 31 octobre 2012. Dans la mesure où l'assurée avait signalé à la Cour qu'elle rencontrait des difficultés avec son institution de prévoyance s'agissant de la détermination du début de l'incapacité de travail, le Tribunal fédéral a estimé que la Cour aurait dû examiner la recevabilité du recours au regard de la problématique des droits de l'assurée en matière de prévoyance professionnelle, en lien avec la date – contestée – de la survenance de l'incapacité de travail. Considérant que la Cour aurait dû procéder à cet examen et à celui de l'éventuelle force contraignante, pour les organes de la prévoyance professionnelle, des appréciations de l'assurance-invalidité, le Tribunal fédéral lui a renvoyé la cause pour déterminer si le moyen tiré des droits de l'assurée en matière de prévoyance professionnelle lui conférerait ou non un intérêt digne de protection à recourir contre la décision du 23 novembre 2016.

g. Par arrêt du 25 octobre 2018 (ATAS/990/2018), la Cour de céans a à nouveau déclaré le recours de l'assurée contre la décision de l'OAI du 23 novembre 2016 irrecevable.

Le Tribunal fédéral ayant constaté que les griefs de l'assurée quant au début du droit à la rente et au versement éventuel de celle-ci avant le 1<sup>er</sup> juillet 2014 n'étaient pas recevables, il n'y avait pas lieu d'y revenir.

Au demeurant, la décision de l'OAI fixant le début du droit à la rente au 1<sup>er</sup> juillet 2014, six mois après le dépôt de la demande de prestations, était conforme à la loi, dès lors que l'assurée ne contestait pas la date de dépôt de la demande. Les reproches formulés à l'encontre de la SUVA – à qui l'assurée imputait le caractère tardif de sa demande – n'avaient aucune incidence sur la fixation du début du droit à la rente. Qui plus est, si l'assurée entendait faire valoir des prétentions en réparation du dommage qu'elle aurait subi en raison des manquements allégués de la SUVA, il lui appartenait de s'adresser directement à cette dernière et de l'inviter à se prononcer sur sa responsabilité. La Cour en concluait que ces éléments de la décision litigieuse devaient en toute hypothèse être confirmés.

Par ailleurs, l'assurée ne contestait pas les autres éléments du dispositif de la décision. Elle ne critiquait ni le degré d'invalidité retenu, ni l'octroi d'une rente entière. Du reste, au vu de l'octroi des prestations légales maximales – soit une rente entière non limitée dans le temps – le dispositif ne pourrait être réformé en sa faveur. Partant, l'admission du recours ne pourrait pas lui conférer un avantage. De plus, quand bien même il faudrait considérer comme erronées les différentes atteintes et l'évolution de la capacité de travail aux plans physique et psychique décrites par l'OAI dans sa décision, cela ne suffirait pas à conduire à l'admission du recours. En effet, ces constatations ne faisaient pas partie du dispositif, lequel était seul objet du recours.

Concernant l'incidence de la décision de l'OAI en matière de prévoyance professionnelle, la Cour soulignait que, contrairement à ce qu'avait retenu le Tribunal fédéral, il ne s'agissait pas d'un argument avancé à l'appui du recours déposé devant la Cour de céans : l'assurée n'y avait fait allusion que dans un courriel adressé à l'OAI en avril 2017.

Cela étant, en cas d'annonce tardive, les constatations de l'assurance-invalidité ne liaient pas automatiquement l'institution de prévoyance, de sorte que ce seul motif ne suffisait pas à conférer à l'assurée un intérêt digne de protection pour recourir contre la décision de l'OAI. En outre, lorsque l'OAI ne notifiait pas la décision de rente à l'institution de prévoyance, cette dernière n'était pas liée par l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité. Or, en l'espèce, il ne ressortait pas du dossier de l'OAI, en particulier de la liste des destinataires de la décision, que cette dernière avait été notifiée à la fondation. Dès lors, la fondation n'était pas automatiquement liée par les constatations de l'OAI.

Enfin, quand bien même le recours devrait être interprété comme tendant à la constatation de la date de début de l'incapacité de travail ayant conduit à l'invalidité, il serait irrecevable en raison du caractère subsidiaire que revêtaient de telles conclusions lorsque le justiciable disposait d'une action condamnatoire, ce qui était le cas en l'espèce. L'assurée avait du reste saisi la Cour d'une demande tendant au versement de prestations d'invalidité de la prévoyance professionnelle par son institution de prévoyance.

Eu égard à ces éléments, la Cour de céans a confirmé l'absence d'intérêt à recourir de l'assurée contre la décision de l'OAI du 23 novembre 2016.

**h.** Par arrêt du 25 octobre 2018 (ATAS/991/2018), la Cour de céans a par ailleurs rejeté la demande en paiement de l'assurée à l'encontre de la fondation de prévoyance.

À la lumière de l'expertise des docteurs B\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et rhumatologie, et C\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, médecins au Service médical régional (cf. rapport du 8 août 2016), la Cour de céans a retenu que l'atteinte somatique causée par l'accident du 31 octobre 2012 n'avait plus déployé d'effet après le 1<sup>er</sup> septembre 2014. À partir de cette date, seuls des troubles d'origine psychiatrique avaient limité la capacité de travail de l'assurée.

Par ailleurs, la Cour de céans a constaté qu'aucun médecin n'avait fait état d'une incapacité de travail pour motifs psychologiques durant les rapports de prévoyance, c'est-à-dire jusqu'au 6 décembre 2012, lorsque ceux-ci avaient pris fin. La première mention d'une atteinte thymique ressortait du rapport de la docteure D\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, du 18 janvier 2013. Comme cette dernière avait uniquement évoqué l'utilité d'une prise en charge psychiatrique, la Cour de céans a considéré que cela ne permettait pas d'admettre qu'une atteinte psychique entraînait une incapacité de travail. La survenance d'une telle incapacité liée à des motifs psychiques durant les rapports de prévoyance n'était donc pas démontrée au degré de la vraisemblance prépondérante. En outre, même s'il fallait admettre que des troubles psychiques avaient entravé l'assurée dans l'exercice d'une activité lucrative dès la date de l'accident, la rémission de ces troubles de novembre 2013 à juin 2014 aurait suffi à interrompre le lien de connexité temporelle.

En outre, la Cour de céans a admis que la fondation n'avait jamais garanti une prolongation de la couverture d'assurance au-delà du 6 décembre 2012. En l'absence d'une telle couverture au moment de la survenance de l'incapacité de travail pour les affections psychiques à l'origine de l'invalidité actuelle, l'assurée n'avait pas droit aux prestations d'invalidité de la fondation.

**i.** Par arrêt du 19 février 2019 (9C\_841/2018), le Tribunal fédéral a rejeté le recours de l'assurée contre l'arrêt de la Cour de céans du 25 octobre 2018 (ATAS/991/2018).

Le Tribunal fédéral a considéré, à l'examen des avis médicaux invoqués par l'assurée, que leurs auteurs n'avaient pas fait état d'une incapacité de travail résultant de problèmes d'ordre psychique qui serait survenue durant son temps d'essai auprès de l'employeuse ou pendant le mois ayant suivi la fin des rapports de prévoyance avec la fondation, c'est-à-dire du 1<sup>er</sup> octobre au 6 décembre 2012. Le Tribunal fédéral a également précisé que l'assurée n'avait pas allégué qu'un médecin aurait constaté, à l'occasion d'observations effectuées entre le 1<sup>er</sup> octobre

et le 6 décembre 2012, que sa capacité de travail aurait été réduite en raison d'affections psychiques survenues durant cette période.

Dès lors que la fondation ne répondait pas des conséquences de l'incapacité de travail liée à des affections psychiques survenue en mars 2013, il était superflu de se prononcer sur l'interruption de la connexité temporelle en raison d'une rémission temporaire des troubles psychiques qui aurait permis à l'assurée de reprendre le travail durant six mois.

**j.** Par arrêt du 5 novembre 2019 (9F\_8/2019), le Tribunal fédéral a rejeté la demande de révision de l'arrêt 9C\_841/2018 formée par l'assurée.

**k.** Par arrêt du 6 août 2020 (9F\_1/2020), le Tribunal fédéral a rejeté la demande de révision, d'interprétation et de rectification des arrêts 9C\_841/2018 et 9F\_8/2019 déposée par l'assurée.

**l.** Le Tribunal fédéral n'est pas entré en matière sur d'autres demandes de révision dont l'avait saisi l'assurée, faute de paiement des avances de frais requises (arrêts 9F\_12/2022 du 24 octobre 2022, 9F\_6/2023 au 26 juin 2023 et 9F\_11/2023 du 23 août 2023).

**m.** Par arrêt du 9 octobre 2024 (9F\_6/2024), le Tribunal fédéral a rejeté une nouvelle demande de révision des arrêts 9F\_1/2020, 9F\_8/2019 et 9C\_841/2018 formée par l'assurée.

**n.** Les 20 et 29 janvier 2025, l'assurée a sollicité de l'OAI la révision procédurale de sa décision du 23 novembre 2016, en faisant valoir des « éléments nouveaux ».

**o.** Par décision du 29 avril 2025, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur cette demande, les documents produits à l'appui de celle-ci étant déjà en sa possession lors du prononcé de la décision du 23 novembre 2016. Les conditions d'une révision procédurale faisaient donc défaut.

**C. a.** Par acte du 2 juin 2025, l'assurée, agissant en personne, a interjeté recours contre la décision précitée auprès de la Cour de céans, en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement, à son annulation et à ce qu'il soit ordonné à l'OAI de réviser sa décision du 23 novembre 2016, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complète de son dossier et nouvelle décision.

À l'appui de son recours, la recourante produit :

- un certificat d'arrêt de travail du 31 octobre 2012 établi par le Centre médico-chirurgical des Acacias, faisant état d'une capacité de travail de 0% du 31 octobre au 5 novembre 2012 pour cause d'accident ; y est jointe la carte de visite de la docteure E\_\_\_\_\_, médecin praticien et psychothérapeute ;
- un certificat d'arrêt de travail établi le 2 novembre 2012 par le docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie, attestant d'une capacité de travail de 0% depuis le 31 octobre 2012 pour cause d'accident ;

- un rapport du 30 novembre 2012 signé par un médecin mais dont le nom n'est pas mentionné, posant le diagnostic de cervicalgie et omalgie post-traumatiques ;
- un rapport du 10 décembre 2012 du Dr F\_\_\_\_\_, mentionnant une incapacité de travail dès le 31 octobre 2012 pour un mois, et ajoutant que les premiers soins ont été prodigués le 2 novembre 2012 ;
- des feuilles-accident de la SUVA, dans lesquelles la Dre D\_\_\_\_\_ indique une totale incapacité de travail lors des consultations des 19 décembre 2012, 1<sup>er</sup> et 4 mars 2013 ;
- un rapport du 18 janvier 2013 de la Dre D\_\_\_\_\_, concluant à un syndrome de stress post-traumatique et à un syndrome douloureux avec, notamment, des cervicalgies et des céphalées cervicogènes ;
- un rapport du 1<sup>er</sup> mars 2013 de la Dre D\_\_\_\_\_, concluant à un syndrome de stress post-traumatique avec un syndrome douloureux important, des céphalées, des vertiges, des acouphènes, des troubles de la sensibilité, des troubles de la concentration et du sommeil, des épisodes de crise de panique, et préconisant une prise en charge psychiatrique ;
- un rapport du 4 mars 2013 de la Dre D\_\_\_\_\_, retenant le diagnostic de syndrome douloureux post-traumatique ;
- un rapport du 6 mars 2013 du Dr F\_\_\_\_\_, mentionnant un syndrome post-traumatique hybride somato-psychique ;
- un rapport du 4 juin 2013 de la Dre D\_\_\_\_\_, faisant toujours état d'un syndrome de stress post-traumatique et considérant que la poursuite de la prise en charge chez le psychiatre était importante ;
- un document complété le 26 août 2013 par le médecin d'arrondissement de la SUVA portant sur les motifs de l'admission de l'assurée à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) ;
- un rapport du 16 septembre 2013 de la Dre D\_\_\_\_\_, posant le diagnostic de syndrome douloureux post-traumatique avec cervicalgies, vertiges, troubles de l'équilibre, de sommeil et de concentration, et acouphènes ;
- des feuilles-accident de la SUVA complétées par la docteure G\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie ;
- des échanges de courriels entre l'assurée et la Dre G\_\_\_\_\_ en octobre 2013 au sujet de factures impayées ;
- des échanges de courriels entre l'assurée et la Dre G\_\_\_\_\_ en novembre 2013 à propos de la fin du suivi médical ;
- un courrier de la SUVA du 21 novembre 2013 informant l'assurée de la nécessité d'un séjour à la CRR ;

- un rapport de la Dre G\_\_\_\_\_ du 28 novembre 2013 relatif au suivi de l'assurée ;
- un certificat du 5 décembre 2013 établi par la docteure H\_\_\_\_\_, médecin praticien, attestant d'une incapacité de travail de 100% du 1<sup>er</sup> au 31 décembre 2013 pour cause d'accident ;
- un certificat du 7 janvier 2014 établi par la Dre H\_\_\_\_\_, attestant d'une incapacité de travail de 100% du 1<sup>er</sup> au 31 janvier 2014 pour cause d'accident ;
- la demande de prestations à l'OAI signée par l'assurée le 14 janvier 2014 ;
- un résumé d'entretien entre l'assurée et la SUVA du 14 janvier 2014 ;
- une note de la SUVA du 21 janvier 2014 sur différentes mesures dont le séjour à la CRR ;
- un certificat du 11 février 2014 de la Dre H\_\_\_\_\_, attestant d'une incapacité de travail de 100% du 1<sup>er</sup> au 28 février 2014 pour cause d'accident ;
- un certificat du 8 mars 2014 de la Dre H\_\_\_\_\_, attestant d'une incapacité de travail de 100% du 1<sup>er</sup> au 31 mars 2014 pour cause d'accident ;
- un rapport de la CRR du 27 mars 2014 relatif au séjour de l'assurée du 19 mars 2014 ;
- un certificat du 3 avril 2014 de la Dre H\_\_\_\_\_, attestant d'une incapacité de travail de 100% du 1<sup>er</sup> au 30 avril 2014 pour cause d'accident ;
- un avis de sortie de la CRR du 6 mai 2014 à la suite du séjour de l'assurée du 8 avril au 6 mai 2014 ;
- un certificat du 6 mai 2014 de la docteure I\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation à la CRR, attestant d'une incapacité de travail totale du 8 avril au 20 mai 2014 ;
- un certificat du 8 mai 2014 de la Dre H\_\_\_\_\_, attestant d'une incapacité de travail de 100% du 1<sup>er</sup> au 31 mai 2014 pour cause d'accident ;
- un rapport du 23 juillet 2014 de la docteure J\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, posant les diagnostics d'état de stress post-traumatique d'évolution chronique (F43.1), et de difficultés liées à l'emploi et au chômage (Z56), et précisant suivre l'assurée depuis le 4 juin 2014 ;
- un courriel de l'assurée à l'OAI du 30 juillet 2014 au sujet des relances de l'OAI pour obtenir un rapport de la Dre G\_\_\_\_\_, sans succès ;
- une note de suite des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) du 28 octobre 2015 résumant la situation de l'assurée pour la période du 16 mars 2014 au 30 octobre 2015 ;

- un certificat du 3 mars 2016 de la Dre H\_\_\_\_\_, mentionnant que l'assurée ne pouvait pas prendre les transports en commun pour des raisons médicales ;
- un rapport du service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) du 20 septembre 2016 ;
- le projet de décision de l'OAI du 26 septembre 2016 et sa décision du 23 novembre 2016 ;
- un courrier de la fondation du 1<sup>er</sup> décembre 2016 sollicitant de l'OAI la transmission du dossier de l'assurée ;
- des courriels de l'assurée à l'OAI des 20 et 26 avril 2017 lui signalant rencontrer des difficultés avec la fondation en raison de la date de début de l'incapacité de travail retenue par l'OAI ;
- un courrier de l'OAI du 26 avril 2017 relatif à une nouvelle demande de prestations déposée en janvier 2014 par l'assurée ;
- un courrier de l'OAI du 31 mai 2017 à l'assurée l'informant que son courriel du 5 janvier 2017 réceptionné durant le délai de recours contre la décision du 23 novembre 2016 avait été transmis à la Cour de céans comme objet de sa compétence ;
- l'arrêt de la Cour de céans du 25 octobre 2018 (ATAS/991/2018) ;
- un courriel de l'OAI du 21 novembre 2018 confirmant à l'assurée n'avoir pas envoyé la copie de la décision du 23 novembre 2016 à la fondation ;
- un rapport du 26 novembre 2018 du Dr F\_\_\_\_\_ à l'assurée, transcrivant ses notes manuscrites et évoquant en particulier un choc émotionnel avec perte de contrôle, fuite et chute dans escaliers avec contusions multiples et perte de connaissance, dépression réactionnelle lors de la consultation du 2 novembre 2012, et burnout réactionnelle le 12 décembre 2012 ;
- un courrier de la SUVA du 13 juin 2019 à l'assurée à propos d'une facture de la Dre G\_\_\_\_\_ ;
- une décision de la Commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients du 13 décembre 2022 (qui avait été saisie d'une plainte de l'assurée), prononçant un avertissement à l'encontre de la Dre G\_\_\_\_\_.

La recourante expose que ni le certificat d'incapacité de travail du 31 octobre 2012, ni le formulaire du 30 novembre 2012 ne permettent clairement d'identifier qu'ils ont été établis par la Dre E\_\_\_\_\_ et qu'ils se rapportent à une consultation psychiatrique. Elle en infère que l'omission par l'intimé d'apprécier correctement la nature de cette consultation ainsi que les autres éléments attestant d'une atteinte psychique précoce a directement conduit au rejet de ses prétentions en matière de prévoyance professionnelle, au motif erroné qu'aucune incapacité de travail d'origine psychique n'avait été constatée durant la période de couverture auprès de la fondation.

La recourante reproche à l'intimé une violation de son obligation d'instruire d'office, motif pris qu'il n'a pas pris contact avec la Dre D\_\_\_\_\_, ni adressé de questionnaire médical à cette spécialiste, alors même que cette dernière a fait état de troubles neuropsychologiques et attesté une incapacité de travail totale dès la fin 2012, durant la période de couverture auprès de la fondation.

Elle ajoute que le rapport du Dr F\_\_\_\_\_ du 6 mars 2013 atteste l'existence d'une atteinte psychique, avant le suivi auprès de la Dre G\_\_\_\_\_, commencé le 8 mars 2013 sur conseils des Drs E\_\_\_\_\_ et F\_\_\_\_\_. Elle en conclut que la prise en charge psychiatrique spécialisée s'inscrivait dans la continuité directe des soins prodigués dès fin octobre / début novembre 2012.

Elle précise que la Dre G\_\_\_\_\_ a brutalement interrompu le suivi thérapeutique en novembre 2013, non pas en raison d'une amélioration clinique, mais exclusivement à cause d'un litige avec la SUVA au sujet de factures impayées. Or, l'erreur de facturation était imputable à cette psychiatre.

Ensuite, la Dre H\_\_\_\_\_ a pris le relais et attesté une incapacité de travail totale dès le 5 décembre 2013, prolongée jusqu'en mai 2014. Dans ces conditions, il est impossible de retenir une rémission de son état psychique. Lors de la consultation aux HUG en mars 2014, il n'est pas non plus fait état d'une amélioration ou rémission de son état psychique.

La recourante reproche à l'intimé de ne pas s'être renseigné auprès de la Dre G\_\_\_\_\_ quant aux raisons de l'interruption du suivi médical. Cette instruction aurait révélé que la fin du suivi n'était pas liée à une amélioration de son état de santé, ainsi que cela ressort du rapport de la Dre G\_\_\_\_\_ du 28 novembre 2013 et de la décision de la Commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients du 13 décembre 2022.

Par ailleurs, à l'issue de son séjour à la CRR, une incapacité de travail totale a été attestée pour la période du 8 avril au 20 mai 2014. Cela confirme la persistance ininterrompue des troubles psychiques et exclut toute rémission entre décembre 2013 et juin 2014.

Dès le 4 juin 2014, les consultations ont eu lieu auprès de la Dre J\_\_\_\_\_, de manière ininterrompue. En novembre 2014, cette psychiatre l'a orientée vers le CAPPI des HUG pour un suivi psychiatrique spécialisé. La recourante en infère que c'est à tort que l'intimé s'est fondé sur un rapport de la Dre J\_\_\_\_\_ du 2 février 2015 pour retenir une aggravation de l'état de santé (en juin 2014). Son incapacité de travail était de 100% depuis la date de l'accident.

La recourante en tire la conclusion que l'appréciation du SMR, retenant une incapacité de travail totale de mars à novembre 2013 seulement, puis de manière surprenante, à compter de juin 2014, est manifestement erronée, en contradiction avec les pièces du dossier. Elle considère que les manquements dans l'instruction de son dossier rendent l'avis du SMR non probant.

Elle reproche également à l'OAI de ne pas avoir notifié sa décision du 23 novembre 2016 à la fondation. Ce vice de procédure a empêché cette dernière d'exercer ses droits procéduraux, de se déterminer sur les faits médicaux déterminants et l'a privée de la possibilité d'être liée par une décision qui aurait dû refléter correctement l'état de santé de la recourante durant la période d'affiliation. Elle ajoute que, par courrier du 1<sup>er</sup> décembre 2016, la fondation a sollicité de l'intimé l'entier de son dossier. Elle était donc informée de la procédure et de la décision du 23 novembre 2016, ainsi que des éléments médicaux qui la fondaient. Or, la fondation n'est pas intervenue dans les procédures successives pour corriger les erreurs manifestes du dossier, privant la recourante d'un soutien dans la défense de ses droits, aboutissant à une violation du principe de bonne foi procédurale et soulevant une question sérieuse de responsabilité.

Si la recourante n'a pas formulé d'observations à l'encontre du projet de décision du 26 septembre 2016, cela était dû à son état psychique grave, gravement altéré, qui l'empêchait de comprendre la portée des documents administratifs qui lui étaient notifiés et de défendre seule ses droits. Ni ses avocats, ni les instances judiciaires n'ont soulevé l'importance de la consultation psychiatrique du 31 octobre 2012, pourtant déterminante.

La recourante rappelle avoir cherché à obtenir de la part de l'intimé des explications au sujet de la date retenue (8 mars 2013) de manière erronée comme point de départ de l'atteinte psychique. L'intimé y est demeuré sourd et n'a pas procédé aux vérifications nécessaires, violant ainsi son obligation d'instruction.

La recourante explique qu'après avoir pris connaissance de l'arrêt du Tribunal fédéral 4A\_540/2024 du 8 novembre 2024 – confirmant le refus de l'assistance judiciaire dans le cadre d'une demande en paiement qu'elle a introduite auprès du Tribunal de première instance genevois contre la Dre G\_\_\_\_\_, elle a entrepris une relecture exhaustive de son dossier de l'assurance-invalidité. C'est alors qu'elle a alors découvert le rapport de consultation du 31 octobre 2012 de la Dre E\_\_\_\_\_, confirmant l'existence d'une atteinte psychique incapacitante, bien avant le 8 mars 2013. La recourante en conclut qu'il s'agit d'un fait nouveau justifiant une révision procédurale.

Elle souligne que les erreurs et manquements de l'intimé l'ont contrainte à engager de multiples procédures administratives et judiciaires, longues et coûteuses, lui occasionnant un préjudice matériel et moral important. Elle demande à la Cour de céans de réserver expressément ses droits à l'égard de tiers, et notamment son droit à entamer une action en responsabilité de l'État.

**b.** Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 1<sup>er</sup> juillet 2025, a conclu au rejet du recours.

Il fait valoir que le grief tiré d'une violation du devoir d'instruction sort du cadre du litige.

Le certificat d'arrêt de travail du 31 octobre 2012 signé par la Dre E\_\_\_\_\_ ne constitue pas un rapport médical. Il s'agit d'une attestation d'incapacité de travail qui ne mentionne aucun diagnostic.

Les rapports de la psychiatre traitante étaient déjà en possession de l'intimé lorsqu'il a statué en 2016. Le 20 août 2014, il a reçu le dossier intégral de la SUVA comprenant le rapport médical détaillé du 28 novembre 2013.

L'intimé en tire la conclusion qu'en l'absence de fait nouveau, les conditions d'une révision procédurale de sa décision du 23 novembre 2016 ne sont pas réunies.

**c.** Dans sa réplique du 22 juillet 2025, la recourante a persisté dans ses conclusions.

Elle souligne que sa demande de révision ne vise pas à obtenir une nouvelle appréciation du cas, mais à corriger des erreurs factuelles et procédurales graves affectant la décision du 23 novembre 2016.

Elle soutient que les certificats des 31 octobre et 30 novembre 2012 font état de faits nouveaux essentiels, émanant de la même psychiatre. Ces pièces, jusqu'alors ignorées, démontrent l'existence d'une incapacité de travail d'origine psychique depuis le jour de l'accident, durant la période de couverture auprès de la fondation.

L'erreur quant à la date du début de l'incapacité de travail d'ordre psychique est imputable à une faute professionnelle de la Dre G\_\_\_\_\_, qui a été sanctionnée disciplinairement.

Ces *nova* sont déterminants, car ils anéantissent le raisonnement sur la base duquel son droit aux prestations de la prévoyance professionnelle a été nié.

La prétendue « rémission » durant son hospitalisation à la CRR est une construction artificielle, liée à l'instruction lacunaire de son dossier.

L'absence de notification de la décision du 23 novembre 2016 à la fondation l'a piégée dans une impasse juridique, justifiant à elle seule la révision.

La recourante allègue qu'elle ne pouvait pas invoquer ces faits plus tôt en raison de ses troubles cognitifs sévères et de la faute professionnelle de la Dre G\_\_\_\_\_.

Il serait contraire à l'esprit de la loi d'exiger d'elle qu'elle supplée aux manquements conjugués de son médecin et de l'assurance sociale.

**d.** Par écriture spontanée du 2 novembre 2025, la recourante a maintenu sa position.

Elle a versé au dossier :

- un rapport de la Dre G\_\_\_\_\_ du 25 novembre 2019 à la Commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients ; et

- un arrêt de la chambre administrative de la Cour de justice du 23 avril 2020 (ATA/385/2020), opposant l'assurée à la commission précitée et à la Dre G\_\_\_\_\_.

La recourante y voit des moyens de preuve déterminants pour la révision procédurale de la décision du 23 novembre 2016, car ils établissent que le trouble psychique à l'origine de son invalidité actuelle est la conséquence directe et prolongée de l'accident d'octobre 2012. Elle en infère que son incapacité de travail constatée à partir de mars 2013 ne peut être considérée comme une nouvelle incapacité sans lien matériel avec celle, ininterrompue, d'octobre 2012.

La recourante estime que le rapport précité de la Dre G\_\_\_\_\_ révèle des faits médicaux anciens restés inaccessibles à l'époque, faute de collaboration de cette psychiatre, confirmée par la sanction disciplinaire. Il s'agit donc d'une preuve nouvelle de faits anciens ignorés.

Pour le surplus, la recourante réitère ses précédents arguments.

**e.** Dans sa duplique du 18 novembre 2025, l'intimé a fait valoir que les deux dernières écritures de la recourante n'apportaient aucun élément susceptible de modifier l'appréciation du cas.

**f.** Par écriture spontanée du 13 janvier 2026, la recourante a encore reproché à l'intimé d'avoir violé son devoir de renseignement en ne notifiant pas la décision du 23 novembre 2016 à la fondation.

Elle répète que la décision de la Commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients, notifiée en janvier 2022, prononçant une sanction à l'encontre de la Dre G\_\_\_\_\_, est postérieure à la décision du 23 novembre 2016 et constitue donc un élément nouveau. La sanction prononcée confirme d'ailleurs que l'absence de réponse de la part de la Dre G\_\_\_\_\_ aux demandes de l'intimé résulte d'un comportement fautif d'un tiers et non d'un défaut de collaboration de la recourante.

**g.** Par lettre du 7 avril 2026, la recourante a maintenu encore une fois que son atteinte psychique persiste depuis le 31 octobre 2012.

Elle a encore produit :

- un rapport de la Dre E\_\_\_\_\_ du 10 mars 2026 ;
- le courrier de la SUVA du 21 novembre 2013 l'informant de la nécessité d'un séjour à la CRR (déjà cité) ;
- l'écriture du 17 avril 2018 de l'intimé rappelant les incapacités de travail retenues et déclarant confirmer sa décision du 23 novembre 2016 (dans le cadre de la procédure ayant donné lieu à l'ATAS/990/2018 du 25 octobre 2018).

**h.** Les autres faits seront repris – en tant que de besoin – dans la partie « en droit » du présent arrêt.

## **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) 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.

**1.2** 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. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10).

**1.3** Interjeté dans la forme (art. 61 let. b LPGA) et le délai (art. 60 LPGA ; art. 62 al. 1 let. a LPA) prévus par la loi, le recours est recevable, à l'exception de la conclusion de la recourante ayant trait à une action en responsabilité contre des tiers, question qui excède l'objet de la contestation (cf. ATF 134 V 418 consid. 5.2.1).

**2.** Le litige porte sur le point de savoir si l'intimé était fondé à ne pas entrer en matière sur la demande en révision procédurale de sa décision du 23 novembre 2016, entrée en force.

### **3.**

**3.1** Selon 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 pas être produits auparavant.

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 de recours dans les 90 jours qui suivent la découverte du motif de révision, mais au plus tard dix ans après la notification de la décision sur recours. La jurisprudence considère que les règles sur les délais prévues 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_457/2022 du 3 avril 2023 consid. 3.2-3.3).

**3.2** 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 fondée sur l'art. 123 al. 2 let. a de la loi sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110). 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_64/2023 du 6 décembre 2023 consid. 2.2).

Quant aux preuves concluantes, elles supposent 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. 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 (arrêt du Tribunal fédéral précité consid. 2.2).

#### 4.

**4.1** En l'occurrence, à titre de faits ou moyens de preuve nouveaux, la recourante se prévaut essentiellement du certificat d'arrêt de travail du 31 octobre 2012 établi par le Centre médico-chirurgical des Acacias, ainsi que du rapport médical du

30 novembre 2012, et dénonce une interprétation erronée de ces pièces. Elle se plaint de ce que l'évolution de son atteinte à la santé aurait été mal appréciée par l'intimé, qui aurait de manière erronée considéré que l'incapacité de travail pour motifs psychiques ne serait apparue qu'en mars 2013 seulement. Elle soutient qu'au contraire, l'atteinte psychique existerait déjà depuis le 31 octobre 2012 et aurait persisté de manière ininterrompue durant les rapports de prévoyance avec la fondation, du 1<sup>er</sup> octobre au 6 décembre 2012. Selon elle, l'évaluation incorrecte de sa situation médicale par l'intimé aurait porté préjudice à ses intérêts financiers, menant à la négation de son droit aux prestations d'invalidité de la prévoyance professionnelle.

Or, le certificat d'arrêt de travail du 31 octobre 2012 et le rapport médical du 30 novembre 2012 figuraient dans le dossier de l'intimé (p. 551, respectivement p. 518) et existaient au moment où la décision du 23 novembre 2016 (p. 1397-1399) a été rendue. Ils ne font dès lors pas état de faits inconnus.

Au demeurant, ces faits ne sont pas importants et ne sont, partant, pas de nature à modifier la décision incriminée. En effet, le premier document atteste d'une incapacité de travail totale pour une période limitée, du 31 octobre au 5 novembre 2012, sans préciser le diagnostic à l'origine de cette incapacité. Quant au second document, il pose les diagnostics de cervicalgie et omalgie post-traumatiques exclusivement, et ne retient aucun diagnostic sur le plan psychique. Le seul fait que ces pièces aient été signées par la même psychiatre ne signifie pas encore que la recourante souffrait d'un trouble psychique incapacitant de longue durée depuis le 31 octobre 2012. En tout cas, ces documents ne permettent pas de l'affirmer.

La même conclusion s'impose au regard des autres pièces médicales produites à l'appui du recours.

Ainsi, le rapport du 10 décembre 2012 du Dr F\_\_\_\_\_, chirurgien, figurait à la page 519 du dossier de l'intimé. Ce médecin n'y faisait état d'aucun élément objectif de nature psychiatrique. Quant à son rapport du 6 mars 2013, il figurait à la page 451 du dossier de l'intimé et n'attestait d'aucune incapacité de travail. Le certificat d'incapacité de travail totale dès le 31 octobre 2012 émis le 2 novembre 2012 ne posait aucun diagnostic psychique. Le rapport du 26 novembre 2018 ne faisait pas non plus état d'une incapacité de travail. Au demeurant, ce médecin n'est pas un spécialiste en psychiatrie.

Les feuilles-accident de la SUVA signées par la Dre D\_\_\_\_\_, neurologue, figuraient aux pages 454 et 483 du dossier de l'intimé, sans retenir le moindre diagnostic psychiatrique. Les rapports de la Dre D\_\_\_\_\_ des 18 janvier 2013, 1<sup>er</sup> et 4 mars 2013, 4 juin 2013 et 16 septembre 2013 figuraient aux pages 478-479, 452-453, 460, 411-412 et 359 du dossier de l'intimé, sans faire état d'une incapacité de travail résultant de troubles psychiques. Troubles qui ne relèvent du reste pas de son domaine de compétence.

Les certificats d'arrêt de travail émis par la Dre H\_\_\_\_\_, médecin praticien généraliste, figuraient aux pages 277, 300, 895, 972, 1069 du dossier de l'intimé, sans indiquer le moindre diagnostic psychiatrique. Dans un certificat du 3 mars 2016, ce médecin s'est contenté de mentionner que la recourante ne pouvait pas prendre les transports en commun pour des raisons médicales, sans autre précision (p. 1287).

La note de suite des HUG du 28 octobre 2015 (p. 1773) ne faisait état d'aucune incapacité de travail.

Le rapport de la CRR du 27 mars 2014 (p. 977-979) relatif au séjour de la recourante du 19 mars 2014 ne se prononce pas sur la capacité de travail pour la période antérieure. L'avis de sortie de la CRR du 6 mai 2014 (p. 940-942), de même que le certificat du même jour de la Dre I\_\_\_\_\_, médecin à la CRR (p. 947), n'attestaient que d'une incapacité de travail totale limitée, du 8 avril au 20 mai 2014, et ne faisaient donc pas état d'une incapacité de travail résultant de troubles psychiques durant les rapports de prévoyance avec la fondation du 1<sup>er</sup> octobre au 6 décembre 2012.

Le rapport du 23 juillet 2014 de la Dre J\_\_\_\_\_, psychiatre (p. 704-707), retenait, certes, des diagnostics psychiques incapacitants, mais depuis le 4 juin 2014 seulement, date de la première consultation auprès de cette spécialiste.

Les feuilles-accident de la SUVA complétées par la Dre G\_\_\_\_\_, psychiatre, n'étaient pas non plus concluantes à elles seules (p. 404 et 449), dès lors que cette spécialiste y mentionnait une incapacité de travail totale pour la première fois à partir du 1<sup>er</sup> mars 2013. Dans son rapport du 28 novembre 2013 (p. 307-308), ce médecin rappelle le suivi médical depuis mars 2013, date de la première consultation. Cette dernière pièce médicale ne permet donc pas de retenir d'incapacité de travail pour motifs psychiques pendant les rapports de prévoyance avec la fondation, du 1<sup>er</sup> octobre au 6 décembre 2012. Le rapport de la Dre G\_\_\_\_\_ du 25 novembre 2019 est certes postérieur à la décision du 23 novembre 2016, mais il n'est pas pertinent non plus, puisque la psychiatre y indique avoir suivi la recourante de mars à octobre 2013, soit après la fin des rapports de prévoyance avec la fondation. De plus, la psychiatre n'y atteste aucune incapacité de travail.

Enfin, le rapport de la E\_\_\_\_\_ du 10 mars 2026 ne permet pas d'établir des faits réellement inconnus au moment de la décision du 23 novembre 2016. En effet, la spécialiste y confirme avoir signé le certificat d'arrêt de travail du 31 octobre 2012 et le rapport médical du 30 novembre 2012. Or, comme cela a été développé *supra*, ces documents ne sont pas concluants (cf. paragraphe 2).

En réalité, la recourante tente de substituer son appréciation personnelle des preuves disponibles et des éléments médicaux à celle de l'intimé lorsqu'elle prétend que ses troubles psychiques existaient déjà fin octobre 2012. Elle

méconnaît que l'éventuelle appréciation inexacte des faits déjà connus lors de la décision du 23 novembre 2016 ne constitue pas un motif de révision procédurale.

Par ailleurs, on ne voit pas en quoi l'absence de notification de la décision du 23 novembre 2016 à la fondation constituerait un motif de révision procédurale de ladite décision. Dans l'arrêt du 25 octobre 2018 (ATAS/991/2018) – confirmé par le Tribunal fédéral (9C\_841/2018) le 19 février 2019 –, si la Cour de céans a relevé que la décision du 23 novembre 2016 n'était pas contraignante pour la fondation faute de notification, elle a quoi qu'il en soit relevé que la survenance d'une incapacité de travail pour motifs psychiques durant les rapports de prévoyance n'était pas démontrée au degré de la vraisemblance prépondérante. Ainsi qu'on l'a vu ci-dessus, une nouvelle fois.

Quant à la décision du 13 décembre 2022 de la Commission de surveillance des professionnels de la santé et des droits des patients (saisie d'une plainte de la recourante contre la Dre G\_\_\_\_\_, prononçant un avertissement à l'encontre de cette dernière, après avoir retenu que ce médecin avait pris le risque d'entraver le traitement de la demande de prestations présentée par la recourante en ne répondant pas aux demandes de renseignements de l'intimé, et avait violé son obligation de transmission du dossier médical à la recourante, et relevé que le problème de paiement invoqué par la médecin pour mettre fin à la relation thérapeutique n'était pas imputable à la recourante), force est de constater que le droit de demander la révision procédurale de la décision du 23 novembre 2016, fondée éventuellement sur les faits retenus dans la décision du 13 décembre 2022, était quoi qu'il en soit périmé au moment où la recourante s'en est prévaluée, en janvier 2025. En effet, le délai de 90 jours pour introduire la demande de révision a commencé à courir à la réception de la décision du 13 décembre 2022 par la recourante. Or, cette dernière, dans son écriture du 2 novembre 2025, a indiqué que cette décision lui avait été notifiée le 12 janvier 2023 (p. 4). En déposant sa demande de révision en janvier 2025, la recourante a donc agi tardivement.

Il en va de même en ce qui concerne l'arrêt de la chambre administrative de la Cour de justice du 23 avril 2020 (ATA/385/2020), qui a partiellement admis, dans la mesure où il était recevable, un recours déposé le 13 août 2019 par l'assurée à l'encontre d'une décision du 26 juin 2019 de la Commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients classant la plainte déposée contre la Dre G\_\_\_\_\_, et renvoyant la cause à cette commission afin que cette dernière instruisse la question de savoir si la praticienne avait agi de manière conforme à ses obligations, notamment en lien avec une procédure d'assurance-invalidité, et rende une nouvelle décision qui prendrait également en compte le fait que la médecin avait conditionné l'accès au dossier médical de l'assurée au paiement de ses honoraires. La décision précitée du 13 décembre 2022 a précisément été rendue à la suite de cet arrêt de renvoi. À l'évidence, la recourante l'avait donc reçu avant de le déférer au Tribunal fédéral le 29 mai 2020 – recours qui a été déclaré irrecevable le 5 juin 2020 (arrêt 2C\_471/2020). La recourante est ainsi, en tout

état de cause, forclose à se prévaloir de l'arrêt du 23 avril 2020 dans le cadre de la révision procédurale sollicitée près de cinq ans plus tard.

**4.2** À l'aune des éléments qui précèdent, les conditions d'une révision procédurale conformément à l'art. 53 al. 1 LPGA ne sont pas réunies. Le renvoi de la cause à l'intimé pour mise en œuvre d'une instruction complémentaire ne se justifie donc pas.

**5.** Aussi, le recours ne peut-il être que rejeté.

La recourante, qui n'obtient pas gain de cause, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA *a contrario*).

Étant donné que la procédure n'est pas gratuite (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI), il y a lieu de condamner la recourante au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

\*\*\*

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable au sens des considérants.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de la recourante.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Diana ZIERI

Karine STECK

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