RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2646/2022 **ATAS/254/2023**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 12 avril 2023

4ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à MEYRIN, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Marc MATHEY-DORET	recourante

contre

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

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Dana DORDEA et Christine LUZZATTO, Juges assesseures

EN FAIT

A. **a.** Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante) est née le _____ 1970 en Algérie, ressortissante suisse depuis le 19 avril 2003, séparée et mère de trois enfants, nés en 1997, 1998 et 2006.

B. **a.** Le 2 septembre 2009, elle a demandé des prestations d'assurance-invalidité auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

b. Dans un rapport du 30 septembre 2009, le docteur B_____, spécialiste FMH en neurologie, a indiqué que l'assurée souffrait d'une méningite chronique symptomatique depuis le 3 mars 2009 et qu'elle était totalement incapable de travailler depuis lors.

c. Dans un rapport d'expertise du 12 mai 2010, le docteur C_____, spécialiste FMH en neurologie, a retenu les diagnostics incapacitants de syndrome inflammatoire chronique du système nerveux central et de céphalées et vertiges, d'étiologie indéterminée depuis mars 2009. Les troubles qui avaient influencé l'activité exercée jusqu'ici étaient essentiellement subjectifs et la capacité résiduelle de travail était totale à partir de l'automne 2009.

d. Dans un avis du 22 juin 2010, le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après ; le SMR) a retenu que sur le plan neurologique, la capacité de travail était totale depuis l'automne 2009. Des éléments subjectifs importants faisaient que l'expert préconisait une expertise psychiatrique.

e. Dans un rapport d'expertise du 11 octobre 2010, le docteur D_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a conclu que l'assurée ne présentait pas de pathologie mentale susceptible d'agir sur les activités qu'elle avait exercées jusqu'ici. Sa capacité de travail était entière sur le plan psychiatrique.

f. Par décision du 30 mars 2011, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée.

C. **a.** Le 9 mars 2018, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations d'assurance-invalidité.

b. Selon un rapport établi le 7 mai 2018 par le Dr B_____, les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail étaient une hypertension intracrânienne chronique avec céphalées invalidantes et une côte cervicale gauche avec une répercussion algique cervicale et une cervico-brachiale à gauche. De multiples traitements avaient été prodigués à l'assurée, malheureusement avec des effets très limités. Elle était totalement incapable de travailler depuis 2009 dans toute activité.

c. Le 15 novembre 2018, le Dr B_____ a informé l'OAI que la situation de l'assurée devenait préoccupante. Elle souffrait quotidiennement de céphalées, qui

nécessitaient un alitement au moins deux fois par jour, car seul le repos et le calme les rendaient supportables. Il n'était en aucun cas envisageable pour elle de reprendre une activité professionnelle.

d. Le 26 novembre 2018, le docteur E_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, médecine psychosomatique et psychosociale, a indiqué que l'assurée souffrait d'un état dépressif sévère, avec un tentamen aux opiacés le 18 février 2018, et d'un syndrome douloureux persistant somatoforme. Elle était totalement incapable de travailler dans toute activité.

e. Le 13 juin 2019, le Dr B_____ a informé l'OAI de la découverte d'une affection cardiologique à même d'expliquer la symptomatologie de l'assurée, soit un syndrome de tachycardie orthostatique posturale (ci-après : POTS).

f. Une expertise a été confiée par l'OAI aux docteurs F_____, médecine interne générale, G_____, neurologie et H_____, psychiatrie et psychothérapie, du CEMed. Dans leur évaluation consensuelle, les experts ont conclu que l'assurée était totalement incapable de travailler comme vendeuse depuis l'apparition des troubles et jusqu'ici sans changement. Dans une activité sédentaire se déroulant essentiellement en position assise, la capacité de travail était de 50%, avec un rendement de 100%.

g. Le 4 décembre 2020, le Dr G_____ a complété et confirmé son rapport sur questions de l'OAI.

h. Par projet de décision du 8 novembre 2021, l'OAI a octroyé à l'assurée une rente entière d'invalidité sur la base d'un degré d'invalidité de 100%, du 1er février 2019 au 30 septembre 2020, et une demi-rente depuis le 1er octobre 2020 sur la base d'un degré d'invalidité de 50%.

i. Le 23 novembre 2021, l'assurée, assistée d'un conseil, a fait valoir qu'il ressortait clairement du rapport d'expertise du CEMed et de son complément du 4 décembre 2020 que les atteintes neurologiques qui entraînaient une incapacité de travail de 50% existaient déjà en 2010. Il apparaissait que le Dr C_____ avait très largement méconnu à l'époque l'incidence des atteintes neurologiques de l'assurée sur sa capacité de travail. Par conséquent, la décision de l'OAI du 30 mars 2011 reposait sur des bases manifestement erronées et elle en sollicitait la reconsidération. Une incapacité entière de travail ayant par ailleurs été reconnue du mois de mars au 30 septembre 2009, il fallait lui allouer une demi-rente d'invalidité à l'issue du délai d'attente calculé depuis mars 2009.

j. Le 30 novembre 2021, la recourante a formé opposition au projet de décision du 8 novembre 2021, en tant qu'il limitait son droit à une demi-rente dès le 1er octobre 2020. La capacité résiduelle de travail retenue par le Dr G_____ n'était pas contestée. En revanche, il apparaissait clairement qu'une diminution de rendement devait être retenue en sus, au vu de ses limitations fonctionnelles, sur la base d'un rapport médical établi le 28 novembre 2021 par le Dr B_____. Il

s'en suivait que c'était un trois quarts de rente qui devait lui être alloué dans le cadre de la demande de reconsidération formée par courrier du 23 novembre 2021.

k. Par décision du 21 juin 2022, l'OAI a confirmé son projet de décision.

D. **a.** Le 23 août 2022, l'assurée a formé recours contre la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la CJCAS), concluant à son annulation en tant qu'elle réduisait le taux de sa rente à une demi-rente dès le 1er octobre 2020, et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité du 1er février 2019 au 30 septembre 2020, puis à un trois quarts de rente d'invalidité depuis le 1er octobre 2020, sous suite de dépens.

Elle a encore fait valoir que les conditions d'une révision procédurale, au sens de l'art. 53 LPGA, étaient réalisées et qu'il incombait à l'intimé de reconnaître le droit à un trois quarts de rente d'invalidité du 3 mars 2009 au 31 janvier 2019.

l. Le 21 septembre 2022, l'intimé a conclu au rejet du recours et précisé qu'il n'entendait pas entrer en matière sur la demande de reconsidération formulée à nouveau par la recourante et que la CJCAS n'était pas compétente pour connaître de cette demande.

m. Par réplique du 20 octobre 2022, la recourante a persisté dans ses conclusions et relevé que l'intimé ne s'était pas prononcé sur la question de la reconsidération/révision procédurale, se bornant à répéter qu'il n'entendait pas entrer en matière, ce qui n'était pas relevant, dès lors que les conditions d'une révision procédurale étaient réunies.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Le 1er janvier 2022, sont entrées en vigueur les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705) ainsi que celles du 3 novembre 2021 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI – RS 831.201 ; RO 2021 706).

En cas de changement de règles de droit, la législation applicable est celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire (ATF 136 V 24 consid. 4.3 et la référence).

En l'occurrence, la décision querellée porte sur l'octroi d'une rente dont le droit est né antérieurement au 31 décembre 2021, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur ancienne teneur.

3. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la de 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.

4.

4.1.1 La recourante a fait valoir dans son recours que les conditions d'une révision procédurale au sens de l'art. 53 LPGA étaient ouvertes, car il apparaissait à la lumière des éléments du dossier que le refus initial de prestations de l'intimé était la conséquence de l'ignorance de ses atteintes à la santé, qui avaient été largement banalisées par le Dr C_____ en 2010. Le Dr G_____ avait attesté que ses atteintes invalidantes et l'incapacité de travail qui en découlait existaient déjà en 2010. À l'époque, il n'avait pas été tenu compte du POTS, qui n'avait été diagnostiqué que des années plus tard. Il en résultait que les conditions d'une révision procédurale étaient réalisées et qu'il incombait à l'intimé de lui reconnaître le droit à un trois quarts de rente d'invalidité depuis le 1er mars 2009.

4.1.2 L'intimé a répondu qu'il n'entendait pas entrer en matière sur la demande de reconsidération formulée de nouveau par la recourante, cette fois-ci devant la chambre des assurances sociales et que la recourante se trompait d'autorité compétente malgré la référence légale citée dans son mémoire de recours.

4.2

4.2.1 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 être produits auparavant.

La révision procédurale suppose que soient mis en évidence des faits déterminants qui existaient déjà lorsque la décision a été rendue, ont été découverts subséquemment et n'avaient pas pu être invoqués dans la procédure précédente, ou que soit apparue une preuve nouvelle concluante, disponible après coup et qui n'avait pas pu être versée antérieurement (Commentaire romand de la loi sur la partie générale des assurances sociales éd. par Anne-Sylvie DUPONT / Margit MOSER-SZELESS, 2018, art. 53 n. 42).

Seule l'autorité administrative qui a rendu la décision entrée en force de chose décidée a la compétence pour la réviser, et non pas l'autorité de recours (qui n'a précisément pas été appelée à examiner la conformité au droit du prononcé administratif initial) ; la révision procédurale n'a donc pas d'effet dévolutif.

La demande de révision doit être adressée par écrit à l'autorité qui a pris la décision dont le requérant souhaite la révision dans les 90 jours qui suivent la

découverte du motif de révision (délai relatif), mais au plus tard dix ans après la notification de la décision administrative ou de la décision sur opposition (délai absolu).

L'assureur social rend une décision par laquelle il admet l'existence du motif de révision allégué ou découvert et modifie la décision soumise à révision. Les décisions de l'office AI sont directement attaquables par la voie du recours (art. 69 al. 1 LAI ; Commentaire romand, op. cit., 53 n. 60-65).

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.

4.3

4.3.1 Selon l'art. 53 al. 2 LPGA, l'administration peut reconsidérer une décision ou une décision sur opposition formellement passée en force et sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée quant au fond, à condition qu'elle soit sans nul doute erronée et que sa rectification revête une importance notable (ATF 133 V 50 consid. 4.1).

4.3.2 Le Tribunal qui est saisi d'un recours contre une décision d'un assureur refusant d'entrer en matière sur une demande de reconsidération doit le déclarer irrecevable. Une telle manière de procéder a été jugée compatible avec la garantie d'un droit à un recours effectif devant une autorité judiciaire, les personnes concernées ayant eu la possibilité d'attaquer la décision initiale de l'assureur social devant le tribunal cantonal des assurances compétent (arrêt du Tribunal fédéral 8C_866/2009 du 27 avril 2010).

4.4

4.4.1

En l'occurrence, la recourante n'a pas fait valoir dans son recours que l'intimé n'avait pas répondu à sa demande de reconsidération, de sorte que la CJCAS n'est pas saisie de cette question. Même si on admettait que le recours était dirigé contre un refus de reconsidération, il devrait être déclaré irrecevable, vu la jurisprudence précitée.

4.4.2 La recourante a demandé dans son recours la révision procédurale, au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA, de la décision rendue le 30 mars 2011. La CJCAS n'est pas compétente pour connaître directement de cette demande, mais seulement sur recours contre une décision de l'intimé. Le recours est en conséquence irrecevable sur ce point. L'intimé devra prendre une décision sur la demande de révision procédurale de la recourante.

5.

5.1

5.1.1 La recourante conteste la décision de l'intimé du 21 juin 2022, au motif qu'il n'a pas retenu la perte de rendement attestée par le Dr B_____.

5.1.2 L'intimé, se fondant sur l'avis du SMR, estime qu'il n'y pas lieu de tenir compte d'une perte de rendement supplémentaire, considérant que l'expertise du CEMed a une pleine valeur probante.

5.2

5.2.1 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. 28 al. 2 LAI).

5.2.2 Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est

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

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 8C_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).

5.2.3 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 126 V 353 consid. 5b et les références; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références; cf. 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).

5.3 En l'espèce, l'expert G_____ a retenu, en raison du fait que la position assise n'était peut-être pas tenable toute une journée pour la recourante, une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, sans perte de rendement. Il a indiqué dans son complément d'expertise du 4 décembre 2020 que comme cela était clairement exposé dans son rapport d'expertise, une appréciation exacte de la situation de la recourante restait particulièrement difficile, de sorte que les

conclusions des experts tendaient à proposer pour celle-ci et l'intimé une solution acceptable. Ils étaient parfaitement conscients du caractère aléatoire de leur appréciation. Ils n'avaient néanmoins pas pu aller plus avant dans l'appréciation du cas et de la capacité de travail, face à une situation complexe ayant justifié jusqu'ici de nombreuses investigations, sujettes à de nombreux diagnostics et à de multiples traitements restés sans effet.

Il était possible, voire probable, que les maux de tête dont souffrait l'assurée n'aient qu'une origine tensionnelle, mais les hypothèses somatiques ne pouvaient être écartées au degré de la vraisemblance prépondérante, de sorte que leurs conclusions paraissaient raisonnables.

Dans son rapport du 27 novembre 2021, le Dr B_____ a estimé correcte l'évaluation des experts concernant la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée, mais pas le rendement de 100%, qui ne correspondait pas à l'état de santé réel de celle-ci. Il y avait, selon lui, une perte de rendement imputable à la position assise, qui maintenait la tête en verticalité, symptomatologie précisément provoquée par l'orthostatisme et reconnue comme étant en lien de causalité avec les céphalées du POTS, diagnostic qui avait été établi par les cardiologues. La baisse de rendement pouvait être estimée à 20% sur les 50%. La capacité de travail effective était ainsi de 40% au plus dans une activité adaptée. Elle se justifiait par la nécessité pour la recourante de faire une pause de 10 à 15 minutes toutes les heures, si possible en s'allongeant, la tête en arrière, mesures préventives indispensables pour que celle-ci puisse assumer son activité sans devoir s'absenter ensuite plusieurs jours pour décompensation. Le Dr B_____ relevait ensuite que des épisodes de tachycardie se produisaient encore aujourd'hui épisodiquement lorsqu'elle se trouvait en conditions défavorables.

Le Dr B_____ a ainsi une autre appréciation que l'expert G_____ sur la question du rendement, qui n'est pas particulièrement motivée, si ce n'est que le médecin se fonde sur le diagnostic du POTS qu'il considère comme établi et la nécessité de faire des pauses dans le 50% retenu comme capacité de travail. Il n'amène ainsi pas d'éléments remettant sérieusement en cause l'appréciation de l'expert, étant rappelé que celui-ci a admis que l'appréciation exacte de la situation de la recourante restait particulièrement difficile. Contrairement au Dr B_____, l'expert neurologue estime ne pas pouvoir poser de diagnostic définitif sur les céphalées dont souffre la recourante et ne considère pas le diagnostic de POTS comme certain. Il a tenu compte d'une capacité de travail de 50%, au motif que la position assise n'était peut-être pas tenable toute une journée pour la recourante et n'a ainsi pas considéré qu'il suffisait que celle-ci soit en position assise pour faire disparaître ses symptômes, comme semblait le penser le Dr B_____ dans son rapport du 27 novembre 2021. Le fait que dans le privé, la recourante fractionnait ses tâches avec des pauses régulières et passait en moyenne une demi-journée allongée, selon le Dr B_____, valide le fait qu'elle ne peut pas travailler plus d'une demi-journée, comme l'a retenu le Dr G_____.

Le fait que le Dr B_____ estime que des pauses sont nécessaires en sus toutes les heures est une appréciation différente de celle de l'expert, qui n'est pas plus convaincante.

Le Dr B_____ n'a pas motivé la perte de rendement par les épisodes de tachycardie que la recourante pouvait présenter, mais par les céphalées. Comme l'a relevé le SMR dans son avis du 8 avril 2022, les épisodes de tachycardie de la recourante sont quoi qu'il en soit épisodiques, selon le Dr B_____, ce qui ne peut justifier une baisse de rendement de 20%.

L'appréciation du cas divergente par le médecin traitant de la recourante a une force probante relative et ne suffit pas à remettre en cause les conclusions de l'expert sur la capacité de travail et le rendement de la recourante, lesquelles sont motivées et convaincantes. En conclusion, le premier grief de la recourante doit être écarté.

6.

6.1

6.1.1 La recourante a encore fait valoir que l'intimé devait appliquer un abattement sur le revenu d'invalide pour tenir compte de ses limitations fonctionnelles et de la diminution de rendement qui en découlait ainsi que de son absence de formation.

6.1.2 Selon l'intimé, un abattement supplémentaire lié aux limitations fonctionnelles ne se justifiait pas, car il en avait déjà été tenu compte dans la capacité de travail, qui avait été fixée à 50% par les experts. En outre, l'absence de formation de la recourante n'était pas un critère pertinent dans l'évaluation de l'abattement dans le présent cas.

6.2 Selon la jurisprudence, les limitations fonctionnelles justifiant une diminution de rendement déjà prises en compte dans l'évaluation de la capacité de travail n'ont pas à être retenues une seconde fois lors de la détermination de l'abattement (arrêt du Tribunal fédéral 9C_778/2020 du 27 août 2021 consid. 6 et la référence).

L'absence d'expérience et de formation ne joue pas de rôle lorsque le revenu d'invalide est déterminé en référence au salaire statistique auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives de niveau de compétence 1, comme c'est le cas en l'espèce. En effet, ce niveau de compétence de l'Enquête suisse sur la santé (ci-après : l'ESS) concerne une catégorie d'emplois ne nécessitant ni formation ni expérience professionnelle spécifique (cf. arrêts 8C_118/2021 précité consid. 6.3.2; 8C_175/2020 du 22 septembre 2020 consid. 4.2). 8C_659/2021 du 17.02.2022

6.3 En l'espèce, les limitations fonctionnelles de la recourante ont été prises en compte dans l'évaluation de sa capacité de travail par les experts, de sorte qu'il n'y pas lieu de procéder à un abattement supplémentaire à ce titre. Il n'y a pas non plus lieu de tenir compte de l'absence de formation, l'intimé ayant pris en compte

pour fixer le taux d'invalidité l'ESS, toutes activités confondues, pour une femme, sans qualifications spécifiques.

7. Infondé, le recours sera rejeté, dans la mesure de sa recevabilité.

Il sera dit que l'intimé doit rendre une décision sur la demande de révision procédurale de sa décision du 30 mars 2011.

Un émolument de CHF 200.- sera mis à la charge de la recourante (art. 69 al. 1bis LAI).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette dans la mesure de sa recevabilité.
3. Dit que l'intimé doit rendre une décision sur la demande de révision procédurale de sa décision du 30 mars 2011.
4. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de la recourante.
5. 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
Isabelle CASTILLO	Catherine TAPPONNIER

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