

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3691/2023

ATAS/370/2024

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 22 mai 2024

Chambre 4

En la cause

Madame A _____,

recourante

représentée par Me Marc MATHEY-DORET, avocat

contre

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

intimé

**Siégeant : Catherine TAPPONNIER, présidente ; Christine LUZZATTO et Dana
DORDEA, 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.** L'assurée a travaillé comme vendeuse pendant trois ans, puis dans le domaine social dès 2008 et jusqu'en janvier 2009.
- 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 auprès de l'OAI.
 - 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. Dans un rapport du 26 mars 2019, le docteur F_____, spécialiste en neurologie à Londres ayant examiné l'assurée début 2019, a suggéré au Dr B_____ de procéder à un tilt test afin de rechercher des indices correspondant au syndrome de tachycardie orthostatique posturale (ci-après : POTS).

f. Le 13 juin 2019, le Dr B_____ a informé l'OAI que la découverte de l'affection cardiologique de POTS était à même d'expliquer la symptomatologie de l'assurée depuis dix ans et lui a adressé une copie d'un rapport du même jour du docteur G_____, médecin-adjoint agrégé du service de cardiologie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), confirmant avoir vu l'assurée dans le contexte de la prise en charge de son POTS.

g. Le 7 juillet 2019, le Dr G_____ a indiqué que l'assurée présentait un POTS caractérisé par des céphalées invalidantes associées à des palpitations et à une diminution de la tolérance à l'effort. Plusieurs investigations étaient effectuées excluant notamment des causes purement neurologiques, infectieuses et immunologiques. Le tilt test avait exclu une hypotension orthostatique mais avait montré un résultat compatible avec un POTS. Le médecin a par ailleurs relevé les différents critères de diagnostic de ce syndrome, à savoir une augmentation soutenue de la fréquence cardiaque de 30 bpm, l'absence d'hypotension orthostatique, plusieurs symptômes d'intolérance orthostatique qui se résolvent complètement en décubitus, l'absence de médicament altérant la régulation autonome et qui surviennent en l'absence d'autre infection pouvant entraîner une défaillance du système nerveux autonome en tachycardie orthostatique.

h. Dans un rapport du 25 septembre 2019, le docteur H_____, spécialiste FMH en neurologie et médecin adjoint agrégé, et la docteure I_____, spécialiste FMH en neurologie, au service de neurologie des HUG, ont rappelé qu'après de multiples investigations, le diagnostic de nouvelles céphalées quotidiennes persistantes versus céphalées chroniques d'origine indéterminée avait été retenu par le professeur J_____, médecin-chef du service de neurologie des HUG lors d'une consultation du 17 janvier 2017. Au courant de l'année 2019, l'assurée avait

bénéficié d'un avis cardiologique et un diagnostic de POTS avait été postulé. Après discussion avec le prof. J_____, l'hypothèse des céphalées secondaires au POTS devait être suspectée et une prise en charge cardiologique devait être privilégiée.

i. Une expertise a été confiée par l'OAI aux docteurs K_____, médecine interne générale, L_____, neurologie, et M_____, psychiatrie et psychothérapie, du CEMed. Dans leur évaluation consensuelle du 10 septembre 2020, 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%.

j. Le 4 décembre 2020, le Dr L_____ a complété et confirmé son rapport. Sur questions complémentaires de l'OAI et du conseil de l'assurée, ce spécialiste a indiqué que, sur la base des éléments à sa disposition, il ne semblait pas qu'il y ait eu de modification significative de la symptomatologie depuis 2010, ni d'aggravation durable dans le temps sur le plan neurologique. Concernant l'évolution de la capacité de travail de l'assurée depuis 2010, l'expert neurologue C_____ avait conclu, dans son expertise du 12 mai 2010, à une pleine capacité de travail et avait proposé une reprise à temps partiel initialement, puis à plein temps. Selon le Dr L_____, la différence d'appréciation concernant la capacité de travail n'était pas basée sur une modification de l'état de santé de l'assurée mais sur une appréciation différente de la capacité de travail résiduelle face aux plaintes. Au terme de l'expertise du CEMed du 10 septembre 2020, les experts avaient pensé qu'il existait une incapacité de travail vraisemblablement complète dans l'activité antérieure mais une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, soit une activité se déroulant essentiellement en position assise. Il s'agissait ainsi d'une différence d'appréciation d'une situation restée identique. Quant à la conclusion du Dr G_____ selon laquelle l'assurée présentait plusieurs critères de diagnostic d'un POTS, le Dr L_____ a indiqué qu'il s'agissait d'une hypothèse diagnostique avec des éléments suggestifs sans qu'il soit possible d'affirmer l'existence de ce syndrome jouant un rôle dans les plaintes et surtout l'incapacité de travail. Néanmoins, s'il existait effectivement un tel syndrome, il était concevable que l'assurée soit gênée dans une activité en station debout prolongée et de façon moindre dans une position assise et surtout couchée, précisant que c'était pour cette raison que les experts avaient retenu une incapacité de travail de 50% dans une activité sédentaire se déroulant essentiellement en position assise.

k. 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 1^{er} février 2019 au 30 septembre 2020, ainsi qu'une demi-rente depuis le 1^{er} octobre 2020 sur la base d'un degré d'invalidité de 50%.

l. Le 11 novembre 2021, sur demande du conseil de la recourante, l'OAI a transmis le CD-Rom contenant la copie de son dossier.

m. 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, de sorte qu'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.

n. 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 1^{er} octobre 2020. La capacité résiduelle de travail retenue par le Dr L_____ 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.

o. Par décision du 21 juin 2022, l'OAI a confirmé son projet de décision du 8 novembre 2021.

p. 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 ou la chambre de céans), concluant à son annulation, en tant qu'elle réduisait le taux de sa rente à une demi-rente dès le 1^{er} octobre 2020, et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité du 1^{er} février 2019 au 30 septembre 2020, puis à un trois quarts de rente d'invalidité depuis le 1^{er} 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.

q. 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 chambre de céans n'était pas compétente pour connaître de cette demande.

r. 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.

s. Par arrêt du 12 avril 2023 (ATAS/254/2023), la chambre de céans a rejeté le recours formé par la recourante contre la décision du 21 juin 2022. Elle a retenu que l'appréciation divergente du cas par le Dr B_____ avait une force probante relative et ne suffisait pas à remettre en cause les conclusions de l'expert L_____ sur la capacité de travail et le rendement de la recourante. Par ailleurs, les limitations fonctionnelles de cette dernière avaient été prises en compte dans l'évaluation de sa capacité de travail par les experts, de sorte qu'il n'y avait pas lieu de procéder à un abattement supplémentaire à ce titre. De même, il n'y avait pas lieu de tenir compte de l'absence de formation de la recourante, dès lors que l'intimé s'était fondé sur l'ESS pour fixer le taux d'invalidité (toutes activités confondues, pour une femme, sans qualifications spécifiques).

t. Le 17 mai 2023, la recourante a interjeté recours contre l'arrêt susvisé par-devant le Tribunal fédéral. En substance, elle a fait valoir qu'il convenait de nier toute valeur probante au rapport du Dr L_____, dès lors que, de l'aveu de ce dernier, celui-ci manquait pour le moins de fiabilité et résultait de la recherche d'un consensus plutôt que de la détermination de la capacité de travail sur la base de critères médicaux stricts. Cet expert avait par ailleurs retenu à tort que le diagnostic de POTS était soupçonné par les autres spécialistes, alors qu'il avait été posé avec certitude et après une analyse approfondie de la symptomatologie, de sorte qu'il aurait dû discuter ce point. Par ailleurs, en omettant de retenir les limitations fonctionnelles de la recourante, la chambre de céans avait procédé à une constatation manifestement inexacte des faits.

u. Par arrêt du 16 août 2023 (9C_346/2023), le Tribunal fédéral a rejeté le recours formé par l'assurée contre l'ATAS/254/2023. Selon le Dr L_____, il n'était pas possible d'affirmer que la recourante présentait un syndrome de tachycardie orthostatique posturale, compte tenu des contraintes liées à une expertise dans le domaine de l'assurance-invalidité. Les experts du CEMed n'avaient toutefois pas nié ce diagnostic. Au moment de se prononcer sur la capacité de travail, ils s'étaient fondés sur cette affection du système nerveux autonome, complétée par les plaintes et les autres atteintes à la santé de la recourante, pour retenir une capacité de travail de 50% dans une activité sédentaire se déroulant essentiellement en position assise. Les experts avaient ainsi dûment pris en considération le fait qu'elle souffrait de céphalées dues à une dysautonomie exacerbée par les changements posturaux (orthostatisme).

- D.** a. Par décision du 4 octobre 2023, l'OAI a rejeté la demande de révision procédurale et a maintenu sa décision du 30 mars 2011. En substance, il a fait valoir qu'aucun fait nouveau n'était avancé et qu'il s'agissait plutôt d'une appréciation des faits et non de leur établissement. L'assurée avait d'ailleurs indiqué que l'état de fait évalué était demeuré similaire et d'éventuels moyens de preuve nouvellement découverts étaient absents. En tout état de cause, la demande de révision procédurale du 23 novembre 2021 avait été déposée bien au-delà du délai légal de 90 jours, de sorte qu'elle devait aussi être rejetée car tardive.

b. Le 8 novembre 2023, l'assurée a formé recours auprès de la chambre de céans contre la décision précitée, concluant, sous suite de dépens, à son annulation et à ce qu'il soit dit qu'elle a droit à une demi-rente d'invalidité du 30 mars 2009 au 31 janvier 2019. En substance, elle fait valoir que le motif de révision, à savoir la pose du diagnostic de POTS, a été connu en mai 2019 et que la demande de révision a été formulée en juin 2019, soit dans le délai légal de 90 jours. Le motif de révision avait été transmis à l'intimé alors même qu'une demande de prestations était déjà pendante et qu'il était question de mettre en place une expertise bidisciplinaire. Les experts avaient d'ailleurs tenu compte de cet élément dans leur expertise laquelle avait notamment pour but de définir sa capacité de travail au fil du temps, y compris pour la période antérieure à sa seconde demande de prestations. Il était donc clair, tant pour le Dr B_____ que pour l'assurée, que les éléments nouveaux présentés à l'intimé impliquaient que le dossier soit entièrement réexaminé, notamment par les experts, depuis la demande initiale dont l'instruction n'avait été que partielle en raison du manque d'éléments médicaux nécessaires à l'appréciation du cas à l'époque. Par ailleurs, les faits qualifiés d'indiscutables dans la décision initiale étaient erronés et démentis par le dossier. Le Dr C_____ n'avait pas tenu compte des plaintes de l'assurée au motif qu'elles étaient purement subjectives et relevaient de phénomènes d'exagération. Or, le fait de rattacher ces plaintes au diagnostic de POTS permettait d'expliquer le tableau clinique et d'objectiver les plaintes, ce qui ressortait de la dernière expertise, qui parvenait à la conclusion que l'assurée présentait une incapacité de travail à 50% au moins depuis 2010 à tout le moins.

c. Dans sa réponse du 7 décembre 2023, l'intimé a conclu au rejet du recours, reprenant l'argumentation exposée dans la décision querellée.

d. Cette écriture a été transmise à la recourante le 8 décembre 2023.

EN DROIT

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

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

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

3. 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*).
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).

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.

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.

7.

7.1

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).

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).

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.

7.2

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).

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).

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).

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).

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).

8.

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.

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.

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 médial 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.

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.

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 parvenu 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.

8.3 Compte tenu du 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.

9.

9.1

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).

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.

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).

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 :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision rendue par l'intimé le 4 octobre 2023.
4. Dit que la recourante a droit à une demi-rente d'invalidité à compter du 1^{er} mars 2010.
5. Alloue à la recourante une indemnité de CHF 1'500.-, à titre de dépens, à charge de l'intimé.
6. Met un émolument de CHF 200.- à charge de l'intimé.
7. 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

Adriana MALANGA

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