

GE_GERICHTE ATAS/743/2025 vom 2. Oktober 2025

GE Cour de justice, 2025-10-02, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_743_2025

FR: GE_GERICHTE ATAS/743/2025 du 2 octobre 2025

IT: GE_GERICHTE ATAS/743/2025 del 2 ottobre 2025

Erwägungen

E. 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.

E. 1.2

Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA).

E. 2

Le recours porte sur le bien-fondé du refus de prestations de l'OAI, singulièrement sur l'aggravation durable et importante des troubles de la santé de l'assuré.

E. 3

Le recourant fait grief à l'intimé d'avoir violé son obligation de motiver sa décision en ce sens qu'elle ne contient pas d'argumentation médicale justifiant que sa situation médicale ne s'est pas aggravée depuis que la dernière décision a été rendue. Ce grief, de nature formelle, doit être examiné en premier lieu (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa ; 124 V 90 consid. 2 notamment).

E. 3.1

La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu, consacré à l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101), le devoir pour l'autorité de motiver sa décision, afin que le destinataire puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et que l'autorité de recours puisse exercer son contrôle. Pour répondre à ces exigences, il suffit que l'autorité mentionne au moins brièvement les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision ; elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les arguments invoqués par les parties. Il n'y a violation du droit d'être entendu que si l'autorité ne satisfait pas à son devoir minimum d'examiner les problèmes

A/2256/2025 - 6/13 - pertinents (ATF 129 I 232 consid. 3.2 ; 126 I 97 consid. 2b). La motivation d'une décision est suffisante lorsque l'intéressé est mis en mesure d'en apprécier la portée et de la déférer à une instance supérieure en pleine connaissance de cause (ATF 122 IV 14 consid. 2c). La jurisprudence a également déduit du droit d'être entendu, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 135 I 279 consid. 2.3 ; 135 II 286

consid. 5.1 ; 132 V 368 consid. 3.1). Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit en principe entraîner l'annulation de la décision attaquée indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa). Par exception au principe de la nature formelle de ce droit, la jurisprudence admet qu'une violation de ce dernier est considérée comme réparée lorsque l'intéressé jouit de la possibilité de s'exprimer librement devant une autorité de recours disposant du même pouvoir d'examen que l'autorité inférieure et pouvant ainsi contrôler librement l'état de fait et les considérations juridiques de la décision attaquée (ATF 133 I 201 consid. 2.2 ; 127 V 431 consid. 3d/aa ; 126 V 130 consid. 2b). La réparation d'un vice éventuel doit cependant demeurer l'exception (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa ; 126 V 130 consid. 2b) ; même en cas de violation grave du droit d'être entendu, un renvoi de la cause pour des motifs d'ordre formel à l'instance précédente peut être exclu, par économie de procédure, lorsque cela retarderait inutilement un jugement définitif sur le litige, ce qui n'est dans l'intérêt ni de l'intimé, ni de l'administré dont le droit d'être entendu a été lésé (ATF 132 V 387 consid. 5.1). Enfin, la possibilité de recourir doit être propre à effacer les conséquences de la violation. Autrement dit, la partie lésée doit avoir eu le loisir de faire valoir ses arguments en cours de procédure contentieuse aussi efficacement qu'elle aurait dû pouvoir le faire avant le prononcé de la décision litigieuse (ATA/304/2013 du 14 mai 2013 consid. 4. c).

E. 3.2

En l'espèce, la chambre de céans constate que la motivation de la décision litigieuse est en effet succincte et n'écarte pas de manière motivée l'appréciation du certificat médical du Dr B_____, daté du 17 avril 2025, transmis dans le cadre de la procédure d'audition. Néanmoins, il sied de rappeler que c'est la septième fois que l'assuré invoque les mêmes troubles médicaux devant l'OAI et qu'il semble avoir compris les raisons du refus des prestations dès lors qu'il se plaint, dans son mémoire de recours, du fait que l'intimé a constaté, notamment après avoir mandaté des experts, que la situation médicale de l'assuré « ne s'était pas sérieusement dégradée depuis 2016 ».

A/2256/2025 - 7/13 - En tout état de cause, et conformément à la jurisprudence fédérale, une éventuelle violation du droit d'être entendu a pu être réparée dans le cadre de la présente procédure, dès lors que la chambre de céans dispose d'un plein pouvoir d'examen.

E. 4.1

Le 1er 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 1er janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (cf. art. 82a LPGA a contrario).

E. 4.2

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 ou mentale 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 1er janvier

2008).

E. 4.3

Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande, après avoir nié le droit à une prestation (cf. art. 87 al. 3 du règlement sur l'assurance- invalidité du 17 janvier 1961 [RAI – RS 831.201]), l'examen matériel doit être effectué de manière analogue à celui d'un cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (ATF 133 V 108 consid. 5 et les références ; 130 V 343 consid. 3.5.2 et les références ; 130 V 71 consid. 3.2 et les références ; cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_899/2015 du 4 mars 2016 consid. 4.1 et les références).

E. 5

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).

E. 5.1

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.

A/2256/2025 - 8/13 - 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). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

E. 5.2

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 ; 125 V 351 consid. 3b/bb).

E. 5.3

Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

E. 5.4

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 ; 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,

A/2256/2025 - 9/13 - par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

E. 5.5

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 n. 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).

E. 6

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 ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; cf. 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

E. 7.1

En l'espèce, le recourant allègue une aggravation de sa santé, depuis la dernière décision rendue par l'OAI à l'issue d'une instruction complète le 31 octobre 2016, en se fondant sur les certificats médicaux de son médecin traitant, le Dr B_____. De son côté, l'intimé se fonde sur les résultats de l'expertise pluridisciplinaire de 2024 ainsi que sur le rapport de consultation auprès du service d'angiologie du CHUV pour nier l'aggravation importante et durable de l'état de santé de l'assuré.

E. 7.2

Il sied, tout d'abord, d'examiner la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire mandatée par l'OAI. Force est tout d'abord de constater que, sur le plan formel, les quatre rapports répondent aux requisits jurisprudentiels en matière de valeur probante. Ils contiennent, en effet, le résumé du dossier, une anamnèse, les indications

A/2256/2025 - 10/13 - subjectives du recourant, notamment ses plaintes, des observations cliniques, ainsi qu'une discussion générale du cas. Les conclusions des médecins, qui résultent d'une analyse complète de la situation médicale, sont claires et bien motivées. Le Dr G_____, pour le volet médecine interne, note une collaboration inconstante de l'assuré ainsi qu'un comportement démonstratif et majorant. Il relève un traitement du diabète de type 2, et une tension artérielle bien corrigée par une monothérapie de Cosaar. L'expert mentionne qu'une réduction pondérale pourrait être bénéfique et que les affections de médecine interne ne limitent pas significativement les ressources de l'assuré qui est autonome pour les activités de la vie quotidienne. Partant, le médecin n'observe pas d'aggravation significative de l'état de santé depuis l'expertise effectuée en 2008 (rapport du Dr G_____, p. 22). En ce qui concerne le volet rhumatologique, le Dr I_____ cite une conversation avec l'assuré lors de laquelle ce dernier explique que, depuis qu'il a divorcé et qu'il n'a plus les mêmes responsabilités à l'égard de sa famille, il s'organise mieux pour le traitement de son diabète et son régime alimentaire, il se prend mieux en charge et pense que cela a permis d'atténuer un peu les douleurs. Les comportements « un peu » démonstratifs et majorants sont également relevés lors de l'examen physique. À l'issue de l'examen clinique, le rhumatologue considère que la capacité de travail est théoriquement préservée, en qualité de gestionnaire de restaurant ou d'homme d'affaires, étant précisé que l'expertisé - qui a géré plusieurs restaurants par le passé - dit se sentir incapable de réintégrer le monde du travail. Le médecin conclut qu'il n'y avait pas d'aggravation significative des troubles dégénératifs du rachis depuis la dernière évaluation et que certains troubles dégénératifs à l'épaule droite sont constatés, mais sont compatibles avec une activité d'homme d'affaires ou de commerçant (rapport du Dr I_____, p. 21). La Dre F_____, neurologue, relève que l'assuré se plaint de difficultés pour marcher ce qui, selon lui, l'empêche de travailler dans un quelconque domaine. Elle note que l'expertisé se montre évasif quant au déroulement détaillé d'une journée-type et ne peut préciser comment il emploie ses journées, l'agenda de ses rendez-vous, ni à quelle fréquence il sort de chez lui et voit du monde. Une importante démonstrativité est observée durant l'anamnèse, l'assuré

grimaçant, soupirant, se levant à plusieurs reprises et présentant des troubles de la marche « très variables » ; le comportement de l'assuré est considéré comme démonstratif, un peu majorant lors de l'examen physique et « plus ou moins » collaborant. La neurologue retient comme diagnostic une polyneuropathie sensitive axonale des membres inférieurs, longueur dépendante, d'origine diabétique probable, depuis 2004 et conclut à une capacité de travail pleine et entière, de tout temps, sans perte de rendement, dans l'activité exercée en dernier lieu, d'homme d'affaires ou de commerçant.

A/2256/2025 - 11/13 - Sur le plan psychiatrique, le Dr H_____ relève que l'assuré a mentionné avoir bénéficié d'un suivi psychiatrique, de 2007 à 2013, auprès du docteur J_____, sans rapport médical versé au dossier. Le psychiatre constate un comportement démonstratif, relevant une certaine incohérence dans la mobilisation durant le parcours de la salle d'attente à la salle d'examen et retour et relève que l'expertisé n'a aucune atteinte psychiatrique actuellement. Il diagnostique une ancienne dysthymie (F34.1) ainsi qu'une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0) tout en relevant que ces diagnostics n'impactent pas la capacité de travail car les activités quotidiennes et les ressources de l'expertisé sont efficaces sur le plan psychiatrique. Partant, la capacité de travail est estimée à 100%, de tout temps.

E. 7.3

Lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète, il faut, pour la contester, faire état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions. En d'autres termes, il faut faire état d'éléments objectifs précis qui justifieraient, d'un point de vue médical, d'envisager la situation selon une perspective différente ou, à tout le moins, la mise en œuvre d'un complément d'instruction (voir notamment l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 6.2.3). Les certificats médicaux sont peu détaillés. Le dernier en date, établi le 18 août 2025, certifie une aggravation sur le plan clinique tout en étant incapable de décrire les éléments médicaux pouvant justifier une telle aggravation. Il se contente d'indiquer que l'artériopathie, qui était au stade 2, s'est aggravée en passant à un « stade 2 fort » et que le périmètre de marche s'est réduit à moins de 100 m. Selon la classification mentionnée par l'OAI dans sa duplique du 17 septembre 2025, la littérature médicale se réfère à la classification de Leriche et Fontaine pour estimer le stade d'une artériopathie, oblitérante. À teneur de la description figurant sur le site Internet du CHUV (<https://www.chuv.ch/fr/angiologie/ang-home/patients-et-famille/maladies-et-affections/maladies-des-arteres/arteriopathie-obliterate>), au stade 1, elle est totalement imperceptible par le patient, au stade 2, elle s'accompagne de douleurs lors de la marche, souvent sous forme de crampes obligeant le patient à s'arrêter pendant quelques minutes, au stade 3, elle se manifeste par des douleurs même au repos et au stade 4, elle se manifeste par l'apparition de lésions de la peau, sous forme d'ulcérations ou de nécroses. Dès lors que l'assuré ne se plaint de douleurs que pendant la marche, la classification au stade 2 se justifie. En l'absence de détails fournis par le médecin traitant, on peut supposer que son appréciation d'aggravation au « stade 2 fort » provient du fait que selon les déclarations de l'assuré, son périmètre de marche se serait réduit, passant de 300 à 100 m.

A/2256/2025 - 12/13 - Néanmoins, on peine à comprendre en quoi cette réduction pourrait avoir un effet important sur sa capacité de travail dans une activité adaptée de commerçant, dans une situation où il peut alterner la position assise ou debout, sans avoir besoin de faire

de gros efforts de marche. À cet égard, il convient de rappeler que les quatre experts ont relevé la démonstrativité, voire la majoration de l'assuré, lorsqu'il doit marcher en présence du médecin. On peut encore mentionner les contradictions dans les appréciations du Dr B _____ qui, dans son certificat médical du 17 avril 2025, mentionne une « artériopathie diabétique sévère type III » puis mentionne, dans son certificat postérieur du 18 août 2025, que l'arthropathie serait passée du stade 2 au « stade 2 fort », donc à un niveau inférieur à celui précédemment mentionné. Par ailleurs, dans son rapport médical du 18 décembre 2019, le Dr B _____ avait déjà mentionné une aggravation de l'« artérite des membres inférieurs » au motif que le périmètre de marche était passé de 300 à 100 m. Enfin, contrairement aux affirmations du médecin traitant, qui s'est apparemment fondé sur les déclarations de l'assuré, le certificat du service d'angiologie du 16 août 2024 relève une absence d'artériopathie des membres inférieurs tout en constatant l'existence d'un diabète de type 2. Étant encore rappelé que ni le médecin traitant, ni le recourant ne critiquent le bien-fondé des constatations ou des appréciations médicales figurant dans le rapport d'expertise pluridisciplinaire, ou le rapport médical du service d'angiologie, alors même que l'ultime certificat médical rédigé par le Dr B _____ et transmis par le recourant le 25 août 2025 est postérieur à la réception de la réponse de l'OAI ainsi que du dossier complet constitué par ce dernier. Il résulte de ce qui précède que le recourant n'est pas parvenu à rendre vraisemblable au degré prépondérant une aggravation de son état de santé depuis la décision de l'OAI du 31 octobre 2016.

E. 8

Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté et le recourant sera condamné au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1bis LAI).

A/2256/2025 - 13/13 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES
SOCIALES : Statuant À la forme :

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