

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2256/2025

ATAS/743/2025

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 2 octobre 2025**

**Chambre 5**

En la cause

A\_\_\_\_\_

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Philippe KNUPFER, président ; Andres PEREZ et Pierre-Bernard  
PETITAT, juges assesseurs.**

---

**EN FAIT**

- A.** **a.** A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), commerçant indépendant, né en \_\_\_\_\_ 1969, a déposé, depuis l'année 2004, plusieurs demandes de prestations invalidité auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) qui a reconnu un taux d'invalidité de 10% et n'a pas accordé de prestations.
- b.** Sa demande de prestations du 29 octobre 2015 exposant, notamment, des problèmes de diabète, de tension élevée et des douleurs lombaires, a fait l'objet d'une instruction médicale, suivie d'une décision de refus de rente d'invalidité, datée du 31 octobre 2016, contre laquelle l'assuré n'a pas recouru.
- c.** Une nouvelle demande de prestations invalidité du 23 octobre 2018, exposant des troubles de la santé au dos et à la jambe a fait l'objet – faute de nouveaux éléments médicaux - d'une décision de refus d'entrée en matière du 25 janvier 2019, contre laquelle l'assuré n'a pas recouru.
- d.** L'assuré a déposé une demande de prestations invalidité le 25 novembre 2019 en invoquant, selon certificat médical du docteur B\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale, daté du 1<sup>er</sup> novembre 2019, un élément médical nouveau, sous la forme d'une aggravation de son artérite des deux membres inférieurs qui était passée à un stade « 2 fort » et, selon certificat médical du docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste en orthopédie, du 12 novembre 2019, une spondylarthrite ankylosante, ainsi que plusieurs hernies discales lombaires et une sacralisation de L5 avec une arthrose interne apophysaire postérieure sur tous les niveaux du rachis lombaire.
- e.** Dans un avis médical du service médical régional (ci-après : SMR) de l'OAI, daté du 14 avril 2020, le docteur D\_\_\_\_\_ a rappelé les troubles de la santé de l'assuré, connus depuis 2004 et a préavisé qu'une aggravation notable et durable de l'état de santé de l'assuré n'avait pas été rendue plausible. L'OAI a ainsi rendu une décision de refus d'entrée en matière datée du 15 mai 2020.
- f.** L'assuré a recouru contre la décision de refus d'entrée en matière auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans) en date du 12 juin 2020. Dans le cadre de son préavis, l'OAI a relevé qu'à la suite des arguments que l'assuré avait fait valoir dans son recours, notamment une aggravation de son diabète, passé du type 2 au type 3 et en raison de ses douleurs dans les jambes et les pieds, le dossier avait fait l'objet d'un nouvel examen et l'OAI avait décidé de reprendre l'instruction de la demande de prestations, raison pour laquelle il avait rendu une décision d'entrée en matière du 9 juillet 2020 annulant et remplaçant la décision de non-entrée en matière du 15 mai 2020. Suite à la nouvelle décision de l'OAI, la chambre de céans a constaté que l'assuré avait donné son accord au renvoi de la cause à l'OAI ; le recours étant devenu sans objet, la cause a été rayée du rôle, par arrêt du 16 juillet 2020 (ATAS/594/2020).

- B.**
- a.** L'OAI a repris l'instruction de la cause et a notamment demandé une consultation d'angiologie qui a fait l'objet d'un rapport médical du 16 août 2024, rédigé par le docteur E\_\_\_\_\_, médecin associé auprès du département d'angiologie du Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : CHUV). Le médecin a relevé qu'à la suite de la demande de bilan d'artériopathie, le diagnostic principal était une absence de maladie artérielle périphérique, tout en relevant des facteurs de risque cardiovasculaire, à savoir le tabagisme, l'obésité, l'hypertension artérielle et un diabète de type 2. La conclusion du service d'angiologie était qu'aucun élément vasculaire n'engendrait une quelconque diminution de la capacité de travail de l'assuré.
- b.** L'OAI a mandaté le Centre d'expertises médicales de Nyon (CEMed) pour effectuer une expertise médicale pluridisciplinaire, soit la docteure F\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie et les docteurs G\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, H\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et I\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie. Les médecins ont rendu un rapport d'expertise daté du 24 décembre 2024. Dans le cadre de l'évaluation consensuelle, les experts ont considéré que la seule limitation fonctionnelle retenue était en lien avec le diagnostic de polyneuropathie, soit éviter la marche sur terrain accidenté. La capacité de travail avait toujours été entière et l'assuré pouvait exercer son activité habituelle de commerçant, à raison de 8h30 par jour, sans perte de rendement.
- c.** Par avis médical du 15 janvier 2025, le SMR a considéré que le rapport d'expertise était précis et convaincant d'un point de vue médico-asséculo-logique ; ses conclusions devaient être suivies, soit une capacité de travail dans une activité adaptée, notamment de commerçant, de 100%, dès le 9 septembre 2004. Les limitations fonctionnelles retenues par l'OAI étaient les suivantes : activité légère, sédentaire, principalement position assise, permettant l'alternance de positions et d'angles de l'assuré, sans usage fréquent d'échelle, d'escabeau ou d'escalier, avec une manipulation de charges limitées à 10 kg, sans position du rachis en porte-à-faux, activité en milieu tempéré, à répartir harmonieusement sur cinq jours ouvrables. À teneur du rapport d'expertise, le SMR considérait que la capacité de travail était inchangée depuis la dernière décision rendue par l'OAI.
- C.**
- a.** Par projet de décision du 8 avril 2025, l'OAI a proposé le refus de toute prestation invalidité en considérant que le degré d'invalidité était toujours de 10% et que la situation de l'assuré, sur le plan de l'invalidité, était identique depuis la décision négative du 31 octobre 2016, à savoir une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.
- b.** Dans le cadre de la procédure d'audition, l'assuré a transmis à l'OAI un certificat médical du Dr B\_\_\_\_\_, daté du 17 avril 2025 ; le texte dudit certificat précisait qu'il avait été établi à la demande de l'intéressé. Il certifiait que l'état de santé de l'assuré nécessitait « une évaluation de son invalidité, minimum 50%, car son état s'est nettement aggravé par des troubles de la marche importants, avec

une artériopathie diabétique sévère, type III et des troubles trophiques des deux membres inférieurs ».

c. Par décision du 28 mai 2025, l'OAI a confirmé son refus de rente d'invalidité et de mesures professionnelles.

**D.** a. L'assuré a interjeté recours contre la décision du 28 mai 2025 par acte déposé auprès de l'OAI en date du 24 juin 2025 et transmis, pour raison de compétence, à la chambre de céans le 26 juin 2025. Il a conclu à ce que sa demande soit réévaluée à la lumière de tous les éléments actuels et du principe de proportionnalité. En substance, il a reproché à l'OAI d'avoir rendu une décision insuffisamment motivée, sans indiquer de référence précise des documents médicaux récents et sans tenir compte de l'appréciation de son médecin traitant. Selon lui, sa situation médicale et l'évaluation du degré d'invalidité retenu par l'OAI ne reflétaient pas fidèlement sa perte de capacité de travail et ses limitations fonctionnelles.

b. Par réponse du 24 juillet 2025, l'OAI a réfuté le grief selon lequel la décision n'était pas motivée en rappelant qu'en raison des nombreux documents médicaux, les décisions de l'OAI ne pouvaient pas comporter tous les éléments constitutifs et que le recourant avait été soumis à une expertise médicale dont les conclusions avaient en partie fondé la décision litigieuse. Dès lors, l'assuré pouvait solliciter l'administration afin d'obtenir la copie des pièces du dossier et d'en prendre connaissance, ce que le recourant n'avait pas fait. Il était rappelé qu'il avait toutefois le loisir de prendre connaissance de l'ensemble de la documentation dans le cadre du recours. L'OAI rappelait que l'assuré avait déposé plusieurs demandes de prestations, la dernière s'étant soldée par un refus d'entrée en matière en janvier 2019, suivi d'une nouvelle demande de prestations, qui avait été déposée en novembre 2019. Le médecin traitant de l'assuré avait certifié que l'état de santé de ce dernier s'était aggravé sans toutefois produire d'éléments médicaux objectivables, raison pour laquelle une expertise pluridisciplinaire avait été décidée. Les experts avaient relevé que les nouvelles atteintes avancées par les médecins traitants ne se retrouvaient pas lors des examens cliniques et radiologiques réalisés et que sur le plan clinique, la situation demeurait comparable aux examens réalisés en 2008, de telle sorte que l'activité de l'assuré ainsi que toute activité adaptée demeurait possible et ce depuis toujours. Pour cette raison, l'OAI concluait au rejet du recours.

c. Dans le cadre de sa réplique, le recourant a transmis, en date du 25 août 2025, un certificat médical du Dr B\_\_\_\_\_, daté du 18 août 2025, dans lequel ce dernier précisait que c'était à la demande de l'assuré qu'il rédigeait ce certificat et répétait que son patient était atteint d'une artériopathie diabétique bilatérale touchant les deux membres inférieurs qui était auparavant au stade 2 et qui était passée à un stade « 2 fort », avec une réduction de son périmètre de marche à moins de 100 m.

**d.** Dans sa duplique du 17 septembre 2025, l'intimé a relevé qu'en dépit des indications du Dr B\_\_\_\_\_, il estimait que l'appréciation selon laquelle l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs de « stade 2 fort » constituait une aggravation des troubles de la santé de l'assuré n'était documentée par aucun élément clinique.

**e.** Sur ce, la cause a été gardée à juger, ce dont les parties ont été informées.

**f.** Les autres faits et documents seront mentionnés, en tant que de besoin, dans la partie « En droit » du présent arrêt.

## **EN DROIT**

### **1.**

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

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

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

- 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.
- 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).

**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

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).

**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 ».

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.

**4.**

**4.1** Le 1<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (*cf.* art. 82a LPGA *a contrario*).

**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 1<sup>er</sup> janvier 2008).

**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).

**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).

**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.

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.

**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).

**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).

**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,

---

par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

**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).

- 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).

**7.**

**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.

**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 réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante. Ils contiennent, en effet, le résumé du dossier, une anamnèse, les indications

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.

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.

**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.

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.

- 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. 1<sup>bis</sup> LAI).

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

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

La greffière

Le président

Véronique SERAIN

Philippe KNUPFER

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