

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3158/2024

ATAS/731/2025

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 29 septembre 2025**

**Chambre 6**

En la cause

A \_\_\_\_\_

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Valérie MONTANI, présidente ; Christine WEBER-FUX et Yda ARCE,  
juges assesseures.**

---

**EN FAIT**

- A.**    **a.** A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1964, est titulaire d'un *bachelor* en informatique délivré en 1995 par l'EPFL et d'un certificat en management de projets de la HEC de Genève obtenu en 2005.
- b.** L'assuré a travaillé en dernier lieu en tant qu'ERP (*enterprise resource planning*) *senior manager* jusqu'à son licenciement en mars 2015, à la suite d'une restructuration de la société qui l'employait.
- B.**    **a.** Le 1<sup>er</sup> février 2019, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé), mentionnant une incapacité de travail complète depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2017 – hormis en octobre 2017, mois durant lequel sa capacité de travail était de 50%. Il a invoqué une instabilité de son diabète entraînant la diminution de son endurance, ainsi que des difficultés d'attention, de concentration et de mémoire.
- b.** Dans un rapport du 4 avril 2019, la docteure B\_\_\_\_\_, spécialiste en endocrinologie-diabétologie et médecine interne, a fait état d'une incapacité de travail dès le 14 avril 2015. L'assuré était connu pour un diabète de type 1 depuis l'âge de 17 ans, aux valeurs stables durant de nombreuses années. Cependant, plusieurs épisodes d'hypo- et d'hyperglycémie s'étaient nettement intensifiés depuis 2015, à la suite de son divorce et de son licenciement. Les valeurs glycémiques étaient de plus en plus difficiles à contrôler. Ceci avait conduit à un état dépressif sévère. Les complications en lien avec son diabète étaient une rétinopathie proliférative ainsi qu'une cataracte bilatérale opérée. Il persistait une baisse importante de l'acuité visuelle. Des troubles mnésiques et des malaises s'y étaient ajoutés. Compte tenu de la longue évolution du diabète, des complications chroniques et de la baisse de l'acuité visuelle, l'assuré n'était pas en mesure de reprendre à plein temps son activité d'informaticien. L'état dépressif chronique était aussi un obstacle réel à une reprise d'activité. Après la stabilisation de cet état dépressif, il pourrait potentiellement reprendre une activité professionnelle à temps partiel, par exemple quatre heures par jour. Cette activité devrait être adaptée à l'acuité visuelle et aux douleurs des membres supérieurs.
- c.** Dans un rapport du 12 avril 2019, la docteure C\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie, a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique (F 33.11) et d'anxiété généralisée. Depuis le début de l'année 2015, l'assuré observait des variations de l'humeur, avec des périodes de ralentissement, une perte d'énergie, un manque de plaisir dans ses loisirs et une baisse de participation dans la vie. Malgré sa compliance, l'évolution était instable, avec plusieurs rechutes dépressives en 2017 et 2018, chaque fois en lien avec des problèmes de santé et sa situation familiale. L'assuré se sentait perdu, sans beaucoup d'espoir d'améliorer sa vie, souvent démotivé et sans repères. Il s'estimait dans une impasse totale et en échec professionnel. La

psychiatre observait que l'assuré était soucieux en raison de sa santé, souvent triste, exprimant des anticipations anxieuses. Il était hypersensible émotionnellement et dépassé par ses souffrances. Il était aboulique, avec des fluctuations d'énergie et d'élan vital, probablement liées aussi aux troubles du sommeil et aux ruminations observées dernièrement. L'humeur était triste, l'assuré étant facilement en proie à des pensées noires et parfois culpabilisantes sur ses capacités à assumer dans sa vie. Sur le plan cognitif, il se plaignait d'une baisse de l'attention et de se sentir dispersé et rapidement épuisé dans ses activités quotidiennes, nécessitant de longs moments de repos après les périodes d'hypoglycémie. La concentration était satisfaisante pendant les entretiens, mais l'endurance était souvent limitée et l'assuré se plaignait d'être fatigué même après 50 minutes d'un entretien peu stressant, et d'avoir des vertiges et d'autres somatisations douloureuses. Le sommeil était irrégulier, les journées souvent déstructurées et les soirées solitaires. L'assuré manquait de ressources matérielles et ses activités sociales étaient de plus en plus restreintes. Pour tenir son ménage, il devait procéder par étapes et se faisait aider par une aide à domicile. Ses seuls moments de détente consistaient à marcher seul dans le parc, écouter de la musique, et faire de la peinture et du dessin. Il avait une mauvaise image de ses capacités et craignait de ne pouvoir reprendre une activité professionnelle dans son domaine. Ses contacts étaient limités à ses amis proches, plus rarement avec sa famille d'Algérie. Il n'avait plus de plaisir à rencontrer ses connaissances, restant cloîtré chez lui. Le trouble de l'anxiété généralisée avait peu d'impact sur la capacité de travail, mais l'épisode dépressif moyen avait des répercussions. Au plan psychiatrique, la capacité de travail de l'assuré était de 30 à 40% au plus depuis 2018 dans toute activité. Les limitations relevaient d'une diminution des fonctions cognitives, surtout de l'attention, de la concentration et de l'organisation. La baisse de rendement et la fatigue étaient observées depuis le début du suivi.

**d.** Dans un rapport du 4 octobre 2019, la Dre C\_\_\_\_\_ a mentionné une aggravation depuis cinq à six semaines. Depuis deux à trois mois (*sic*), on assistait à une lente et préoccupante dégradation de l'état de santé de l'assuré, avec des hypoglycémies nocturnes, des malaises dans la rue après des efforts physiques, et des troubles du rythme cardiaque. Il était difficile d'évaluer les symptômes dépressifs, car les plaintes étaient centrées sur les limitations et les symptômes somatiques. La psychiatre concluait à une incapacité de travail totale. Le pronostic à court terme était peu encourageant.

**e.** Dans un rapport du 5 novembre 2019, le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste en ophtalmologie, a exclu tout diagnostic ophtalmologique avec une incidence sur la capacité de travail. Il a indiqué à l'OAI le 17 décembre 2019 que l'assuré avait été opéré d'une cataracte secondaire le 25 novembre 2019, et qu'il n'y avait pas de rétinopathie diabétique visualisée au fond de l'œil dilaté. Le 6 avril 2020, ce médecin a encore précisé à l'OAI que l'assuré ne présentait pas de complications

ophtalmologiques consécutives au diabète. Il avait été opéré de la cataracte aux deux yeux en 2017.

**f.** Dans un rapport du 29 novembre 2019, la Dre B\_\_\_\_\_ a mentionné une aggravation de l'état de santé de l'assuré, avec une baisse de la vision de l'œil gauche depuis six mois. La capacité de travail était nulle dans l'activité d'informaticien.

**g.** L'OAI a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire, qu'il a confiée au centre CEMEDEX, soit pour lui les docteurs E\_\_\_\_\_, F\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_, respectivement spécialistes en rhumatologie, endocrinologie et psychiatrie, et à H\_\_\_\_\_, neuropsychologue, après avoir communiqué à l'assuré la mission d'expertise et les noms des experts presentis par courriers des 10 et 21 août 2020.

Ceux-ci ont rendu leur rapport le 9 décembre 2020, I\_\_\_\_\_ remplaçant H\_\_\_\_\_ pour le volet neuropsychologique. Dans leur évaluation consensuelle, ils ont retenu les diagnostics suivants avec ou sans incidence sur la capacité de travail : diabète de type 1 depuis 1981 avec développement d'anticorps anti-insulines animales et amélioration de l'équilibre du diabète depuis l'utilisation d'insulines humaines (E 10.6), complications du diabète : rétinopathie ayant nécessité au moins une fois un traitement laser (H 36.0), polyneuropathie modérée (G 63.2), probable neuropathie autonome (G 99.0), trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique (F 33.11), capsulite rétractile de l'épaule gauche (M 75.0), syndrome fémoro-patellaire du genou gauche (M 22.2), status après intervention chirurgicale pour ténosynovite du tendon fléchisseur du 2<sup>e</sup> doigt de la main gauche, et douleurs lombaires intermittentes, l'examen clinique étant parfaitement normal lors de l'expertise.

Sur le plan de l'endocrinologie, le diabète de type 1 empêchait une activité nécessitant des efforts physiques importants ou irréguliers, ainsi que des changements brusques de position, en raison de la neuropathie autonome. Ces limitations étaient compatibles avec l'activité d'informaticien. Du point de vue rhumatologique, les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : pas de position à genoux ou accroupie, pas d'utilisation répétée des escaliers, pas de travail en hauteur (escabeau, échelle, échafaudage, tabouret), pas d'effort du bras gauche, pas de mouvement de l'épaule gauche en-dessus de la ligne des épaules, pas de rotation externe du bras, coude au corps, au-delà de 20°. Le poste de travail devait être équipé d'un repose-pied avec un siège permettant un soutien lombaire. Ces limitations étaient elles aussi compatibles avec l'activité d'informaticien. Sur le plan psychiatrique, le travail devrait être répétitif, peu sollicitant d'un point de vue intellectuel, sans nécessité de contact avec les autres.

La capacité de travail était surtout limitée pour des raisons psychiatriques. Elle était passée de 100% à 70% en avril 2015 dans l'activité d'informaticien, en raison d'une baisse de rendement de 30% sur un plein temps. Du point de vue psychique, une activité adaptée, c'est-à-dire répétitive et sollicitant peu l'assuré

intellectuellement, permettrait une légère amélioration du rendement par rapport à l'activité d'informaticien, avec une capacité de travail de 80% (soit 100% avec une baisse de rendement de 20%). La capacité de travail sur le plan endocrinien était de 90% depuis l'arrivée en Suisse jusqu'en décembre 2019, date à laquelle elle avait diminué à 80% en raison d'une baisse de rendement de 20% sur un temps plein. Ces baisses de rendement ne s'additionnaient pas. La capacité de travail était complète aux plans neuropsychologique et rhumatologique.

**h.** Dans un avis du 21 décembre 2020, le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) s'est rallié aux conclusions des experts et a repris les limitations fonctionnelles définies par ceux-ci. Il a retenu un début de la réadaptation en avril 2015.

**i.** Le 7 janvier 2021, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision niant le droit à une rente ou à des mesures d'ordre professionnel, l'assuré présentant une capacité de travail de 70% dans son activité habituelle dès avril 2015.

**j.** La Dre B\_\_\_\_\_ s'est adressée à l'OAI le 3 mars 2021. Elle a indiqué que la capacité de travail retenue de 70% ne lui paraissait pas correcte. L'assuré présentait une aggravation tout à fait claire de son état général en lien avec des hypoglycémies à répétition, et le temps de récupération après une telle crise était nettement prolongé, avec un malaise pouvant durer plusieurs heures. Ces épisodes étaient inévitables. La position assise était difficile, compte tenu des lombalgies. L'assuré avait en outre des problèmes de concentration en lien avec un sommeil de mauvaise qualité et un état dépressif. Elle estimait la capacité de travail à 50%.

**k.** Le 4 mars 2021, l'assuré a contesté le projet de décision de l'OAI, décrivant ses troubles.

**l.** Dans un avis du 15 mars 2021, le SMR a maintenu ses conclusions, le rapport de la Dre B\_\_\_\_\_ n'amenant aucun élément ignoré par les experts.

**m.** Par décision du 16 mars 2021, l'OAI a confirmé les termes de son projet.

Cette décision est entrée en force, faute de recours.

**C. a.** L'assuré a suivi un stage ARVA (mesure visant à réaliser un bilan des capacités et aptitudes sociales par l'observation), mis en œuvre par l'Hospice général du 28 juin au 17 septembre 2021, puis un stage prévu à mi-temps durant six mois aux Établissements publics pour l'intégration (EPI), auquel l'assuré a toutefois mis un terme le 1<sup>er</sup> décembre 2022, car il ne se sentait pas en mesure de le poursuivre. Selon les EPI, ce second stage confirmait les précédentes observations durant la mesure ARVA, à savoir un éloignement du marché de l'emploi pour des raisons essentiellement physiques et des limites rendant la capacité de travail résiduelle inexploitable, avec un rendement diminué sur un taux de présence moyen de 30%.

**b.** Le 12 avril 2023, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, invoquant une instabilité persistante du diabète les trois dernières

années, lui ayant imposé dernièrement le changement de pompe à insuline, et les limites dans sa concentration, sa mémoire de travail et son endurance constatées lors des stages suivis.

**c.** Un bilan neuropsychologique a été réalisé à l'unité de neuropsychologie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) le 27 avril 2023. Il a révélé un déficit cognitif léger, conduisant au diagnostic de trouble cognitif neurocognitif mineur amnésique domaine multiple (exécutif) (*sic*). La capacité fonctionnelle n'était pas restreinte au quotidien, mais elle était limitée dans les tâches à niveau d'exigences élevé. Les performances cognitives pouvaient être affectées par la symptomatologie anxio-dépressive.

**d.** Dans un rapport du 28 avril 2023, la Dre C\_\_\_\_\_ a rappelé l'anamnèse de l'assuré. Elle a précisé avoir constaté entre 2018 et 2019 de multiples complications métaboliques ou digestives et des fluctuations de la fonction cardiaque et circulatoire, nécessitant des traitements permanents, des soins pluridisciplinaires et des traitements médicamenteux sans cesse en adaptation. En 2020 et 2021, l'impact du COVID-19 avait encore renforcé le repli de l'assuré, qui se consacrait uniquement à ses soins.

**e.** La Dre C\_\_\_\_\_ a établi un nouveau rapport le 28 janvier 2024. Elle a indiqué que l'assuré était depuis plusieurs mois très marqué par l'aggravation de l'état de santé de son fils cadet, liée au début d'un diabète insulino-dépendant. Depuis son dernier rapport, l'assuré se plaignait de son mauvais fonctionnement général, de la baisse de ses capacités cognitives et de son endurance dans ses activités ordinaires, manquements bien observables durant les stages. Il signalait fréquemment de mauvais jours, lors desquels il restait alité avec des vertiges, des troubles digestifs, parfois des douleurs musculaires et d'autres somatisations. Le bilan pour une maladie d'Alzheimer avait été négatif.

**f.** Dans un rapport du 25 avril 2024, la Dre B\_\_\_\_\_ a attesté une incapacité de travail totale. L'assuré était connu pour un diabète de type 1 compliqué d'une rétinopathie diabétique et d'une polyneuropathie périphérique avec des paresthésies et hypoesthésies aux deux pieds. Il était également connu pour un état anxio-dépressif. Il avait des douleurs aux deux épaules ayant nécessité des infiltrations à répétition, celles-ci étant toutefois en amélioration et sans incidence sur sa capacité de travail. L'assuré présentait des valeurs tensionnelles fluctuantes avec une hypotension orthostatique, en lien avec une dysautonomie sur polyneuropathie autonome. Les diagnostics avec incidence sur la capacité de travail étaient des difficultés de concentration, un manque d'endurance et un état dépressif en lien avec son diabète. Depuis le début du suivi par ce médecin en 2015, des complications chroniques étaient apparues au fil des années. Elle doutait que l'assuré puisse travailler, même à temps partiel.

**g.** Dans un avis du 30 mai 2024, le SMR a considéré qu'il n'y avait pas de nouvelles atteintes à la santé et que l'état de santé de l'assuré était resté stationnaire depuis le 21 décembre 2020.

**h.** Le 31 mai 2024, l'OAI adressé à l'assuré un projet de décision lui refusant une rente d'invalidité et des mesures professionnelles. Son état de santé étant stationnaire depuis la dernière décision, le degré d'invalidité restait de 30 %.

**i.** Par décision du 3 septembre 2024, l'OAI a confirmé les termes de son projet.

**D. a.** Le 25 septembre 2024, l'assuré a interjeté recours contre la décision de l'OAI auprès de la chambre de céans. Il a rappelé son parcours, en exposant les évènements survenus depuis 2013, notamment sa séparation, puis son licenciement en 2015. La décision de l'intimé ne tenait pas compte de son diabète, dont il a détaillé les complications. Le recourant a également mentionné des douleurs à l'épaule droite, au bas du dos et au genou gauche, une chute survenue en 2020, et des vertiges lorsqu'il se mettait debout. Il a également fait état de sa dépression. Il a évoqué ses problèmes familiaux et financiers, ainsi que l'état du marché de l'emploi dans son domaine. Il a contesté l'expertise réalisée par le CEMEDEX, dont l'appréciation divergeait de celle de ses médecins traitants, et qui avait été établie après une seule consultation. Il a en particulier contredit les conclusions de la neuropsychologue et a rappelé le contenu des rapports des stages. Il a reproché à l'intimé de ne pas lui avoir proposé de mesure de réadaptation qui lui permettraient de réintégrer le marché du travail. Au vu de son âge, il lui était impossible de retrouver un emploi.

**b.** Dans sa réponse du 13 novembre 2024, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a en substance fait valoir que l'expertise du CEMEDEX était probante, et que le recourant ne faisait valoir aucun élément qui n'aurait pas été pris en compte dans le cadre de cette expertise.

**c.** Dans sa réplique du 10 février 2025, le recourant a déclaré persister dans ses conclusions, soit l'octroi d'une rente d'invalidité entière et subsidiairement le renvoi à l'intimé, qui n'avait procédé à aucune instruction de son état de santé depuis sa dernière décision. Il a produit un rapport du 24 janvier 2025 de la Dre C\_\_\_\_\_, laquelle mentionnait un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique, en rémission. La psychiatre a derechef rapporté les plaintes du recourant et ses préoccupations, en ajoutant que ses compétences en matière informatique n'étaient plus d'actualité et que ses capacités cognitives ne lui permettraient pas de combler ses lacunes afin d'exercer une activité dans ce domaine. Elle concluait à une incapacité de travail totale.

**d.** Le 25 février 2025, le SMR s'est déterminé sur le nouveau rapport de la Dre C\_\_\_\_\_, relevant que celle-ci indiquait que le trouble dépressif était en rémission. Ce rapport n'était pas de nature à modifier ses conclusions du 30 mai 2024, dès lors qu'il n'apportait pas d'élément objectif nouveau.

e. Dans sa duplique du 11 mars 2025, l'intimé s'est rallié à l'avis du SMR et a persisté dans ses conclusions.

f. La chambre de céans a transmis copie de cette écriture au recourant le 14 mars 2025.

g. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

## **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 litige porte sur le degré d'invalidité du recourant, plus précisément sur le point de savoir s'il s'est modifié dans une mesure déterminante pour le droit à la rente depuis la décision de l'intimé du 16 mars 2021.

**3.** Selon l'art. 8 al. 1<sup>er</sup> LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). Le droit aux mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une activité lucrative préalable. Lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante. L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent notamment des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle et les mesures d'ordre professionnel, lesquelles englobent l'orientation professionnelle, la formation professionnelle initiale, le reclassement, le placement et l'aide en capital.

**4.** La LAI a connu une nouvelle le 19 juin 2020, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2022. Dans ce cadre, le système des quarts de rente jusque-là applicable a été remplacé par un système linéaire de rentes (Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [Développement continu de l'assurance-invalidité], FF 2017 2442).

L'art. 28b LAI en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2022 dispose que la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière (al. 1). Pour un taux d'invalidité

compris entre 50 et 69%, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité (al. 2). Pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70%, l'assuré a droit à une rente entière (al. 3). L'al. 4 détaille les taux de rente correspondant aux degrés d'invalidité entre 40% et 50%.

5. L'art. 16 LPGA prévoit que, 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. Il s'agit là de la méthode dite de comparaison des revenus (ATF 128 V 29 consid. 1).

**5.1** Le revenu sans invalidité se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'intéressé aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires. En effet, selon l'expérience générale, la dernière activité aurait été poursuivie sans atteinte à la santé. Les exceptions à ce principe doivent être établies au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 28 consid. 3.3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_934/2015 du 9 mai 2016 consid. 2.2). Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, un tel cas d'exception se présente par exemple lorsque le poste de travail que l'assuré occupait avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment de l'évaluation de l'invalidité, ou lorsqu'il n'aurait pas pu conserver son poste en raison des difficultés économiques, en cas de faillite ou de restructuration de l'entreprise (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_746/2023 du 7 juin 2024 consid. 4.2).

**5.2** Pour déterminer le revenu d'invalide de l'assuré, il faut en l'absence d'un revenu effectivement réalisé se référer aux données salariales, telles qu'elles résultent des Enquêtes suisses sur la structure des salaires (ESS) (ATF 148 V 174 consid. 6.2). L'art. a26<sup>bis</sup> al. 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201), dans sa teneur du 1<sup>er</sup> janvier 2022 au 31 décembre 2023, disposait que si, du fait de l'invalidité, les capacités fonctionnelles de l'assuré au sens de l'art. 49 al. 1<sup>bis</sup>, ne lui permettent de travailler qu'à un taux d'occupation de 50% ou moins, une déduction de 10% pour le travail à temps partiel est opérée sur la valeur statistique. Le Tribunal fédéral a jugé que cette disposition n'interdisait pas de concéder un abattement allant au-delà de cette réduction forfaitaire réglementaire de 10% en fonction des critères dégagés par la jurisprudence (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_823/2023 du 8 juillet 2024 consid. 10.6).

**5.3** Lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de

retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail. Le moment où la question de la mise en valeur de la capacité (résiduelle) de travail pour un assuré proche de l'âge de la retraite sur le marché de l'emploi doit être examinée correspond au moment auquel il a été constaté que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative était médicalement exigible, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 145 V 2 consid. 5.3.1, arrêt du Tribunal fédéral 8C\_497/2024 du 8 avril 2025 consid. 5.1.1). Le seuil à partir duquel on peut exclure une possibilité réaliste d'exploiter la capacité résiduelle de travail sur un marché du travail supposé équilibré a été considéré comme non atteint pour des assurés âgés de 58 ans (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_695/2010 du 15 mars 2011 consid. 6.2 et 9C\_1043/2008 du 2 juillet 2009 consid. 3.3), ainsi que pour un assuré âgé de 60 ans au moment de la décision litigieuse (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_651/2008 du 9 octobre 2009 consid. 6.2.2.2).

6. L'art. 17 LPGA dans sa teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2022 dispose que la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, lorsque le taux d'invalidité de l'assuré : subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage (let. a), ou atteint 100% (let. b). De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement (al. 2).

**6.1** Tout changement dans la situation concrète depuis l'octroi de la rente qui est de nature à modifier le droit justifie une révision de la rente (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_142/2023 du 18 septembre 2023 consid. 3.3.2). La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 147 V 167 consid. 4.1). Toute modification dans les faits ne suffit pas pour une révision du droit à la rente. Un diagnostic nouveau ou qui au contraire n'existe plus n'est donc pas en soi un motif de révision, puisque l'élément quantitatif de l'amélioration ou de la détérioration important de l'état de santé n'est pas nécessairement donné (ATF 141 V 9 consid. 5.2). Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 112 V 371 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_99/2025 du 19 août 2025 consid. 4.2). La base de comparaison déterminante

dans le temps pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente est constituée par la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit (ATF 133 V 108 consid. 4.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_486/2022 du 17 août 2023 consid. 3.2).

**6.2** Aux termes de l'art. 87 al. 2 RAI, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits.

Lorsque l'administration est entrée en matière sur une nouvelle demande, il y a lieu de distinguer deux étapes. La première consiste à analyser s'il existe un motif de révision déterminant pour le droit à la rente. Si tel n'est pas le cas, l'examen est clos. Il convient de s'en tenir à la situation juridique actuelle, et une nouvelle évaluation de l'invalidité n'est pas nécessaire. Si un motif de révision est démontré, il y a en revanche lieu de procéder à un nouvel examen du droit à la rente (Thomas FLÜCKIGER, *in Basler Kommentar, Allgemeiner Teil des Sozialversicherungs-rechts*, 2020, n. 18 ad art. 17 LPGA).

L'examen matériel en cas de nouvelle demande de prestations au sens de l'art. 87 al. 2 RAI s'opère de manière analogue à celui d'un cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_899/2015 du 4 mars 2016 consid. 4.1). Ainsi, en cas d'entrée en matière sur une demande de révision, l'autorité doit comparer les circonstances prévalant lors de la nouvelle décision avec celles existant lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente pour déterminer si une modification du taux d'invalidité justifiant la révision du droit est intervenue (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_573/2013 du 29 juillet 2014 consid. 2.2). Lorsqu'il existe un motif de révision, le droit à la rente doit être examiné sous tous ses aspects factuels et juridiques, sans référence à des évaluations antérieures de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_289/2019 du 18 septembre 2019 consid. 3.1). Dans un tel cas, le degré d'invalidité doit être fixé à nouveau sur la base d'un état de fait établi de manière correcte et complète (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_718/2016 du 14 février 2017 consid. 6.2).

L'examen du droit à la rente s'effectue au regard du droit en vigueur au moment de la révision (Margit MOSER-SZELESS / Jenny CASTELLA *in* Commentaire romand LPGA, 2<sup>e</sup> éd. 2025, n. 28 ad art. 17 LPGA).

7. Pour trancher le droit aux prestations, le juge a besoin de documents que le médecin ou d'autres spécialistes doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut

encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2). Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGa), le tribunal apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le tribunal doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_453/2017 du 6 mars 2018 consid. 4.2).

En 2015, le Tribunal fédéral a établi une nouvelle procédure pour déterminer la capacité de travail réellement exigible dans les cas de syndromes du type troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées, nécessitant désormais un établissement des faits structuré et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de l'assuré d'autre part. Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères ressortant de la jurisprudence rendue jusque-là, mais sur une grille d'analyse comportant des indicateurs rassemblant les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique, concernant les catégories du degré de gravité fonctionnelle et celle de la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 3.6). Ces indicateurs sont les éléments pertinents pour le diagnostic et les symptômes, le succès du traitement et de la réadaptation ou la résistance à ces derniers, les comorbidités, les diagnostics de la personnalité et les ressources personnelles, le contexte social, le comportement de l'assuré, la limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie, et le poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

Notre Haute Cour a par la suite étendu cette jurisprudence à toutes les maladies psychiques (ATF 143 V 409 consid. 4.5). Ainsi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les

règles de l'art (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1).

8. En l'espèce, l'intimé est entré en matière sur la demande de prestations, de sorte qu'il se justifie d'examiner au fond si une aggravation s'est produite depuis la décision du 16 mars 2021, laquelle se fondait sur les conclusions de l'expertise du CEMEDEX.

On observera que dans la présente procédure, les critiques du recourant portent essentiellement sur le rapport des experts de ce centre, dont il conteste la validité. Or, de tels griefs ne sauraient être pris en compte dans le cadre de sa nouvelle demande. En effet, en raison de la force obligatoire de la décision (initiale) concernant le droit à une rente, un nouvel examen de ce droit n'a pas à être effectué aussi longtemps que les faits pertinents qui ont fait l'objet d'une appréciation à l'époque ne se sont pas modifiés (MOSER-SZELESS / CASTELLA, *op. cit.*, n. 46 ad art. 17 LPGA). En d'autres termes, la révision du droit à la rente au sens de l'art. 17 LPGA ne peut pas conduire à une nouvelle appréciation des éléments sur lesquels repose la décision initiale. Si le recourant entendait contester la valeur probante de l'expertise du 9 décembre 2020, il lui appartenait de le faire valoir en interjetant recours à l'encontre de la décision rendue sur la base de cette expertise (*cf.* dans un cas similaire arrêt du Tribunal fédéral 9C\_629/2020 du 6 juillet 2021 consid. 4.2).

Par surabondance, il convient de souligner que ladite expertise satisfait aux réquisits jurisprudentiels rappelés ci-dessus. Les médecins et la neuropsychologue du CEMEDEX ont en effet pris connaissance de l'intégralité du dossier du recourant, dont ils ont rapporté les plaintes. Ils ont également établi une anamnèse fouillée. Leurs status cliniques sont détaillés, leurs diagnostics clairs et leurs conclusions motivées. Le Dr G\_\_\_\_\_ s'est en outre prononcé de manière convaincante sur les indicateurs de gravité applicables. Sur le plan neuropsychologique en particulier, Mme I\_\_\_\_\_ a relaté des résultats non proportionnels à ceux attendus, marqués par de nombreuses incohérences dans un contexte de réponses inhabituelles et de performances atypiques, avec notamment des temps de réaction visuels extrêmement ralentis qui, s'ils étaient véridiques, ne permettraient pas de conduire de manière sûre – alors que le recourant conduit. Aux tests de mémoire, les résultats étaient ceux d'une personne amnésique qui serait totalement incapable de vivre seule et de venir seule de Genève au centre d'expertise à Fribourg en transports publics en se présentant à l'heure au rendez-vous. Les résultats aux tests de validation des performances confirmaient l'absence de participation, dès lors qu'ils correspondaient à un dysfonctionnement neurocognitif simulé certain au sens de la littérature. Pour ces raisons, les résultats du bilan neuropsychologique ne pouvaient pas être considérés comme valides. L'expert psychiatre a du reste lui aussi décrit des atteintes cognitives surévaluées, qu'il mettait en rapport avec une tendance à la victimisation.

Force est de constater que les atteintes mises en avant par la Dre C\_\_\_\_\_ dans ses rapports à l'appui de la nouvelle demande de prestations ne sont pas nouvelles, mais sont celles déjà signalées dans ses premiers rapports, dont les experts ont tenu compte dans l'appréciation de la capacité de travail du recourant. Cette psychiatre a notamment confirmé le trouble dépressif récurrent dans son rapport du 28 janvier 2024, que le Dr G\_\_\_\_\_ a également retenu et en raison duquel il a conclu à une capacité de travail diminuée. Elle a pour le surplus admis qu'il n'y avait pas de pathologie psychiatrique nouvelle dans son rapport du 28 avril 2023, dans lequel elle décrit notamment l'évolution en 2019 et les complications somatiques que le recourant aurait rencontrées, soit des éléments antérieurs à la première décision de l'intimé, et qui sortent au demeurant de son domaine de compétence. Si on peut concevoir que l'apparition d'un diabète chez le fils du recourant peut entraîner une inquiétude chez celui-ci, la Dre C\_\_\_\_\_ ne décrit pas dans son rapport du 28 janvier 2024 de symptômes nouveaux relevant d'une maladie en lien avec cette découverte. Elle a certes mentionné dans ce même rapport que l'assuré se plaignait d'un manque d'énergie, d'un épuisement, avec un sommeil très perturbé par un endormissement tardif, biaisé par de longues ruminations. Ces plaintes ne sont cependant pas nouvelles. Le manque d'énergie a déjà été rapporté par cette psychiatre le 15 mai 2020. Les troubles du sommeil ont été rapportés au Dr G\_\_\_\_\_ dans le cadre de l'évaluation MADRS par cet expert. Quant aux difficultés liées au fait que les compétences du recourant dans le domaine informatique seraient obsolètes, relatées dans le rapport du 24 janvier 2025 par la psychiatre traitante, elles sont étrangères à l'invalidité. Enfin, on relève une incohérence dans ce dernier rapport, puisqu'il indique que le trouble dépressif récurrent qui entraînerait une pleine incapacité de travail serait en rémission.

Au plan somatique, la Dre B\_\_\_\_\_ n'a pas non plus fait état d'une pathologie nouvelle, les atteintes mentionnées dans son rapport du 25 avril 2024 étant connues, et leur incidence sur la capacité de travail ayant déjà été analysée par les experts du CEMEDEX. Il faut aussi noter que ce rapport énumère uniquement des diagnostics d'ordre psychique avec incidence sur la capacité de travail.

On ajoutera encore s'agissant des observations des maîtres professionnels lors des stages, dont le recourant se prévaut pour démontrer la gravité de ses troubles cognitifs, que les appréciations des médecins l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion de tels stages, susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_291/2023 du 30 janvier 2024 consid. 5.3). On notera du reste que le rapport des EPI révèle que le recourant a lui-même mis un terme à ce stage, car il se disait lassé, estimant avoir fait le tour de ce qu'il pouvait apporter, et très fatigué. Ses conclusions quant à une capacité de travail résiduelle inexploitable ne reposent ainsi pas sur des éléments médicaux objectifs, mais sur l'appréciation par le recourant de son aptitude à poursuivre le stage.

Compte tenu de ce qui précède, aux plans psychique et somatique, on ne peut retenir d'aggravation de l'état de santé du recourant depuis la décision de l'intimé du 16 mars 2021. Toutefois, il existe bien un élément nouveau, soit le diagnostic de trouble neurocognitif posé par les spécialistes des HUG en avril 2023. Ceux-ci ne se sont certes pas expressément prononcés sur l'incidence sur la capacité de travail de ce trouble, mais ils ont conclu à une capacité fonctionnelle limitée dans les activités à niveau d'exigence élevée. On ne peut ainsi exclure que l'activité d'informaticien – exigible à 70% selon la décision du 16 mars 2021 – ne soit plus possible, ou à tout le moins à un taux plus bas. Le SMR ne donne aucune explication sur les motifs qui lui permettent d'écarter d'éventuelles répercussions de ce trouble sur la capacité de travail résiduelle dans l'activité d'informaticien qu'il avait retenue dans son avis du 21 décembre 2020.

Dans ces conditions, il convient de renvoyer la cause à l'intimé, à charge pour celui-ci d'instruire plus avant le volet neuropsychologique, soit en sollicitant des renseignements complémentaires auprès de l'unité de neuropsychologie des HUG sur la capacité de travail sur ce plan tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, soit en mettant en œuvre un nouvel examen neuropsychologique. Il appartiendra ensuite à l'intimé de procéder cas échéant à un calcul du degré d'invalidité, avant de rendre une nouvelle décision sur le droit à des mesures d'ordre professionnel et à la rente.

**9.** Le recours est partiellement admis.

L'intimé supporte l'émolument de procédure 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. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'intimé du 3 septembre 2024.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
6. 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

Valérie MONTANI

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