

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1676/2024

ATAS/452/2025

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 5 juin 2025**

**Chambre 3**

En la cause

A\_\_\_\_\_

recourant

représenté par Me Mélanie MATHYS DONZE, avocate

contre

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

intimé

**Siégeant : Karine STECK, présidente; Philippe LE GRAND ROY et Christine  
LUZZATTO, juges assesseurs**

---

**EN FAIT**

- A.**    **a.** A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né en \_\_\_\_\_ 1974, originaire de Côte d'Ivoire, est arrivé en Suisse en 2003.
- b.** L'assuré est en arrêt de travail à 100% depuis le 6 janvier 2022, date jusqu'à laquelle il a travaillé en tant que plongeur polyvalent pour une agence de placement temporaire.
- c.** En mai 2022, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI), en invoquant avoir « mal aux pieds ».
- d.** L'instruction menée par l'OAI a permis de recueillir, notamment, les éléments suivants :
- Dans un rapport du 21 juin 2022, le docteur B\_\_\_\_\_, pneumologue, a indiqué qu'un syndrome d'apnées du sommeil (SAS) sévère avait été mis en évidence en 2016. L'assuré était au bénéfice d'un CPAP [Continuous Positive Airway Pressure] avec une bonne efficacité. Selon le médecin, il n'y avait aucune atteinte invalidante. Ont été mentionnés à titre d'atteintes sans répercussion sur la capacité de travail : le SAS, une hypertension artérielle et une obésité. La capacité à exercer l'activité habituelle était de 100%.
  - Le 20 juillet 2022, le docteur C\_\_\_\_\_, neurologue, a fait état d'une symptomatologie des membres inférieurs à partir des genoux, sans autres troubles neurologiques associés (ni troubles de l'équilibre, ni difficultés à la marche). Le patient décrivait une sensation de chaleur permanente, survenant même au repos. Il ne souffrait que de très peu de douleurs lombaires, n'avait ni lombo-sciatalgies, ni perte de sensibilité ou de force. L'examen clinique était sans particularité. Le médecin, face aux plaintes du patient et la normalité de l'examen, évoquait une possible souffrance des petites fibres nerveuses. Une atteinte centrale lui paraissait en revanche très peu probable. S'agissant de la capacité de travail, il était renvoyé à l'avis du médecin traitant. Aucune limitation fonctionnelle n'était cependant retenue.
  - Le docteur D\_\_\_\_\_, médecin traitant, a estimé, en date du 4 août 2022, la capacité de travail de son patient à 50% dans l'activité habituelle, sans se prononcer sur sa capacité à exercer une activité adaptée, tout en indiquant qu'il n'y avait aucune limitation fonctionnelle. Son patient se plaignait de douleurs au niveau des articulations des membres inférieurs, des poignets et des coudes, présentes depuis des années et affectant l'endormissement, ce qui entraînait un état d'asthénie en péjoration depuis des années. Était retenue à titre de diagnostic invalidant : une neuropathie des petites fibres avec algie des membres. Étaient également mentionnés, à titre de diagnostics sans

répercussion sur la capacité de travail : une hypertension artérielle traitée, un SAS traité, une hernie hiatale, ainsi qu'une syphilis traitée.

**e.** L'assuré a fait l'objet d'une mesure d'observation auprès de la fondation INTÉGRATION POUR TOUS (IPT), laquelle a rendu son rapport le 29 août 2022.

Il a été conclu que l'assuré n'était pas en mesure de réintégrer le marché du travail. IPT a admis une capacité de travail de 50% en retenant à titre de limitations fonctionnelles le fait de devoir limiter le port de charges à 5 kg et permettre l'alternance des positions assise et debout. Cela étant, un stage en entreprise a été mis en place, auquel il a été mis un terme au bout d'une semaine en raison des douleurs ressenties par l'assuré. Selon IPT, la capacité de travail de l'assuré n'a pu être vérifiée. Une fragilité émotionnelle a été évoquée.

**f.** Interpellés par l'OAI, les médecins de l'assuré se sont exprimés comme suit :

- Le Dr B\_\_\_\_\_, dans un rapport du 9 mars 2023, a confirmé la totale capacité de son patient à travailler sous CPAP.
- Le Dr C\_\_\_\_\_, dans un rapport de mars 2023, a qualifié l'état de son patient de stationnaire.
- Le Dr D\_\_\_\_\_ a attesté d'une capacité de travail de 50% du 1<sup>er</sup> août 2022 au 30 avril 2023, réduite à néant à compter du 1<sup>er</sup> mai 2023, en raison de troubles neuro-dyesthésiques douloureux des membres inférieurs sans étiologie. Le médecin a suggéré un « bilan dans un atelier » pour évaluer la capacité résiduelle de travail et le recours à un expert.
- Le docteur E\_\_\_\_\_, neurologue au sein du centre de médecine du sommeil des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), a conclu à des troubles du sommeil d'origine polyfactorielle, avec un syndrome douloureux chronique des membres inférieurs d'anamnèse atypique.

**g.** Le dossier a été soumis au Service médical régional de Suisse romande (SMR), qui, en date du 28 août 2023, a préconisé d'attendre le résultat de la polysomnographie sous CPAP prévue par les HUG pour se déterminer.

**h.** Le rapport concernant celle-ci a été versé au dossier le 22 décembre 2023.

Il conclut à un syndrome douloureux chronique des membres inférieurs dans le contexte d'une probable polyneuropathie des petites fibres. Il précise que le SAS sévère est bien contrôlé sous CPAP. Il note un endormissement tardif pouvant être en lien avec une insomnie ou un retard de phase chez un patient ayant auparavant travaillé de nuit. S'agissant des limitations fonctionnelles et de la capacité de travail, il est renvoyé à l'avis des pneumologue et neurologue traitants, étant précisé, que, du point de vue du sommeil, la capacité de travail est de 100%.

**i.** Le SMR, en date du 12 février 2024, a estimé que la capacité de travail dans l'activité habituelle avait été de 50% dès le 30 août 2022, puis nulle dès le 1<sup>er</sup> mai 2023. En revanche, s'agissant d'une activité adaptée, elle était de 80%, une baisse de rendement de 20% étant retenue en lien avec le syndrome douloureux chronique des membres inférieurs et la nécessité d'alterner les positions debout et assise.

**j.** Le 20 février 2024, l'OAI a communiqué à l'assuré un projet de décision dont il ressortait qu'il envisageait de lui nier le droit à toute prestation.

**k.** Le 8 avril 2024, l'assuré s'y est opposé en faisant valoir en substance qu'il lui restait de nombreux examens médicaux à passer.

**l.** Par décision du 15 avril 2024, l'OAI a nié à l'assuré le droit à toute prestation.

À l'issue de l'instruction médicale, l'OAI a admis une incapacité de 50% à exercer l'activité habituelle et ce, depuis le 30 août 2022, début du délai d'attente d'une année. Il a en revanche considéré que l'assuré avait conservé la capacité à exercer à 80% une activité adaptée (baisse de rendement de 20% sur un taux de 100%).

Comparant le revenu avant invalidité (CHF 50'822.-) à celui que l'assuré aurait pu obtenir malgré celle-ci (CHF 52'775.-), l'OAI en a tiré la conclusion que le degré d'invalidité était nul.

Les conditions d'octroi d'une rente ou d'un reclassement professionnel n'étaient dès lors pas remplies. D'autres mesures professionnelles n'étaient ni indiquées, ni nécessaires.

**B. a.** Par écriture du 16 mai 2024, l'assuré a interjeté recours contre cette décision en concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> novembre 2022, en se référant en substance à l'avis de son médecin traitant, qui conclut à une totale incapacité de travail.

Le recourant rappelle avoir suivi une mesure d'observation professionnelle qui n'a pas abouti.

Il reproche en outre à l'OAI une instruction lacunaire.

**b.** Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 20 juin 2024, a conclu au rejet du recours.

L'intimé rappelle que, compte tenu de la difficulté à établir l'existence de douleurs, les seules plaintes subjectives d'un assuré ne suffisent pas pour admettre une invalidité et qu'en l'absence d'un substrat médical pertinent, on ne saurait considérer les douleurs alléguées comme une atteinte à la santé de caractère invalidant. Lorsque les plaintes de l'intéressé ne concordent pas avec les observations médicales, il est cohérent de ne pas retenir d'incapacité de travail.

Il rappelle que l'assuré a fait l'objet de nombreuses investigations médicales, notamment sur le plan du sommeil, mais également sur les plans pneumologique, angiologique et neurologique.

Or, le Dr B \_\_\_\_\_, pneumologue, n'a retenu ni diagnostic ayant un impact sur la capacité de travail, ni limitations fonctionnelles et il a conclu à une capacité de travail de 100% sous CPAP efficace et bien tolérée. Le neurologue a retenu comme diagnostic une suspicion de souffrance des petites fibres nerveuses et renvoyé, pour l'évaluation de la capacité de travail, au médecin traitant. Celui-ci, dans son rapport du 4 août 2022, a évoqué des examens oto-rhino-laryngologique, cardiopulmonaire, digestif et urinaire sans particularité. Tenant compte de la neuropathie des petites fibres avec algies des membres, il a évalué la capacité de travail dans l'activité habituelle à 50%, sans se prononcer sur la capacité de travail de son patient dans une activité adaptée.

Certes, le médecin traitant, dans son dernier rapport du 30 juin 2023, a conclu à une totale incapacité de travail depuis le 1<sup>er</sup> mai 2023 et suggéré une expertise. Cela étant, le SMR, dans un rapport final du 12 février 2024, s'il a admis une capacité de travail réduite à 50% dès le 30 août 2022 puis à 0% dès le 1<sup>er</sup> mai 2023 dans l'activité habituelle, l'a en revanche estimée à 80% dans une activité adaptée, avec une baisse de rendement de 20% pour tenir compte du syndrome douloureux chronique des membres inférieurs et de la nécessité d'alterner les positions assis et debout, dans un contexte de probable troubles neuro-dysesthésiques douloureux.

**c.** Par écriture du 20 juin 2024, le recourant a allégué que son état n'était pas stabilisé.

Le recourant fait remarquer que le diagnostic principal n'avait pas encore été confirmé formellement lorsque l'intimé a rendu sa décision. Ce n'est que suite à la biopsie cutanée pratiquée en juin 2024 que cela a été possible.

Il s'étonne que le SMR ne retienne comme limitations fonctionnelles que la fatigue, les douleurs chroniques aux membres inférieurs et l'obligation de privilégier l'alternance des positions assise et debout et d'éviter la marche et le travail en hauteur, en omettant les lombalgies chroniques dont il souffre.

Le recourant invoque les conclusions de la fondation IPT, dont il fait remarquer qu'elles entrent en contradiction avec celles du SMR.

À l'appui de sa position, il produit un rapport d'examen électroneuromyographique (ENMG) du 6 mars 2024 concluant à une probable neuropathie des petites fibres et suggérant une biopsie cutanée afin de confirmer le diagnostic, ainsi qu'un courrier de son médecin traitant du 17 juin 2024 concluant à une capacité de travail de 50%.

**d.** Le 30 juillet 2024, l'intimé, après avoir soumis les pièces produites par l'assuré au SMR, a conclu au rejet du recours.

Il soutient qu'en l'absence de concordances entre les plaintes de l'assuré et les observations médicales, il est tout à fait cohérent de ne retenir qu'une baisse de rendement de 20%.

Le SMR, en date du 11 juillet 2024, après avoir examiné les pièces produites par l'assuré à l'appui de son recours, a constaté que le tableau clinique dépeint était normal, mis à part le questionnaire concernant les douleurs neuropathiques (avec un score de 4/10). Il n'y avait donc pas de concordance entre les éléments médicaux objectifs et l'intensité des douleurs neuropathiques. Par ailleurs, aucune amélioration des douleurs ne pouvait être attendue d'un éventuel traitement, selon la littérature scientifique. Par conséquent, la situation devait être considérée comme stabilisée.

Quant aux conclusions du médecin traitant, on ne pouvait s'y rallier, car elles étaient contradictoires.

**e.** Le 6 septembre 2024, le recourant a persisté dans ses conclusions.

Il allègue que l'incapacité totale de travail attestée par son médecin traitant depuis le 1<sup>er</sup> mai 2023 perdure.

Il rappelle qu'il souffre d'une neuropathie des petites fibres, de lombalgies chroniques sous forme de tiraillements et d'un syndrome douloureux chronique des membres inférieurs, qui se manifeste par des douleurs intenses, des pieds jusqu'aux genoux. Ces douleurs augmentent très rapidement à la marche ; il ne lui est possible ni de s'accroupir, ni de se baisser. Il souffre également d'insomnies fréquentes, pas seulement d'endormissement ; il lui arrive aussi de passer des nuits blanches.

Le recourant maintient que l'instruction de l'OAI est lacunaire.

Il produit encore, notamment :

- un rapport de la docteure F\_\_\_\_\_, de la consultation médicale des maladies neuromusculaires des HUG, du 3 septembre 2024, confirmant le diagnostic de neuropathie des petites fibres, pouvant expliquer une partie de la symptomatologie algique ;
- un rapport d'imagerie par résonance magnétique (IRM) du 12 juin 2024, concluant à une arthrose interfacettaire postérieure L4-L5 et L5-S1 avec discrets signes de micro-instabilité, sans sténose canalaire, ni foraminale significative.

**f.** Invité à se déterminer, l'intimé, par écriture du 30 septembre 2024, a persisté dans ses conclusions en se référant à un nouvel avis du SMR du 30 septembre 2024.

Le SMR constate que le diagnostic de neuropathie des petites fibres idiopathique a été confirmé.

L'IRM n'a mis en évidence aucune atteinte à la santé notable et durable au niveau lombaire.

Se référant à la littérature en la matière, le SMR considère que la neuropathie des petites fibres n'avait pas d'influence supplémentaire sur la capacité de travail dans une activité adaptée.

Les limitations fonctionnelles rapportées par l'assuré et évoquées par la Dre F\_\_\_\_\_ dans son dernier rapport, sont les douleurs qui augmentent à la marche, le fait que l'assuré n'arrive pas à s'accroupir ni à se baisser et un sommeil très perturbé pouvant occasionner des nuits blanches.

Le SMR relève que le Dr E\_\_\_\_\_ estime la capacité de travail dans une activité adaptée à 100%, car le SAS est bien traité et que l'endormissement tardif peut être facilement corrigé par une augmentation de la dose de prégabaline de 200 mg à 250 mg pour les douleurs de jambes (fatigue mise sur le compte de la douleur neuropathique des membres inférieurs) et que la position jambes allongées soulage la douleur. Le SMR estime qu'il faudrait rajouter des limitations fonctionnelles à visée préventive, à savoir privilégier une activité sédentaire avec possibilité d'allonger les jambes, éviter les activités en hauteur (échelles, échafaudages) et la conduite d'un véhicule à but professionnel. Ces limitations supplémentaires à visée préventive ne modifient pas son appréciation de la capacité de travail.

**g.** Les autres faits seront repris – 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** À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

**1.3** La procédure devant la Cour de céans est régie par les dispositions de la LPGA et de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA – E 5 10).

**1.4** Le délai de recours est de 30 jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit du recourant aux prestations de l'assurance-invalidité.

3.

**3.1** Le 1<sup>er</sup> janvier 2022, les modifications de la LAI et de la LPGA du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705), y compris les ordonnances correspondantes, sont entrées en vigueur.

En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (*cf.* ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, est déterminant le moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Si elle est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 9C\_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2. et les références).

**3.2** En l'occurrence, l'éventuel droit à une rente d'invalidité naîtrait au plus tôt en janvier 2023, soit à l'issue du délai d'attente d'une année à compter du début de l'incapacité de travail, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

4.

**4.1** Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI).

Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al 1 LPGA). 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 (art. 7 al. 2 LPGA).

**4.2** La notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant

des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

**4.3** À droit à une rente d'invalidité, l'assuré dont la capacité de gain ou la capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, qui a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qui, au terme de cette année, est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI).

## 5.

**5.1** Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement 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, à ce motif, incapable de travailler (ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les références). 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 et les références).

**5.2** Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c ; 102 V 165 consid. 3.1 ; VSI 2001 p. 223 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

Dans l'ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a revu et modifié en profondeur le schéma d'évaluation de la capacité de travail, respectivement de l'incapacité de travail, en cas de syndrome douloureux somatoforme et d'affections psychosomatiques comparables. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'un catalogue d'indicateurs (ATF 141 V 281 consid. 4). Le Tribunal fédéral a ensuite étendu ce nouveau schéma d'évaluation aux autres affections psychiques (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). Aussi, 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 (ATF 143 V 409 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2019 du 17 mars 2020 consid. 3 et les références).

Le Tribunal fédéral a en revanche maintenu, voire renforcé la portée des motifs d'exclusion définis dans l'ATF 131 V 49, aux termes desquels il y a lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble au sens de la classification sont réalisées. Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 et 2.2.2 ; 132 V 65 consid. 4.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2).

Selon la jurisprudence, en cas de troubles psychiques, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée, en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs incapacitants et, d'autre part, des potentiels de compensation (ressources) (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). L'accent doit ainsi être mis sur les ressources qui peuvent compenser le poids de la douleur et favoriser la capacité d'exécuter une tâche ou une action (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_111/2016 du 19 juillet 2016 consid. 7 et la référence).

Il y a lieu de se fonder sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4).

- Catégorie « Degré de gravité fonctionnel » (ATF 141 V 281 consid. 4.3),
  - A. Complexe « Atteinte à la santé » (consid. 4.3.1)

Expression des éléments pertinents pour le diagnostic (consid. 4.3.1.1), succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à cet égard (consid. 4.3.1.2), comorbidités (consid. 4.3.1.3).
  - B. Complexe « Personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles ; consid. 4.3.2)
  - C. Complexe « Contexte social » (consid. 4.3.3)
- Catégorie « Cohérence » (aspects du comportement ; consid. 4.4)

Limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1), poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2).

Les indicateurs appartenant à la catégorie « degré de gravité fonctionnel » forment le socle de base pour l'évaluation des troubles psychiques (ATF 141 V 281 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.2).

La procédure d'administration des preuves qui prévaut en matière de troubles douloureux sans substrat organique et de troubles psychosomatiques analogues est applicable à toutes les maladies psychiques (*cf.* ATF 143 V 418), à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1), au syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (ATF 139 V 346 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_662/2009 du 17 août 2010 consid. 2.3 *in* SVR 2011 IV n. 26 p. 73), à l'anesthésie dissociative et aux atteintes sensorielles (arrêt du Tribunal fédéral I 9/07 du 9 février 2007 consid. 4 *in* SVR 2007 IV n. 45 p. 149), à l'hypersomnie (ATF 137 V 64 consid. 4), ainsi qu'en matière de troubles moteurs dissociatifs (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4), de traumatisme du type « coup du lapin » (ATF 141 V 574 consid. 5.2 ; 136 V 279 consid. 3.2.3) et d'état de stress post-traumatique (ATF 142 V 342 consid. 5.2). En revanche, ils ne sont pas applicables par analogie à la fatigue liée au cancer (*cancer-related Fatigue*) (ATF 139 V 346 consid. 3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_73/2013 du 2 septembre 2013 consid. 5).

**5.3** Selon l'art. 54a LAI, les SMR établissent les capacités fonctionnelles de l'assuré qui sont déterminantes pour l'assurance-invalidité en vertu de l'art. 6 LPGA, pour l'exercice d'une activité lucrative raisonnablement exigible ou pour l'accomplissement des travaux habituels (al. 3).

Lors de la détermination des capacités fonctionnelles, la capacité de travail attestée médicalement pour l'activité exercée jusque-là et pour les activités adaptées est évaluée et justifiée en tenant compte, qualitativement et quantitativement, de toutes les ressources et limitations physiques, mentales et psychiques (art. 49 al. 1<sup>bis</sup> RAI).

**5.4** 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 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3). Il faut en outre que le médecin dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références).

**5.5** 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.

**5.5.1** 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 ; 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).

**5.5.2** 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).

**5.6** 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 pas qu'un fait puisse être considéré

seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités revêtent une importance significative ou entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 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).

6. En l'espèce, l'intimé nie à l'assuré le droit à toute prestation au motif que le degré d'invalidité est insuffisant. Il rappelle que, compte tenu de la difficulté à établir l'existence de douleurs, les seules plaintes subjectives d'un assuré ne suffisent pas pour admettre une invalidité et qu'en l'absence d'un substrat médical pertinent, on ne saurait considérer les douleurs alléguées comme une atteinte à la santé de caractère invalidant. Lorsque les plaintes de l'intéressé ne concordent pas avec les observations médicales, il est, selon l'intimé, cohérent de ne pas retenir d'incapacité de travail.

L'intimé se fonde, principalement, sur les avis émis par le SMR, plus particulièrement les deux derniers.

Dans celui du 11 juillet 2024, le SMR prend acte de la confirmation du diagnostic de douleurs neuropathiques et atteinte des petites fibres. Le SMR se livre ensuite à une étude de la littérature et en tire la conclusion qu'en l'état actuel des connaissances scientifiques, une corrélation entre une potentielle dénervation (mise en évidence par la biopsie cutanée pour analyse de la densité des fibres) et l'intensité de la douleur neuropathique ressentie ne peut être établie, que, dans 47% de cas, l'étiologie de la neuropathie reste inconnue, que 10.9% des patients ont fait l'expérience d'une rémission spontanée des douleurs neuropathiques, 30.4% d'une aggravation de l'intensité des douleurs et que, dans la plus grande majorité (45.6%), l'évaluation clinique et neurophysiologique ne diffère pas de la première évaluation. Il estime également qu'un éventuel traitement ne sera pas susceptible d'améliorer l'intensité des douleurs neuropathiques de manière objective selon l'évolution naturelle de cette atteinte.

Relevant ensuite des incohérences dans l'appréciation du Dr D\_\_\_\_\_ (qui mentionne au sein du même rapport l'absence de limitations fonctionnelles et une limitation de la capacité du fonctionnement de l'assuré), le SMR en tire la conclusion qu'il ne saurait se rallier à son évaluation de la capacité de travail.

Dans son avis du 30 septembre 2024, le SMR prend acte des limitations énumérées par la Dre F\_\_\_\_\_ et de la confirmation du diagnostic de neuropathie des petites fibres par la biopsie cutanée pratiquée le 11 juin 2024.

Il explique que le traitement de la neuropathie des petites fibres se concentre principalement sur la gestion des symptômes, notamment la douleur, et sur le traitement des causes sous-jacentes lorsqu'elles sont identifiées (ce qui n'est pas le

cas en l'espèce). Puis, il indique qu'il « considère que la neuropathie des petites fibres n'a pas d'influence supplémentaire sur la capacité de travail dans une activité adaptée », ceci en se fondant, non pas sur l'examen des indicateurs jurisprudentiels applicables en un tel cas, mais sur l'étude toute théorique de la littérature :

« Selon un article concernant la prise en charge des neuropathies périphériques en médecine interne générale [...], les auteurs évoquent que le nombre de patients nécessaire pour traiter (« number needed to treat » = NNT) et obtenir une réduction de 50% de la douleur neuropathique (30% de réduction considérée comme significative par l'OMS) est de 7.7 patients lors d'un traitement de première ligne par prégabaline 300-600mg/j, chiffres extraits de la méta-analyse de Finnerup et coll. [voir référence (2) en bas de la page 3]. Le fait que les jambes allongées et le froid soulagent les douleurs dont souffre l'assuré et que le port de chaussures souples et légères lui permet de limiter les sensations désagréables, corrobore les données issues de la littérature scientifique, à savoir qu'un traitement par prégabaline 300mg-600mg/j (en l'espèce il s'agit d'une dose de 300mg/j) est susceptible de réduire de manière significative la symptomatologie (NNT de 7.7). »

« Par ailleurs, selon un autre article issu de la littérature scientifique [...], il ressort qu'après une évaluation du status fonctionnel des patients inclus dans l'étude, les auteurs dudit article rapportent que 5 patients sur 94 (5.3%) sont sans emploi à cause de leur état de santé dans le contexte d'une neuropathie des petites fibres (SFN) [...] ».

Cela étant, l'étude du dossier et de la littérature scientifique par le SMR ne saurait se substituer, vu le contexte de douleurs neuropathiques, à l'examen des indicateurs jurisprudentiels, auquel aucun médecin n'a procédé en l'occurrence. Or, on ne saurait faire l'économie de la procédure d'établissement des faits structurée telle que réclamée par notre Haute Cour. D'autant moins que plusieurs médecins traitants ont évoqué l'absence de ressources et l'isolement de l'assuré. Qui plus est, ni la cohérence, ni la concordance n'ont fait l'objet d'une investigation sérieuse. S'y ajoutent les allégations du recourant quant à la qualité de son sommeil, qu'il conviendrait de vérifier, car son éventuel état de fatigue est susceptible d'influencer grandement le ressenti des douleurs et les capacités à les surmonter.

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ;

RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

En l'occurrence, force est de constater que, malgré le contexte douloureux chronique, l'assuré n'a fait l'objet d'aucun examen pluridisciplinaire portant précisément sur les indicateurs jurisprudentiels, que les avis théoriques du SMR ne sauraient remplacer.

7. Au vu de ce qui précède, le recours est admis partiellement, la décision litigieuse annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (neurologique, rhumatologique, médecine interne, sommeil, etc). Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 3'000.- lui est accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 500.- (art. 69 al. 1bis LAI).

\*\*\*

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement au sens des considérants.
3. Annule la décision du 15 avril 2024.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision.
5. Met un émolument de CHF 500.- à la charge de l'intimé.
6. Alloue au recourant une indemnité de CHF 3'000.- à titre de participation à ses frais et dépens à charge de l'intimé. **\*Rectification d'une erreur matérielle le 30.06.2025/SKA/wmh**
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Diana ZIERI

Karine STECK

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