



POUVOIR JUDICIAIRE

A/3295/2019

ATAS/535/2020

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

**Arrêt du 29 juin 2020**

**10<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à LE GRAND-SACONNEX,  
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Jonathan  
NESI

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE  
GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE

intimé

**Siégeant : Mario-Dominique TORELLO, Président; Saskia BERENS TOGNI et Pierre-Bernard PETITAT, Juges assesseurs**

---

---

**EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré, le patient, l'intéressé ou le recourant), né le \_\_\_\_\_ 1982, célibataire, originaire de Fribourg, domicilié à Genève, a déposé, en date du 25 juin 2018, deux demandes de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé), l'une tendant à l'obtention d'une rente et/ou mesures professionnelles, et l'autre, de moyens auxiliaires sous forme d'un rollator à 4 roues. L'atteinte à la santé consistait en un trouble de la marche d'origine fonctionnelle, existant depuis le début 2018. Sur le plan professionnel, il avait en dernier lieu exercé l'activité de consultant administratif, indépendant, à 100 % de 2012 à 2014. Il était suivi par le docteur B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale au Centre médico-chirurgical de Chantepoulet (ci-après : le médecin traitant), ainsi que par le département des neurosciences cliniques des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG). Il était assisté par l'Hospice général (ci-après: l'hospice).
2. Par courrier du 13 juillet 2018, le professeur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie et médecin adjoint agrégé au département des neurosciences cliniques des HUG, neurologue-traitant de l'assuré, a répondu à une demande de renseignements du service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) : la raison médicale qui justifiait l'utilisation par le patient d'un rollator/déambulateur était un trouble de la marche d'origine fonctionnelle. Malgré une neuro-rééducation stationnaire, le déplacement sans rollator restait pour le moment encore impossible. Le patient avait été hospitalisé aux HUG du 26 avril au 26 juin 2018. S'agissant de la durée d'utilisation probable du rollator/déambulateur, une physiothérapie ambulatoire était poursuivie. Le pronostic à terme était difficile à évaluer, mais il était possible que le rollator reste nécessaire pour une longue durée. La réponse à la question de savoir s'il s'agissait d'un moyen de convalescence transitoire dépendrait de l'évolution dans les semaines et mois à venir; à ce jour l'évolution avait été lente, de sorte qu'il paraissait probable que ce moyen auxiliaire soit nécessaire sur une longue durée; dans ce sens il ne s'agissait probablement pas d'un moyen de convalescence.
3. S'agissant de la demande de réadaptation professionnelle/rente, le Prof. C\_\_\_\_\_, interpellé par le SMR, a adressé à l'OAI, en date du 15 août 2018, les documents suivants :
  - la copie de la lettre de sortie du 27 juin 2018 dont il ressort les éléments suivants : le motif de l'hospitalisation aux HUG (Beau-Séjour) était une rééducation interdisciplinaire; le diagnostic principal était celui de trouble de la marche d'origine fonctionnelle; les diagnostics secondaires étaient : hypertension artérielle (HTA), dyslipidémie, excès pondéral, éthylo-tabagisme et consommation de cannabis, occasionnellement de cocaïne. Les comorbidités étaient : syncope et altération de l'état de conscience d'origine indéterminée (possiblement fonctionnelle retenue) en juillet 2017, asthme avec Ventolin en réserve. Anamnestiquement : patient de 35 ans, actuellement au bénéfice de

l'aide de l'hospice, vivant chez sa mère, séparé de sa compagne. Le patient décrivait une asthénie généralisée persistante depuis un épisode de bronchopneumonie à l'armée, il y avait environ 15 ans. Cette fatigue l'obligeait à se coucher par terre pendant son travail aux Transports publics genevois (ci-après : TPG) ; ce qui l'avait conduit à abandonner ce travail. Il était à son compte depuis plusieurs années et souhaitait écrire des livres. Le patient décrivait une faiblesse douloureuse des membres inférieurs (ci-après : MI, MID ou MIG) depuis deux ans, en aggravation depuis l'année 2018, et qu'il mettait en relation avec une chute depuis un mur et des piqûres d'insectes multiples. Il avait également des malaises: en juillet 2017 un malaise plus sévère avait conduit à une hospitalisation avec un large bilan étiologique, lequel s'était toutefois révélé négatif. Le 19 mars 2018 alors qu'il était en visite chez sa sœur, le patient s'était adressé aux urgences du CHUV pour un nouveau malaise, puis avait été transféré aux HUG pour ses troubles de la marche. Une évaluation psychiatrique retenait un syndrome de conversion et proposait un suivi ambulatoire. Le 26 avril 2018, une nouvelle consultation aux urgences motivait une hospitalisation dans le Service de médecine interne et de réhabilitation (SMIR) à Beau-Séjour avec un nouveau bilan étiologique qui s'était révélé négatif (dont IRM médullaire, ENMG, sérologie de Lyme, HIV, hépatites, FAN). Un trouble fonctionnel avec déconditionnement avait été retenu et avait motivé son transfert en neuro-rééducation pour prise en charge; l'HTA bénéficiait de l'introduction d'un IECA (Énalapril 2.5 mg). À l'arrivée en neuro-rééducation, le patient était vigilant, collaborant, légèrement logorrhéique, semblant satisfait d'avoir un interlocuteur à qui raconter son histoire. À l'examen neurologique d'entrée, il n'y avait pas de signes objectifs d'atteinte, ni du système nerveux central, ni du système nerveux périphérique. La position debout et la marche étaient possibles, mais avec des sortes de lâchages contrôlés après quelques pas, motivant l'utilisation d'un fauteuil roulant. La composante douloureuse décrite comme un serrement des deux jambes semblait être au second plan à ce moment-là. Il avait bénéficié de physiothérapie, d'ergothérapie et d'un suivi psychologique. Durant son séjour le patient avait été informé que le diagnostic retenu était celui d'un trouble fonctionnel (*NdR : Il s'agit de maladies qui n'ont pas de support lésionnel; on parle de phénomène de conversion, c'est-à-dire de traduction sur le plan somatique d'une émotion. [https://fr.wikipedia.org/wiki/Trouble\\_fonctionnel](https://fr.wikipedia.org/wiki/Trouble_fonctionnel).*). Malgré plusieurs entretiens et explications, il n'adhérait pas entièrement à ce diagnostic, restant convaincu que son cas n'avait pas été entièrement compris. Il avait bénéficié d'une prise en charge interdisciplinaire intensive avec un programme d'objectifs préétablis. Ce programme, centré sur la récupération fonctionnelle des membres inférieurs et la reprise de la marche, avait été accepté par le patient et relativement bien suivi au départ; avec cependant un retard dans l'obtention des objectifs, ce qui avait motivé une demande de prolongation de 15 jours; puis une baisse de participation (par ex. : au lieu d'aller au traitement, il allait fumer dans le parc; il

restait au lit le matin, même s'il était encouragé par l'équipe à se lever); il attribuait cette baisse de participation à une recrudescence de la composante douloureuse.

- Un rapport de consultation ambulatoire du 11 juillet 2018, adressé au médecin traitant. Aux termes de la consultation du jour, le Prof. C\_\_\_\_\_ retenait le diagnostic de troubles de la marche d'origine fonctionnelle; anamnestiquement : pour le détail, il se référait à la lettre de sortie susmentionnée; actuellement il habitait chez sa sœur en France voisine, car il ne disposait pas d'appartement. Il exprimait des difficultés à accepter le diagnostic de troubles fonctionnels; les médecins avaient discuté des examens effectués dans le passé et des différentes options considérées. Compte tenu de l'examen clinique actuel, et des examens complémentaires susmentionnés, le diagnostic de syndrome fonctionnel était hautement probable. Le patient persistait à rencontrer des difficultés à la marche, qui restait impossible sans rollator. Il allait rechercher un physiothérapeute près de la frontière, et un fitness pour continuer les entraînements physiques. Il lui avait également été indiqué les coordonnées d'une psychologue pour continuer les démarches psychologiques, s'il le souhaitait. À l'examen clinique le médecin constatait une innervation saccadée aux membres inférieurs, avec une force qui variait entre M3 et M5- au niveau des membres inférieurs des deux côtés (ddc). La sensibilité était conservée aux membres inférieurs, mais le patient indiquait une partie plus sensible au niveau de l'avant-bras ulnaire gauche. La démarche était possible avec un rollator ou avec un appui, avec un abaissement périodique régulier du corps tronc.
4. En date du 16 octobre 2018, l'OAI a reçu la copie d'un rapport de consultation ambulatoire du 10 octobre 2018, aux termes duquel le Prof C\_\_\_\_\_, retenant toujours le même diagnostic, relevait en synthèse que le patient constatait ce jour une amélioration partielle depuis juillet 2018. Il était alors (octobre 2018) capable de tenir environ 5 minutes debout, et l'endurance à la marche s'était améliorée. À l'observation de la marche, le médecin constatait une meilleure rapidité et une meilleure fluidité. Cependant, le patient décrivait encore une fatigabilité rapide, dès qu'il devait se déplacer un peu plus loin, et il se sentait encore incapable de faire les courses lui-même, raison pour laquelle il avait demandé l'aide de l'Institution genevoise de maintien à domicile (ci-après : IMAD). Après une marche plus longue, des douleurs apparaissaient, relativement intensives et cotées à 6/10 par le patient, au niveau de la jambe entière ddc. Le patient avait manqué plusieurs rendez-vous de la physiothérapie qu'il avait demandée au service de neuro-rééducation des HUG, parce qu'il avait de la peine à se déplacer. Il avait maintenant trouvé une physiothérapeute plus près de son domicile, mais il ne s'y rendait qu'une fois toutes les deux semaines. Le suivi psychologique qui avait été proposé n'avait pas encore débuté, mais le patient se disait alors motivé à le faire rapidement. Le patient avait arrêté le traitement par Amitriptyline, mais le médecin avait convenu avec lui, ce jour, de le reprendre. Sur le plan anamnestique socio-professionnel, le

---

patient avait trouvé un appartement au Grand-Saconnex, financé par l'hospice. À l'examen clinique il pouvait marcher sans ou avec rollator, de manière fluide, mais il présentait de temps en temps des abaissements d'allure fonctionnelle du corps. La force aux membres supérieurs (MS) était conservée. Quant à l'évaluation actuelle de la capacité professionnelle, le patient présentait une limitation pour les déplacements, même dans les courtes distances, et à l'intérieur. Il serait par contre capable d'effectuer un travail avec les MS ddc, ou d'allure cognitive. Cependant, vu qu'il n'avait pas eu d'activité professionnelle depuis de nombreux mois, il serait important de pouvoir évaluer son endurance et son rendement dans ces activités, par un stage de capacité professionnelle de l'AI. Le traitement en cours était de type médicamenteux (Amitriptyline 5 mg 1x/j. au coucher; Énalapril cp 2.5 mg 1x/j. le matin; Irfen en réserve), ainsi que physiothérapeutique 1x/2sem en cabinet; il bénéficiait d'un suivi IMAD 1x/sem. pour l'aide aux courses.

5. Par communication du 17 octobre 2018, l'OAI a indiqué à l'assuré qu'il prenait en charge les frais d'achat d'un déambulateur Banjo selon devis d'A à Z Solutions.ch, de CHF 180.-. Ce moyen auxiliaire lui serait remis en prêt.
6. D'autres documents médicaux ont été communiqués à l'OAI, à fin novembre 2018 :
  - Une demande de consultation « à qui de droit » établie par le médecin traitant le 17 avril 2018, au sujet d'un problème de diminution périphérique non bloquante de la sensibilité et de la force musculaire au niveau des MI. Il suggérait de procéder à un ENMG des membres inférieurs, et autres examens dont une IRM; le diagnostic qui pourrait être retenu serait une neuropathie périphérique non bloquante;
  - un résumé du 25 juillet 2017 d'un séjour de l'assuré aux soins intensifs des HUG du 24 au 25 juillet 2017 suivi d'un transfert à Beau-Séjour : l'intéressé avait été admis aux soins intensifs en raison d'un coma : patient de 34 ans connu pour un asthme, qui présentait, le 24 juillet à 4h20', une syncope sans prodromes (il s'était écroulé devant sa femme). À l'arrivée des ambulanciers, le patient était toujours inconscient avec GCS 3, hypertendu, sans trouble du rythme. Avant l'induction pour l'intubation le patient présentait un épisode de mouvements anormaux (non cloniques selon la transmission). Un test au Narcan avait été réalisé : sans réponse. Aux urgences, un angioCT avait été effectué et ne montrait pas d'hémorragie, d'ischémie, et des vaisseaux perméables. L'ECG était normal. Une recherche de toxiques avait été réalisée et était revenue positive à l'alcool, à la cocaïne et au cannabis. Le patient avait consulté aux urgences une semaine avant, en raison de douleurs thoraciques depuis 3 semaines, avec un diagnostic retenu de douleurs pariétales. Antécédents familiaux cardiaques (père décédé d'un infarctus à 60 ans) et notion d'une arythmie cardiaque X selon l'épouse. Dans l'ensemble les examens étaient négatifs. Sur le plan psychiatrique, la question était soulevée de conversion dans un contexte d'état dépressif (pour un diagnostic d'exclusion). Quant à l'évolution, le patient était initialement agité au réveil (agitation psychomotrice,

sans argument clinique pour une crise épileptique) motivant un relais Propofol suivi de Dexdor, avec évolution défavorable, permettant une extubation le 25 juillet 2017. Pas de déficit neurologique au réveil. Pas de plaintes hormis quelques céphalées. Le bilan avait été complété avec un EEG, qui n'avait pas révélé de crise focale. Probable dépression : au réveil le patient décrivait un mal-être et une asthénie depuis plusieurs années, le motivant à consommer des substances illicites. Pleurait durant l'entretien. Prescription médicamenteuse à la sortie et attitude générale : REA;

- un résumé du 5 mai 2018 d'un séjour aux HUG (département de médecine communautaire de premier recours et des urgences) le 26 avril 2018. Diagnostic principal : faiblesse dans les jambes; motif d'admission : déficit force des membres inférieurs. Anamnestiquement, l'hospitalisation de juillet 2017 était rappelée; épisode de malaise sans PC, ni TC à Lausanne en mars 2018, l'événement se présentant sous forme d'une fatigue intense soudaine, accompagnée d'une faiblesse des membres inférieurs, de sudations profuses et de dyspnée, tachypnée. Le patient décrivait des épisodes de malaises similaires deux à trois fois par mois depuis plusieurs années. En mars 2018, suite au malaise il était transféré au SU avec un RAD. Au CHUV, l'anamnèse révélait également un contexte social complexe : à l'aide sociale en raison de ses troubles de la mobilité, séparation compliquée; le patient aimerait demander l'AI, mais absence de diagnostic. Ce jour, le patient revenait, en raison de la majoration de la faiblesse des membres inférieurs, en augmentation depuis quelques semaines. Il se déplaçait avec une canne en intérieur et en fauteuil roulant à l'extérieur. Apparition depuis un mois de paresthésies de la main gauche (D4-D5), sans franche perte de force. Il rapportait une fatigue importante et invalidante depuis plusieurs années, qui aurait déjà été présente dans l'enfance avec une amélioration jusqu'à la trentaine. Le patient rapportait également une chute d'un balcon, d'une hauteur de 3 m selon lui, avec réception sur le dos, pour laquelle il n'avait pas consulté. Apparition depuis quelques semaines de quelques épisodes de perte de selles. Comorbidité/antécédents personnels : syncope et altération de l'état de conscience d'origine indéterminée (possiblement fonctionnelle) avec hospitalisation et bilan large cardio/neuro normal (1<sup>er</sup> juillet 2017). Faiblesse des jambes. Aucune allergie connue; traitement à domicile : Ventolin. À l'examen physique : état général conservé; respiratoire : eupnéique, pas de tirage; ostéoarticulaire : douleurs à la palpation de la colonne vertébrale, douleur paralombaire D, Lasègue reproduit, paresthésies MID à 80°; neurologique : pas de latéralisation NC; absence d'amyotrophie musculaire, hypoesthésie MIG en chaussette distal > proximal et hypoesthésie D4-D5 membre supérieur gauche (ci-après : MSG), RCP flexion ddc, ROT N MIG, diminué MID, symétriques aux MS, force M3 symétrique aux MI en position couchée, mais il pouvait supporter son poids; marchait en s'appuyant fortement sur sa canne avec lâchages MIG principalement; talons-pointes non testable. En synthèse : faiblesse des MI depuis plusieurs mois : avec

---

douleurs fluctuantes, paralysie transitoire, et paresthésies. Paresthésies également de D4-D5 du MSG depuis un mois. Évoluant avec actuellement nécessité d'un fauteuil roulant en extérieur. Patient très demandeur d'une explication, situation sociale complexe. Notion de chute de 3 m il y avait un mois avec réception sur le dos, pour laquelle n'aurait pas consulté. Attitude : ENMG à pister, avis psy à prévoir, physio, pister consultation neurologique. Proposition de suivi à Beau-Séjour;

- IRM colonne totale (neuro) du 18 mai 2018. Indication : trouble sévère de la marche sur une parésie des MI. Parésie des quatrième et cinquième doigts de la main gauche. ENMG normale. Exploration de l'ensemble de la moelle épinière de la base du crâne jusqu'à L4. Pas d'anomalies de signal ni de morphologie de la moelle épinière. Pas de rétrécissement canalaire. En conclusion : pas de signe de myélopathie. Discopathie C5-C6 avec rétrécissement foraminaux bilatéral;
  - Bilan fonctionnel de physiothérapie de sortie du 21 juin 2018, dans le cadre d'une rééducation interdisciplinaire. Projet thérapeutique : retour à domicile le 22 juin 2018 chez sa sœur en France voisine. Attentes du patient : pouvoir récupérer et marcher avec une canne simple. Continuer la piscine et la salle de réentraînement avec suivi en physiothérapie une à deux fois par mois, voire toutes les semaines. Objectif thérapeutique à l'hôpital : prise en charge interdisciplinaire intensive avec un programme d'objectifs préétablis, centré sur la récupération fonctionnelle des MI et la reprise de la marche. Moyen thérapeutique : séances individuelles de physiothérapie une fois par jour avec environ une séance/semaine de caninothérapie, groupe piscine une fois par jour, groupe réentraînement trois fois par semaine. Objectif thérapeutique à la sortie : marche indépendante avec une canne simple à l'intérieur du domicile, rollator 4 roues à l'extérieur.
7. La division de réadaptation professionnelle de l'OAI a entendu l'assuré le 15 janvier 2019 dans le cadre des mesures d'intervention précoce dans le but d'évaluer et de mettre en place une mesure d'orientation et d'aide au placement sous l'angle de l'art. 18 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - 831.20). Lors de cet entretien, l'assuré a décliné cette proposition : son état de santé ne lui permettait pas de suivre une quelconque mesure. Sur quoi le mandat du service de réadaptation a été clôturé.
8. Le Prof C\_\_\_\_\_ a procédé à une nouvelle évaluation médicale à la demande du SMR. Il a adressé à l'OAI deux rapports d'examen cliniques des 11 juillet et 10 octobre 2018 de sa consultation ambulatoire (déjà versés au dossier OAI - voir ci-dessus ad ch. 3 in fine et 4). Du point de vue strictement neurologique, le diagnostic était celui de trouble de la marche d'origine fonctionnelle. Au vu de l'évolution jusqu'à présent et compte tenu de la littérature, le pronostic était malheureusement réservé quant à l'évolution de cette atteinte. Il était probable que des limitations persistent à long terme. Les restrictions fonctionnelles qui en découlaient étaient des limitations pour les déplacements, même pour les courtes distances et à

l'intérieur. Besoin d'aide pour certaines activités de la vie quotidienne telle que, faire la cuisine et les courses. S'agissant de la capacité de travail (ci-après : CT) dans son activité habituelle de consultant administratif, le patient serait capable d'effectuer un travail avec les membres supérieurs ddc, ou d'allure cognitive. Cependant, vu que le patient n'a pas eu d'activité professionnelle depuis de nombreux mois, il serait important de pouvoir évaluer l'endurance et le rendement dans ces activités, via un stage de capacités professionnelles de l'AI. S'agissant de la CT dans une activité strictement adaptée, le patient n'ayant pas travaillé depuis de nombreux mois, il était actuellement difficile d'estimer la CT et le rendement du patient dans une telle activité adaptée. Il recommandait un stage d'évaluation.

9. Le Dr B\_\_\_\_\_ a établi un rapport intermédiaire à l'intention de l'OAI le 4 février 2019. Le début de la longue maladie était situé en avril 2018, la CT exigible dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée était de 0 % ; limitations fonctionnelles : « totale ». Le médecin traitant suivait ce patient depuis avril 2018; en cours. La fréquence était d'une consultation tous les 2 mois. Il était également suivi par les HUG et par des physiothérapeutes. La situation et les symptômes médicaux actuels consistaient en une faiblesse neuromusculaire des MI. Médication actuelle : Saroten retard 50 mg, Panadol, ibuprofène. Constatations médicales : incapacité de reprise de travail actuellement, le diagnostic avec incidence sur la CT était celui de neuropathie dégénérative. Il n'émettait aucun pronostic sur la CT. Prochaine mesure envisagée : physiothérapie. Activité professionnelle; actuellement sans activité. Il ne se prononçait pas sur les exigences éventuelles qui devraient être requises dans son activité professionnelle. Il ne se prononçait pas non plus sur les limitations fonctionnelles, ni sur les ressources qui pourraient être utiles pour sa réinsertion, ni sur sa capacité de conduire, ni sur le taux horaire journalier de travail exigible. Aucun facteur sinon les forces musculaires ne ferait obstacle à une réadaptation. Il ne se prononçait pas non plus sur les limitations du patient dans l'accomplissement des tâches ménagères.
10. Le SMR (docteur M. D\_\_\_\_\_) a émis son avis final le 25 avril 2019 : l'assuré, au bénéficiaire de l'hospice depuis 2015, était en incapacité de travail depuis le 26 avril 2018 pour trouble de la marche d'origine fonctionnelle. Actuellement, l'assuré était pris en charge par le Dr C\_\_\_\_\_, neurologue aux HUG. Le SMR décrivait les éléments médicaux figurant au dossier, en particulier les divers rapports du Dr C\_\_\_\_\_, notamment les dernières conclusions de son rapport du 30 janvier 2019 : diagnostic, trouble de la marche d'origine fonctionnelle; limitations : difficultés à se déplacer sur de courtes distances et besoin d'aide dans certaines activités de la vie quotidienne. Le spécialiste traitant estimait toujours, comme dans ses rapports précédents de juillet et octobre 2018, qu'une CT existe dans une activité avec les membres supérieurs ddc, ou d'allure cognitive. Au vu de l'examen du dossier médical, le SMR considérait que l'assuré avait présenté une atteinte à la santé d'avril à octobre 2018, non durablement incapacitante. Depuis octobre 2018 la CT était totale dans son activité habituelle, qui était adaptée, ainsi que dans toute

autre activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Aucune atteinte à la santé actuelle n'était durablement incapacitante; l'incapacité de travail durable était admise d'avril à octobre 2018 à 100 %; la CT exigible était de 100 % dans l'activité habituelle de consultant administratif, adaptée, et de 100 % dans (toute autre) activité adaptée. Les limitations fonctionnelles durables actuelles étaient : difficultés à se déplacer sur de courtes distances et besoin d'aide dans certaines activités de la vie quotidienne.

11. L'OAI a adressé à l'assuré un projet de refus de mesures professionnelles et de rente AI en date du 29 avril 2019. Le statut était celui d'une personne se consacrant à temps complet à son activité professionnelle; à l'issue de l'instruction médicale, l'OAI reconnaissait une incapacité de travail de 100 % dans son activité habituelle depuis avril 2018 (début du délai d'attente d'un an). L'office était d'avis que la CT était totalement rétablie dès novembre 2018. En conséquence, l'incapacité de travail ayant duré moins d'une année, les conditions du droit à la rente n'étaient pas réunies. Quant à d'éventuelles mesures d'ordre professionnel, compte tenu du fait que l'OAI considérait que la CT et la capacité de gain étaient pleines dans son activité habituelle depuis novembre 2018, de telles mesures n'étaient pas indiquées.
12. Il résultait d'une note téléphonique du 20 mai 2019 entre le gestionnaire de l'OAI et l'assuré, que ce dernier avait fait part au gestionnaire du fait que le projet de refus de prestations avait été un choc pour lui. Il avait beaucoup de peine à accepter sa situation : il espérait pouvoir remarcher sans déambulateur depuis longtemps, mais aujourd'hui il marchait toujours avec ce moyen auxiliaire. Il annonçait un rapport médical de son neurologue traitant.
13. Le 18 juin 2019, le Prof. C\_\_\_\_\_ a fait tenir à l'OAI la copie de son rapport médical du 15 mai 2019 au médecin traitant. Il retenait toujours le même diagnostic. En synthèse, il indiquait que le patient avait été pris sur un rendez-vous d'urgence car il voulait recourir contre une décision de l'OAI. Il y était toutefois venu 45 minutes en retard et n'avait pas pris la décision de l'OAI avec lui, mais la lui avait transmise par courriel. À ce sujet, ce médecin retenait effectivement que le patient ne présentait pas de limitations pour un travail en position assise. Le patient avait toujours l'impression subjective de ne pas pouvoir se déplacer jusqu'à un arrêt de bus pour utiliser les transports publics ou pour se rendre à des thérapies ou à un travail à l'extérieur. Une telle limitation sévère de l'endurance pour les déplacements à pied, malgré une physiothérapie de longue durée, était difficilement explicable par un trouble de marche fonctionnelle, puisque le patient avait maintenant une marche assez fluente et aisée à l'examen clinique. De plus la compliance avec la prise en charge proposée était restée partielle. Il participait à un programme de physiothérapie avec stimulation musculaire et auto-exercices à domicile; mais il n'avait jamais pris rendez-vous chez un psychologue, pour des raisons de difficultés de déplacement subjectives. Les pharmacothérapies à but analgésique avec Amitriptyline avaient été arrêtées par le patient, apparemment pour des raisons de prise de poids. Le spécialiste estimait n'avoir aujourd'hui pas

d'éléments neurologiques qui permettraient de changer la décision de l'AI. Il ne pouvait pas exclure un syndrome de fatigue chronique : un rendez-vous avait été fixé pour une consultation spécialisée au service de rhumatologie des HUG. L'examen clinique du jour montrait toujours des innervations saccadées aux MI, avec l'absence de troubles sensitifs, et des réflexes ostéotendineux conservés, compatibles avec un trouble fonctionnel. La marche était devenue plus rapide et sécuritaire comparée à l'automne 2018. Le patient arrivait bien à marcher sans moyens auxiliaires, mais préférait utiliser un rollator pour les déplacements à l'extérieur.

14. Le 25 juin 2019, le Prof. C\_\_\_\_\_ avait encore établi un certificat médical reçu le 1<sup>er</sup> juillet 2019 par l'OAI, au terme duquel il certifiait que le patient se plaignait de douleurs des MI associées à une distance de marche limitée à environ 100 m. Ceci l'empêcherait d'aller travailler. L'origine restait actuellement indéterminée; des investigations rhumatologiques étaient encore en cours.
15. Par courrier non daté mais reçu par l'OAI le 5 juillet 2019, l'assuré a décrit les raisons pour lesquelles il ne pouvait à l'heure actuelle tenir la responsabilité d'un poste de travail : les déplacements, les positions debout et assise prolongées déclenchaient des douleurs aux jambes particulièrement aux articulations, hanches, genoux, chevilles, douleurs qui parfois allaient jusqu'à l'empêcher de dormir ou de se déplacer même sur quelques mètres. Après avoir pris différents antidouleurs et suivi des programmes de physiothérapie, ergothérapie adaptée, il constatait que malheureusement les douleurs étaient aujourd'hui encore présentes au quotidien, contraignantes, notamment car tributaires de la météo, par exemple lorsqu'il pleuvait; il était alors contre-indiqué de se déplacer et ses douleurs étaient également proportionnelles à son activité physique : plus il marchait plus il avait mal. Ceci dit, grâce au soutien du corps médical, ainsi qu'un suivi régulier, également par son entourage proche ou les différents professionnels de soutien de la santé, il avait pu faire des progrès pour apprendre à accepter la douleur et gérer les activités de la vie adaptée à sa situation, en souhaitant qu'en continuant ce programme, ses douleurs viennent à être complètement maîtrisées, voire diminuées jusqu'à disparaître un jour. Les déplacements en extérieur nécessitaient encore l'utilisation d'un déambulateur, pour les distances de plus de 30 à 40 m, car une perte de force musculaire des jambes faisait qu'au bout de quelques mètres, ses jambes n'avaient plus de force, l'obligeant à s'arrêter ou à se tenir à une surface solide pour maintenir son équilibre; ce qui rendait tous les déplacements particulièrement pénibles et lents. Cependant, après avoir passé quatre mois en chaise roulante ainsi qu'une hospitalisation de deux mois, il constatait aujourd'hui grâce aux efforts du personnel hospitalier et des personnes qui l'avaient accompagné ces derniers mois, ainsi qu'à un investissement personnel notamment sous forme d'une perte de poids de plus de 20 kg, avec changement des habitudes alimentaires, et de mode de vie, qu'il n'était plus en chaise roulante et pouvait déjà avoir une certaine autonomie même s'il était encore très limité. Il souhaitait, en

continuant sur ce chemin, pouvoir encore se stabiliser et progresser. En conclusion, pour toutes ces raisons, il lui était très compliqué d'effectuer les trajets, de tenir les horaires, ou encore de pouvoir se projeter plus loin dans le temps.

16. Le SMR (Dr D\_\_\_\_\_) s'est encore prononcé dans un avis du 8 juillet 2019. Dans le cadre de l'audition, le neurologue traitant confirmait, dans un certificat médical récent reçu le 20 juin 2019, le diagnostic de troubles de la marche d'origine fonctionnelle, et que l'assuré ne présentait pas de limitations pour un travail en position assise; il notait une marche assez fluente et aisée à l'examen clinique, sans moyens auxiliaires nécessaires. Le neurologue constatait que la compliance à la prise en charge était restée partielle. L'assuré participait à un programme de physiothérapie avec stimulation musculaire et auto-exercices à domicile, mais il n'avait pas pris rendez-vous chez un psychologue et avait interrompu le traitement par Amitriptyline. Le neurologue traitant estimait qu'il n'y avait pas d'éléments neurologiques permettant de changer la décision de l'OAI. Il commentait également le certificat médical du même médecin du 1<sup>er</sup> juillet 2019, observant que ce spécialiste ne revenait en aucune façon sur la CT de l'assuré dans une activité exercée avec les membres supérieurs des deux côtés ou d'allure cognitive. L'activité habituelle de consultant administratif était adaptée aux limitations fonctionnelles concernées. Ainsi, le SMR était en accord avec le neurologue traitant et considérait que les nouvelles pièces médicales produites par l'assuré dans le cadre de l'audition n'étaient pas susceptibles de modifier l'appréciation du SMR du 25 avril 2019.
17. Le médecin traitant, le Dr B\_\_\_\_\_, certifiait que son patient ne pouvait tenir actuellement un poste de travail en raison des douleurs des muscles et des articulations des MI, avec des difficultés pour se déplacer. Des évaluations périodiques étaient prévues pour accélérer sa réinsertion future.
18. Sur quoi, l'OAI a notifié à l'assuré une décision de refus de mesures professionnelles et de rente d'invalidité, en date du 10 juillet 2019. Le rejet de la demande de prestations tel qu'envisagé dans le projet de décision du 29 avril 2019 était confirmé. Les nouvelles pièces médicales produites dans le cadre de l'audition ne permettaient pas de modifier la précédente appréciation de l'office.
19. Représenté par un conseil, l'assuré a interjeté recours auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre des assurances sociales) le 11 septembre 2019. Il conclut à l'annulation de la décision de l'OAI du 10 juillet 2019 et à l'octroi de mesures professionnelles ainsi qu'à une rente d'invalidité entière, avec suite de frais et dépens. La conclusion à laquelle parvient l'intimé, soit qu'il aurait retrouvé une pleine CT dès novembre 2018, et donc que son incapacité aurait duré moins d'une année, n'était pas corroborée par le dossier médical. Il était en effet en incapacité totale de travail notamment depuis le mois d'avril 2018, soit actuellement depuis plus de 16 mois sans interruption. Ceci avait pour conséquence que le recourant traversait une période de grande détresse personnelle, tant du fait de son état de santé que de ses grandes difficultés financières. Il ne disposait en effet d'aucune réserve ni d'aucun revenu suffisant

---

depuis la dégradation de son état de santé. Sa CT était toujours nulle comme l'attestait le « certificat de travail » établi le 30 août 2019 par la doctoresse E\_\_\_\_\_ (*NdR : ce document indique : « je soussignée, ..., certifie que la CT du patient est de 0 % du 30 août au 30 septembre 2019 inclusivement pour cause de maladie »*). Le recourant allègue que des investigations médicales sont d'ailleurs toujours en cours : il produit à cette fin une lettre de fin de traitement du 7 août 2019 du docteur F\_\_\_\_\_, médecin adjoint agrégé au service de rhumatologie des HUG. Le recourant estime sur le fond que la décision entreprise considèrerait faussement que la CT avait été totalement rétablie dès novembre 2018, et que les conditions des let. b et c de l'art. 28 al. 1 LAI n'étaient pas réalisées. Il ne pouvait ainsi qu'être mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité.

20. Selon son rapport du 7 août 2019 adressé au médecin traitant, le Dr F\_\_\_\_\_ décrit en résumé les éléments anamnestiques pertinents : il relève que le patient décrit l'apparition d'une faiblesse sévère des membres inférieurs et dans une moindre mesure des membres supérieurs en mars 2018, environ deux semaines après avoir noté de nombreuses piqûres d'insectes au niveau de la ceinture scapulaire, alors qu'il passait la nuit chez sa sœur à Gaillard. Un bilan immunitaire avait mis en évidence des autoanticorps compatibles avec une polyradiculonévrite démyélinisante; néanmoins l'ENMG réalisé quelques semaines plus tard avait permis d'exclure cette affection. Lors d'une hospitalisation en neurologie, puis neuro-rééducation, le diagnostic retenu avait été celui de troubles fonctionnels. Depuis lors, grâce à la poursuite de la rééducation, on notait une évolution lentement favorable. À partir de la fin de l'année 2018, le patient avait pu récupérer 90 % de l'usage de ses mains. Concernant les MI, il avait pu quitter la chaise roulante à partir d'août 2018 et il continuait de progresser lentement. Actuellement, il pouvait se déplacer jusqu'à 50 m avec une béquille, 30 à 60 minutes avec un déambulateur. Les distances de marche étaient variables et s'il sollicitait trop son système neuromusculaire, il décrivait l'apparition d'une faiblesse douloureuse qui pouvait ensuite très fortement limiter ses activités pendant plusieurs heures, voire plusieurs jours, en fonction de l'intensité de l'effort. Les douleurs de fond étaient relativement bien contrôlées par Palexia 150 mg matin et soir et 75 mg en réserve, qu'il utilisait environ un jour sur deux, lorsqu'il faisait des efforts plus importants (en particulier s'il sortait de son domicile). Il rapportait un sommeil plutôt réparateur qui pouvait cependant être perturbé si la journée avait été trop intensive. Il ne rapportait pas de fatigue extrême en l'absence d'effort physique. On relevait une bouche sèche depuis la mise sous Palexia, sans sécheresse buccale. Il n'y avait pas de syndrome de Raynaud; plus de problèmes respiratoires depuis l'arrêt du tabac; pas de perturbation du système digestif en dehors d'une petite tendance à la constipation en lien avec le Palexia, ni du système urogénital. Il rapportait une perte de 30 kg qu'il attribuait à la modification de son hygiène de vie, et également à ses difficultés à se nourrir, puisqu'il lui était nécessaire d'utiliser des escaliers pour se rendre dans la cuisine de son lieu de vie. L'examen clinique ne mettait pas en évidence de troubles de la statique rachidienne. On notait des difficultés d'équilibre

lorsqu'il se tenait debout sans bouger, ce qui rendait difficile l'appréciation de la mobilité rachidienne. Le testing musculaire montrait une force globalement diminuée surtout des membres inférieurs. Les réflexes ostéotendineux étaient vifs et symétriques. La palpation des masses musculaires était indolore. Les points de fibromyalgie étaient négatifs. Il n'y avait pas de limitation d'amplitude articulaire. Au total, pour répondre directement à la question du Prof. C\_\_\_\_\_, l'anamnèse et l'examen clinique permettaient d'exclure un syndrome de fatigue chronique ou une fibromyalgie. Hormis les affections musculaires qui n'avaient pas totalement été écartées par le bilan qu'il avait pu consulter, il fallait mentionner une myosite; il s'agissait cependant d'un diagnostic bien peu probable en présence de ces corps normaux lors de l'hospitalisation, et devant ce tableau d'évolution progressivement favorable. Néanmoins il lui semblait important d'exclure complètement ce diagnostic et il avait donc fait réaliser une prise de sang à la recherche des autoanticorps spécifiques. Durant l'entretien, il avait eu l'occasion d'aborder avec le patient le diagnostic de trouble fonctionnel. Il était apparu évident que le patient n'adhérait pas du tout à ce diagnostic, probablement en partie parce qu'il ne s'était pas senti reconnu dans ses plaintes par certains soignants qu'il avait consultés. Le médecin lui avait précisé que, pour sa part, il n'avait pas les compétences pour effectuer les tests nécessaires permettant de confirmer ou réfuter le diagnostic de trouble fonctionnel. Il avait évoqué avec le patient le fait qu'il pouvait obtenir un deuxième avis auprès d'une autre équipe spécialisée, par exemple la doctoresse (Prof) Selma AYBECK, ce qui pourrait peut-être amener un supplément d'aide dans ses démarches avec l'OAI. Il n'avait pas prévu de prochain rendez-vous et tiendrait le patient informé des résultats de la prise de sang.

21. Par courrier du 18 septembre 2019, l'OAI a transmis à la chambre de céans pour motif de compétence la copie du rapport de la Dresse E\_\_\_\_\_ du 9 septembre 2019, adressé au Prof. C\_\_\_\_\_, et en copie à l'OAI notamment. La neurologue, après un bref rappel anamnestique, indiquait que selon l'examen neurologique, les nerfs crâniens étaient alignés et sans anomalie. La marche était fluide à l'exception de quelques lâchages musculaires des deux jambes n'engendrant pas de chutes. La force variait entre M4 et M5 aux membres inférieurs. Sur le plan de la sensibilité, le patient rapportait une hypoesthésie du bras gauche, du mollet gauche et du pied droit. Les réflexes ostéotendineux étaient vifs et symétriques. Les tests cérébelleux ne montraient pas de dissymétrie aux MS et MI. Le tableau clinique semblait correspondre au syndrome fonctionnel connu; la spécialiste ne retenait pas d'indication à d'autres investigations neurologiques. La présence de douleurs articulaires bilatérales des hanches-genoux-chevilles laissait penser à une atteinte arthrosique à bilanter prochainement par des radiographies. Elle avait quelque peu augmenté et modifié le traitement médicamenteux. Elle prévoyait de revoir le patient à un mois pour réévaluation antalgique médicamenteuse; elle remettait un arrêt de travail à 100 % valable jusqu'au 9 octobre 2019, à réévaluer.

22. L'intimé a répondu au recours par courrier du 10 octobre 2019, concluant à son rejet. Le recourant conteste la décision entreprise en alléguant que les conditions de l'art. 8 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) seraient remplies. En l'espèce, aucun élément du dossier ne permettait cependant d'admettre une telle conclusion. L'intimé a tenu compte de l'ensemble des avis médicaux émis, en particulier ceux du Prof. C\_\_\_\_\_. Ce neurologue constate que le recourant peut marcher avec ou sans rotateur de manière fluide sur de courtes distances et que la force de ses membres supérieurs est conservée. Il estime qu'une CT est possible avec les membres supérieurs des deux côtés ou d'allure cognitive (rapport du 16 octobre 2018). Dans son rapport du « 9.09.2019 » ce même médecin indique également que le recourant ne présente pas de limitations pour un travail en position assise et note une marche assez fluente et aisée à l'examen clinique. Les limitations fonctionnelles retenues sont : difficultés à se déplacer sur de courtes distances et besoin d'aide dans certaines activités de la vie quotidienne sont compatibles avec l'activité habituelle du recourant. C'était donc à juste titre que l'OAI avait suivi les conclusions du SMR (avis du 25 avril 2019). Ainsi le recourant avait présenté une incapacité de travail inférieure à une année, les conditions des articles précédemment mentionnés n'étant pas réunies. Le rapport de la Dresse E\_\_\_\_\_ du 9 septembre 2019 et la lettre de fin de traitement du 7 août 2019 (Dr F\_\_\_\_\_) avaient été soumis au SMR, lequel s'était déterminé dans un avis du 10 octobre 2019 joint à l'écriture de l'intimé, ce dernier se ralliant aux conclusions de son service médical.
23. En substance, l'avis du SMR du 10 octobre 2019 considère que l'avis de la Dresse E\_\_\_\_\_ n'amène aucun nouvel élément médical. Les limitations fonctionnelles demeurent inchangées : faiblesse des MI et instabilité à la marche. Quant à la lettre de fin de traitement du Dr F\_\_\_\_\_ du 7 août 2019 : ce spécialiste indique que l'assuré note une évolution lente et favorable. Il peut se déplacer actuellement avec une béquille sur 50 m. L'examen clinique est superposable avec celui des neurologues. Il n'y a pas d'atteinte en relation avec une atteinte rhumatologique. Le spécialiste propose un test de laboratoire, afin d'exclure un diagnostic de myosite, même si ce dernier est peu probable en raison de l'évolution favorable. Ce rapport n'amène pas de nouvel élément médical. Les plaintes et le status clinique demeurent les mêmes. La mise en évidence d'un autre diagnostic ne modifierait pas les conclusions du SMR qui se base sur des limitations fonctionnelles objectives.
24. Le recourant a répliqué par courrier du 5 novembre 2019. Il conteste intégralement les conclusions que l'intimé déduit du rapport du Prof. C\_\_\_\_\_ du 10 octobre 2018 : si ce médecin estime que le patient présente une limitation pour les déplacements, même dans les courtes distances et à l'intérieur, le recourant précise que ses déplacements ne se font qu'au prix de fortes douleurs qui persistent pendant plusieurs heures après le déplacement et l'obligent à rester immobile. Il peut également tenir debout pendant 5 minutes seulement sans moyens auxiliaires, ce qui requiert par conséquent une aide continue dans la simple réalisation des tâches

quotidiennes. Il a relevé quelques erreurs dans la date de certains rapports auxquels l'intimé s'est référé et en conclut que les déterminations de l'OAI résultent non seulement de pièces « fausses ou inexistantes », mais également d'une appréciation totalement arbitraire de celles-ci. Il se réfère ensuite à certains rapports des médecins qu'il a consultés, qui tous feraient état d'une incapacité totale de travail, et se demande comment l'intimé peut alléguer que la CT ne serait pas diminuée. Il estime en outre que la question de la validité des conclusions du SMR du 17 septembre 2019 peut se poser, dès lors qu'il arrive à la conclusion que la capacité de gain était entière alors que les rapports des médecins consultés ou traitants disaient le contraire, et qu'il fonde son appréciation sans avoir examiné l'assuré. Le recourant rappelle qu'il a pris toutes les mesures nécessaires et recommandées par les nombreux médecins l'ayant vu, pour pouvoir retrouver sa capacité de gain. Il avait récemment repris des séances d'acupuncture et d'hypnose afin d'apaiser ses douleurs. Sa bonne foi ne saurait donc être mise en doute. Fort du constat, l'office confirmait que le recourant avait présenté une incapacité de travail entre avril et octobre 2018 mais la réfutait par la suite, alors que les circonstances n'avaient malheureusement pas évolué favorablement depuis octobre 2018. Il estime en substance que dans la mesure où il ne lui est pas possible de se déplacer, de rester ni debout ni assis pendant une période prolongée sans ressentir des douleurs importantes pouvant durer plusieurs heures, voire plusieurs jours, il n'est objectivement pas possible, selon la jurisprudence, de demander à un assuré de surmonter son incapacité de gain.

25. L'intimé a dupliqué par courrier du 28 novembre 2019. Il a rectifié l'erreur figurant dans sa réponse au sujet de la date du rapport du Prof. C\_\_\_\_\_ (15 mai 2019 et non pas 9 septembre 2019 comme indiqué par erreur), mais il cite le rapport de ce neurologue du 15 mai 2019 qui confirme bien : « effectivement, (le patient) ne présente pas de limitations pour un travail en position assise. Le patient a toujours l'impression subjective de ne pas pouvoir se déplacer jusqu'à un arrêt de bus pour utiliser les transports publics pour se rendre à des thérapies ou un travail à l'extérieur. Une telle limitation sévère de l'endurance pour les déplacements à pied malgré une physiothérapie de longue durée et difficilement explicable par un trouble de marche fonctionnelle puisque le patient a maintenant une marche assez fluente et aisée à l'examen clinique ». L'OAI a tenu compte de l'ensemble des atteintes à la santé du recourant, et a, à juste titre, retenu que le recourant a présenté une incapacité de travail limitée dans le temps, soit d'avril à octobre 2018. Il persiste pour le surplus dans ses écritures et conclusions précédentes.
26. La chambre de céans a communiqué les écritures de l'intimé au recourant et informé les parties que la cause serait gardée à juger dès le 23 décembre 2019.
27. Le 23 décembre 2019, le recourant a encore adressé à la chambre de céans des observations au sujet de la duplique de l'intimé. Il s'étonne que l'OAI se rapporte à un rapport médical du Prof. C\_\_\_\_\_ du 15 mai 2019, alors que ce même médecin a ultérieurement (le 20 août 2019) rendu un arrêt de travail à 100 % pour maladie

---

pour la période du 1<sup>er</sup> novembre 2018 au 31 août 2019 (pièce 16 recourant - certificat d'arrêt de travail non motivé). Il observe de plus que tous les avis médicaux donnés après le 15 mai 2019 concordent. Les différents médecins consultés confirment tous les difficultés vécues par leur patient, et son incapacité à pouvoir assumer une tâche, même simple, sans vivre de fortes souffrances. Selon lui la capacité de gain est dès lors purement et simplement inexistante, comme le reconnaît, selon lui, le neurologue traitant lui-même. Il est ainsi pour le moins dérangeant de constater que l'intimé ne prend pas en compte l'ensemble des avis médicaux et décide sciemment d'ignorer ceux qui vont à l'encontre de l'avis de son médecin-conseil qui n'a pas procédé à un examen complet du recourant.

28. La chambre de céans a communiqué ces écritures à l'intimé qui ne s'est plus manifesté.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 LPGA relatives à la LAI.

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

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

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais pour la période du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA et art. 89C let. b de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]), le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).
4. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, en particulier le droit à une rente, voire à des mesures professionnelles, en fonction de son degré d'invalidité.
5. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1).

---

Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008).

6. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins.

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. Selon l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

7. 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. 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).

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; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 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.

a. 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; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

b. 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; ATF 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).

c. 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 Nr. 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 9C\_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

8. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).
9. 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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 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 126 V 319 consid. 5a).
10. Selon la jurisprudence, le juge appelé à connaître de la légalité d'une décision rendue par les organes de l'assurance sociale doit apprécier l'état de fait déterminant

---

existant au moment où la décision sur opposition litigieuse a été rendue (ATF 121 V 366 consid. 1b et les arrêts cités; ATF 131 V 407 consid. 2.1.2.1).

11. 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 des assurances 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).
12. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).
13. En l'espèce, l'OAI, saisi d'une demande de prestations (rente et/ou mesures professionnelles) en date du 25 juin 2018, a refusé toute prestation de l'assurance-invalidité au recourant, au motif qu'à l'issue de l'instruction médicale, il reconnaissait à l'assuré une incapacité de travail de 100 % dans son activité habituelle, dès avril 2018 (début du délai d'attente d'un an), mais considérait que sa CT était totalement rétablie dans son activité habituelle de consultant indépendant, dès novembre 2018, soit après moins d'une année. Le recourant conteste cette décision, au motif que contrairement aux conclusions du SMR, l'ensemble de ses médecins traitants et des spécialistes qu'il a consultés s'accorderaient à considérer qu'à tout le moins dès le mois d'avril 2018, il serait totalement incapable de travailler, situation qui perdurerait encore actuellement. Ainsi, au vu des principes

énoncés précédemment, il y a lieu d'examiner la valeur probante des différents avis médicaux versés au dossier.

a. S'agissant des avis exprimés successivement par le SMR, la chambre de céans constate que ceux-ci répondent clairement au but qui leur est assigné, soit 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. Ils prennent en compte l'ensemble des documents médicaux versés au dossier, et en l'espèce par rapport à la problématique posée, en particulier les divers rapports du Prof C\_\_\_\_\_. Du reste, sur audition, le SMR a constaté que le neurologue traitant validait expressément ses conclusions précédentes, ayant conduit l'OAI à considérer que la CT du recourant était entière dans son activité habituelle dans la mesure où cette activité était adaptée à ses limitations dans les déplacements, mais pouvait être exercée de manière sédentaire avec un usage non limité des deux MS. La chambre de céans reconnaît donc une pleine valeur probante au rapport du service médical de l'OAI.

b. S'agissant des médecins ayant suivi le recourant, et tout d'abord du médecin généraliste traitant du recourant, soit le Dr B\_\_\_\_\_ : force est de constater que les quelques certificats ou rapports médicaux qu'il a établis et qui ont été versés au dossier, ne peuvent se voir reconnaître une pleine valeur probante. Il en va notamment ainsi de son rapport sur la formule questionnaire de l'OAI du 4 février 2019. Il n'apporte aucune indication sur le plan anamnestique, se borne à considérer que l'incapacité de travail était totale depuis avril 2018, en cours, que ce soit pour l'activité exercée en dernier lieu, ou pour toute autre activité; en termes de limitations fonctionnelles, au début du questionnaire, il répond : « totale », puis, dans le corps du questionnaire, lorsqu'il traite les questions posées, ses réponses sont vagues, et peu sinon pas documentées : ainsi, par exemple, à la question 2.4 (constats médicaux complets sur la base des examens que vous avez pratiqués) : réponse : « incapacité de reprise de travail actuellement ». S'agissant de la situation professionnelle et des exigences auxquelles le patient devrait faire face pour exercer son activité, il dit ne pas être en mesure de répondre; il n'est pas en mesure non plus d'exposer quelles seraient les limitations fonctionnelles dont son patient serait affecté; il n'est pas non plus en mesure de répondre à la question de savoir si l'intéressé dispose de ressources qui pourraient être utiles à sa réinsertion; s'agissant des questions relatives au potentiel de réadaptation, le médecin traitant dit ne pas être en mesure de répondre à la question de savoir combien d'heures de travail par jour l'on peut raisonnablement attendre du patient dans son activité habituelle; à la même question pour l'exercice d'une activité adaptée, il répond : « aucune »; il n'émet aucun pronostic sur le potentiel de réadaptation du patient, n'est pas en mesure de dire dans quelle mesure son patient est limité dans l'accomplissement des tâches ménagères; et s'agissant des facteurs faisant obstacle à une réadaptation, il répond qu'il n'en existe aucun sauf les forces musculaires. Quant aux autres certificats médicaux qu'il a établis, notamment le 25 février 2019 à la demande de

son patient pour confirmer que ce dernier avait besoin d'un logement adapté à son handicap (accessibilité par ascenseur si l'appartement est à l'étage, présence d'une cuisine et d'une salle de bains dans le logement), ou encore son attestation du 25 juin 2019 aux termes de laquelle il certifie que le patient ne peut tenir actuellement un poste de travail pour douleurs des muscles et des articulations des membres inférieurs avec les difficultés à se déplacer, ils n'apportent guère d'éclairage quant à la compréhension de l'état de santé et la justification des affirmations de ce praticien. En substance et pour l'essentiel, le médecin traitant se borne à restituer le point de vue subjectif de son patient.

c. Le recourant a toutefois été régulièrement suivi aux HUG, et en particulier au département de neurosciences cliniques, principalement par le Prof. C\_\_\_\_\_, qui s'est régulièrement prononcé sur l'état de santé de l'assuré. Ce fut notamment le cas après le séjour de l'intéressé au service de neuro-rééducation dudit département du 8 mai au 22 juin 2018. À ce sujet, les documents pertinents sont en particulier la lettre de sortie du 27 juin 2018, qui comporte des diagnostics précis, une anamnèse détaillée, la prise en compte des plaintes du patient, des constatations objectives sur le plan médical, dans le cadre de cette hospitalisation pour rééducation interdisciplinaire (cf. ci-dessus En fait ch. 3 pour le détail du contenu de ce document).

ca. Dans ses rapports de consultations successives, le Prof. C\_\_\_\_\_ reprend systématiquement les diagnostics retenus; dans un premier temps, s'agissant des renseignements anamnestiques, il renvoie pour le détail à la lettre de sortie du 27 juin 2018, complétant les informations pour les actualiser, à l'occasion de chaque nouvelle consultation. Ainsi, la valeur probante des avis médicaux de ce spécialiste, neurologue traitant du recourant, doit s'apprécier par rapport à l'ensemble des documents émanant de sa part ou de son service, dans l'évolution chronologique. Ainsi, dans son rapport de consultation du 11 juillet 2018, ce médecin, après avoir complété les informations anamnestiques, relève les plaintes et préoccupations du patient, lequel exprime des difficultés à accepter le diagnostic d'un trouble fonctionnel, pourtant confirmé par l'examen clinique actuel et les différents examens complémentaires effectués par le passé. Il note que des difficultés persistent à la marche qui reste impossible sans rollator. Le neurologue a également évoqué la question du suivi psychologique, en recommandant une psychologue au patient, pour continuer les démarches s'il le souhaitait. Le médecin notait également ses constatations objectives à l'examen clinique, et l'évolution de l'état de son patient.

cb. Dans son rapport de consultation du 10 octobre 2018, le neurologue traitant constate une amélioration partielle depuis juillet 2018. Le patient est maintenant capable de tenir environ 5 minutes debout, et l'endurance à la marche s'est améliorée. Lors de l'observation de la marche on constate en effet une meilleure rapidité et une meilleure fluidité. Cependant, le patient décrit encore une fatigabilité rapide dès qu'il doit se déplacer un peu plus loin, et il se sent encore incapable de

faire les courses lui-même, raison pour laquelle il a maintenant demandé l'aide de l'IMAD. Il observe que le patient a manqué plusieurs rendez-vous de physiothérapie, qu'il avait pourtant demandée au service de neurosciences cliniques, en raison de sa peine à se déplacer. Le spécialiste observe que le suivi psychologique qui avait été proposé n'avait pas encore débuté; mais le patient se disait aujourd'hui motivé de vouloir le faire rapidement. Le neurologue a encore constaté que le patient avait interrompu le traitement pharmacologique par Amitriptyline. Le médecin a convenu avec le patient de la reprise de ce traitement. À l'examen clinique, le médecin observe que le patient peut marcher sans ou avec rollator, de manière fluide, il présente de temps en temps des abaissements d'allure fonctionnelle du corps. Il note que la force au membre supérieur était conservée. Quant à l'évaluation actuelle de la capacité professionnelle, le médecin observe que si le patient présente effectivement des limitations pour les déplacements, même dans les courtes distances et à l'intérieur, il serait par contre capable d'effectuer un travail avec les membres supérieurs des deux côtés, ou d'allure cognitive. Il suggère toutefois que le patient n'ayant plus travaillé depuis plusieurs mois, il serait important de réévaluer l'endurance et le rendement dans ses activités, via un stage organisé dans le cadre de l'OAI.

cc. En réponse à un questionnement du SMR, du 17 janvier 2019, le Prof. C \_\_\_\_\_ confirmait le diagnostic de trouble de la marge d'origine fonctionnelle, observant que le pronostic était malheureusement réservé au vu de l'évolution jusque-là, et compte tenu de la littérature, imaginant que des limitations allaient persister à long terme; limitations pour les déplacements mêmes pour les courtes distances et à l'intérieur. Le patient avait besoin d'aide pour certaines activités de la vie quotidienne telle que faire la cuisine et les courses. En revanche, sur le plan strictement neurologique, le patient serait capable d'effectuer un travail avec les membres supérieurs, ddc, ou d'allure cognitive.

cd. La chambre de céans observe que l'ensemble de ces rapports successifs forme un tout cohérent, réunissant les conditions nécessaires pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. C'est d'ailleurs sur cette base que le SMR, a émis son avis final le 25 avril 2019, et conclu en substance que l'assuré avait présenté une atteinte à la santé du mois d'avril au mois d'octobre 2018, non durablement incapacitante, et qu'ainsi dès octobre 2018, la CT était entière tant dans l'activité habituelle, elle-même adaptée, ainsi que dans toute autre activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues.

ce. Le Prof. C \_\_\_\_\_ s'est encore expressément prononcé, dans le cadre d'un rapport de consultation ambulatoire du 15 mai 2019. Le patient avait alors pris rendez-vous d'urgence car il voulait « faire un recours à une décision de l'AI » (en réalité s'opposer au projet de décision du 29 avril 2019). Le neurologue traitant indique avoir examiné le courrier de l'OAI qui refuse des mesures de réinsertion ou une rente avec l'argument que le patient est déjà en capacité professionnelle entière. Ce spécialiste observe à cet égard qu'effectivement le patient ne présente pas de

limitations pour un travail en position assise. Il remarque ensuite que le patient a toujours l'impression subjective de ne pas pouvoir se déplacer jusqu'à un arrêt de bus pour utiliser les transports publics ou pour se rendre à des thérapies ou à un travail à l'extérieur. Il observe à ce sujet qu'une telle limitation sévère de l'endurance pour les déplacements à pied, malgré une physiothérapie de longue durée, est difficilement explicable par un trouble de marche fonctionnelle, puisque le patient a maintenant une marche assez fluente et aisée à l'examen clinique. Il remarque que la compliance avec la prise en charge proposée était restée partielle. Il participait à un programme de physiothérapie avec stimulation musculaire et auto-exercices à domicile, mais il n'avait jamais pris rendez-vous chez un psychologue pour des raisons de difficultés de déplacement subjectives. Les pharmacothérapies à but analgésique avec Amitriptyline avaient été arrêtées par le patient, apparemment pour des raisons de prise de poids. À l'examen clinique du jour, il constatait toujours des innervations saccadées aux MI avec l'absence de troubles sensitifs, et des réflexes ostéotendineux conservés, compatibles avec un trouble fonctionnel. La marche était devenue plus rapide et sécuritaire comparé à l'automne 2018. Le patient arrivait bien à marcher sans moyens auxiliaires, mais préférait utiliser un rollator pour les déplacements à l'extérieur. Ce spécialiste concluait qu'il n'avait (au 15 mai 2019) aucun élément neurologique qui permettrait de changer la décision de l'OAI. Il ne pouvait exclure un syndrome de fatigue chronique pour lequel le patient avait reçu un rendez-vous au service de rhumatologie des HUG.

cf. En complément, mais très vraisemblablement à la demande du patient, le neurologue traitant a établi un bref certificat médical complémentaire le 25 juin 2019 au terme duquel il certifie que le patient se plaint de douleurs des membres inférieurs bilatéraux associées à une endurance de marche limitée à environ 100 m. Ceci l'empêche d'aller travailler. L'origine reste actuellement indéterminée, des investigations rhumatologiques sont encore en cours. Pour l'essentiel, ce certificat médical ne fait que répercuter les plaintes subjectives de son patient, lesquelles avaient déjà été évoquées dans le rapport médical précédent, et le médecin avait pris position au sujet de ces plaintes.

cg. Sur la base de ces deux documents médicaux (15 mai et 25 juin 2019 susmentionnés) le SMR, dans un avis sur audition, du 8 juillet 2019, après avoir fait la synthèse de ces documents, a constaté être en accord avec le neurologue traitant et a considéré à juste titre que les nouvelles pièces produites par l'assuré dans le cadre de l'audition n'étaient pas susceptibles de modifier son appréciation précédente (avis du SMR du 25 avril 2019).

d. Dans le cadre de son recours et dans sa réplique devant la chambre de céans, l'assuré s'étonne que l'intimé, pour justifier son point de vue selon lequel le recourant présenterait une pleine capacité de travail, se fonde sur le rapport du Prof. C\_\_\_\_\_, alors que ce dernier a encore établi des certificats médicaux postérieurs, soit en particulier celui du 25 juin 2019 susmentionné, ainsi qu'un arrêt

---

de travail pour maladie, à 100 %, pour la période du 1<sup>er</sup> novembre 2018 au 31 août 2019. Comme on vient de le voir, le bref certificat médical du 25 juin 2019 n'apporte rien de plus par son contenu que ce qui figurait déjà, et de manière plus détaillée, dans le rapport du 15 mai 2019. Ce document a certainement été établi à la demande expresse du patient, qui du reste le jour-même en a fait également établir un par son médecin traitant, commenté précédemment. Quant à « l'arrêt de travail du 20 août 2019 », on retiendra que celui-ci recouvre rétrospectivement la période écoulée depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2018, jusqu'à fin août 2019, complétant pro forma les arrêts de travail qu'il n'avait prolongés jusque-là que jusqu'à fin octobre 2018. Ce certificat médical ne remplit pas les conditions jurisprudentielles pour se voir reconnaître une valeur probante. Son contenu est largement insuffisant, et il ne démontre rien. Cet arrêt de travail - qui a très vraisemblablement été sollicité par le patient pour les besoins de la procédure de recours - ne fait qu'avaliser une situation de fait : le patient n'a pas travaillé entre le 1<sup>er</sup> novembre 2018 et le mois d'août 2019. Ce document s'intègre manifestement dans le cadre de la relation de confiance et d'empathie unissant le médecin et son patient dans le cadre du mandat thérapeutique.

On retiendra dès lors à ce stade qu'au moment où elle a été rendue, la décision entreprise l'a été sur la base de pièces médicales probantes. Les avis successifs du SMR évoqués ci-dessus, ayant dans un premier temps fondé le projet de refus de prestations de l'OAI, puis, sur audition, ayant confirmé le précédent avis de l'appréciation du neurologue traitant.

14. a. Dans le cadre de son recours, l'assuré a produit un nouveau document médical : la lettre de fin de traitement du service de rhumatologie des HUG, en l'occurrence le Dr F\_\_\_\_\_, rhumatologue FMH et médecin adjoint agrégé. Ce médecin a procédé à une consultation spécialisée à la demande du Prof. C\_\_\_\_\_. Ce dernier avait, en effet, relevé en conclusion, dans son rapport de consultation ambulatoire du 15 mai 2019, n'avoir pas d'élément neurologique permettant de changer la décision (recte : le projet de décision) de l'OAI; il ne pouvait toutefois exclure un éventuel syndrome de fatigue chronique, et à des fins d'exclusion, il avait sollicité une consultation spécialisée en rhumatologie.

Le spécialiste en rhumatologie a résumé dans son rapport les éléments anamnestiques essentiels, et rappelé en particulier l'origine des troubles dont se plaint actuellement le patient, en particulier dès mars 2018, et les mesures médicales qui avaient été entreprises, sur la base du diagnostic retenu de troubles fonctionnels. Il a recueilli auprès du patient les informations sur son état et ressenti actuel, observant notamment qu'à partir de la fin de l'année 2018, il avait pu récupérer 90 % de l'usage de ses mains, et que, s'agissant des membres inférieurs, il avait pu quitter la chaise roulante à partir d'août 2018, et il continuait à progresser lentement. Selon le rhumatologue, l'examen clinique ne mettait pas en évidence de troubles de la statique rachidienne. Il notait des difficultés d'équilibre lorsque le patient se tient debout sans bouger qui rend difficile l'appréciation de la mobilité

rachidienne. Le testing musculaire montrait une force globalement diminuée, surtout des membres inférieurs. Les réflexes ostéotendineux étaient vifs et symétriques. La palpation des masses musculaires était indolore. Les points de fibromyalgie étaient négatifs. Il n'y avait pas de limitation d'amplitude articulaire. Le spécialiste concluait : au total, pour répondre directement à la question du Prof. C\_\_\_\_\_, l'anamnèse et l'examen clinique permettent d'exclure un syndrome de fatigue chronique ou une fibromyalgie. (cf. ci-dessus En fait ch. 20 pour le détail du contenu de ce document). Durant l'entretien il avait eu l'occasion d'aborder avec le patient le diagnostic de troubles fonctionnels. Il était apparu évident que l'intéressé n'adhérait pas du tout à ce diagnostic, probablement en partie parce qu'il ne s'était pas senti reconnu dans ses plaintes par certains soignants rencontrés.

Pour l'essentiel, il faut retenir de ce rapport auquel la chambre de céans reconnaît une pleine valeur probante, qu'il a permis d'exclure toute affection rhumatologique chez le recourant. En cela, ces investigations complémentaires n'étaient pas de nature à modifier les conclusions auxquelles parvenait l'intimé dans la décision entreprise.

b. L'OAI ayant reçu, après le dépôt du recours, un rapport de la Dresse E\_\_\_\_\_, invitée par le Prof C\_\_\_\_\_ à assurer le suivi neurologique du patient, il a transmis ce rapport à la chambre de céans pour motif de compétence.

La Dresse E\_\_\_\_\_ retient elle aussi le diagnostic de trouble de la marche d'origine fonctionnelle. À l'examen neurologique les nerfs crâniens sont alignés et sans anomalie. La marche est fluide à l'exception de quelques lâchages musculaires des deux jambes n'engendrant pas de chute. Sur le plan de la sensibilité, le patient rapporte une hypoesthésie du bras gauche, du mollet gauche et du pied droit. Les réflexes ostéotendineux sont vifs et symétriques. Les tests cérébelleux ne montrent pas de dysmétrie aux MI et MS. La neurologue considère que le tableau clinique correspond au syndrome fonctionnel connu et ainsi elle ne retient pas d'indication à d'autres investigations neurologiques. La présence de douleurs articulaires bilatérales des hanches-genoux-cheville lui font penser à une atteinte arthrosique qu'elle bilanerait très prochainement par des radiographies. Elle avait quelque peu modifié le traitement médicamenteux en cours (augmentation de la dose de Sevredol; proposition d'introduire le Cimbalta comme traitement antalgique, toutefois refusé par le patient en raison de mauvaises expériences avec les antidépresseurs). Elle reverrait le patient à un mois pour une réévaluation antalgique; elle lui remettait un certificat d'arrêt de travail à 100 % valable jusqu'au 9 octobre 2019, à réévaluer. Au vu de ce qui précède, l'arrêt de travail dont il est question est de même nature que celui établi en dernier lieu par le Prof. C\_\_\_\_\_ pour la période s'étendant jusqu'au 31 août 2019, mais n'est pas de nature à remettre en cause la pleine capacité de travail dans une activité adaptée (en l'occurrence d'ailleurs l'activité habituelle du recourant, reconnue par le neurologue traitant et ayant fondé la décision entreprise).

c. Le SMR s'est prononcé dans un avis médical du 10 octobre 2019 au sujet des rapports susmentionnés des Drs E\_\_\_\_\_ et F\_\_\_\_\_. Après avoir résumé l'essentiel du contenu de ces rapports, le SMR constate que ces nouveaux documents n'apportent pas d'éléments nouveaux sur le plan médical : pour ce qui est de la neurologue, on remarque que les limitations fonctionnelles demeurent inchangées : faiblesse des membres inférieurs et instabilité à la marche. Quant au rapport du rhumatologue, celui-ci décrit que l'assuré note une évolution lente et favorable. Le spécialiste propose un test de laboratoire afin d'exclure un diagnostic de myosite, même si ce dernier est peu probable en raison de l'évolution favorable. Le SMR remarque enfin que la mise en évidence d'un autre diagnostic ne modifierait quoi qu'il en soit pas ses conclusions, lesquelles se basent sur des limitations fonctionnelles objectives.

15. La chambre de céans, lorsqu'elle est appelée à connaître de la légalité d'une décision rendue par les organes de l'assurance sociale doit, selon la jurisprudence, apprécier l'état de fait déterminant existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 366 consid. 1b et les arrêts cités ; ATF 131 V 407 consid. 2.1.2.1). Elle constate donc que les documents médicaux nouveaux produits dans le cadre de la procédure de recours n'apportent rien de nouveau, qui n'ait été pris en compte au moment où la décision entreprise a été rendue, sous réserve des résultats de la consultation spécialisée en rhumatologie – négatifs –, que le Prof. GUGGISGERG avait, par acquit de conscience sollicité à l'époque de son dernier rapport, pris en considération par l'intimé et le SMR pour aboutir à la décision entreprise.

Au vu de ce qui précède, c'est à juste titre que l'intimé a rendu la décision du 10 juillet 2019, rejetant la demande de prestations du 25 juin 2018 de l'assuré au motif que l'incapacité de travail totale dans son activité habituelle depuis avril 2018 avait duré moins d'un an, et considérant que dès novembre 2018 l'assuré était à nouveau capable de travailler dans son activité habituelle de consultant administratif indépendant, activité considérée comme adaptée à ses limitations fonctionnelles.

C'est également l'occasion de rappeler, à l'intention du recourant, qu'il ne s'agit pas dans le cas d'espèce de nier l'existence d'atteintes à sa santé, celles-ci étant en effet reconnues, étant admis que ces dernières ont des conséquences en termes de limitations fonctionnelles. On rappelle en effet que la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

16. On relèvera enfin que le recourant conclut à l'octroi de mesures professionnelles. La chambre de céans observe à cet égard que le recourant n'a nullement étyé cette

conclusion, ni exposé en quoi la décision entreprise serait erronée en tant qu'elle a refusé l'octroi de telles mesures. L'intimé a en effet considéré à ce sujet que compte tenu du fait que la capacité de travail et de gain étaient pleines dans son activité habituelle depuis novembre 2018, de telles mesures n'étaient pas indiquées. De l'avis de la chambre de céans, elles l'étaient au demeurant d'autant moins que l'assuré lui-même, lorsqu'il a été entendu, le 15 janvier 2019, par la division de réadaptation professionnelle de l'intimé, certes dans le cadre du mandat de détection précoce, a décliné la proposition de mise en place d'une mesure d'orientation professionnelle et d'aide au placement, en indiquant que son état de santé ne lui permettait pas de suivre une quelconque mesure.

17. Comme rappelé précédemment, lorsque le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles il doit procéder d'office, est convaincu que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). En l'espèce, il apparaît inutile de procéder à d'autres actes d'instruction, notamment l'audition du recourant, personnellement, dès lors qu'il a largement eu l'occasion de s'exprimer par écrit, par la voie de son conseil, de sorte que son audition n'apporterait rien de plus qui soit susceptible de modifier la conviction que s'est forgée la chambre de céans, étant précisé que selon la jurisprudence, ce mode de procéder ne viole pas le droit d'être entendu du justiciable.
18. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté.

Bien que la procédure ne soit pas gratuite en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI), il convient de renoncer à la perception d'un émolument, le recourant étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 13 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Dit qu'il n'est pas perçu d'émolument.
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

Mario-Dominique TORELLO

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