

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1235/2018

ATAS/606/2019

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 20 juin 2019

3^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié au GRAND-SACONNEX

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____, né en _____ 1961, a travaillé comme responsable de magasin, puis employé polyvalent (pose de sols, manutention, arrachage de fonds, façonnage de lissage de chapes), puis opérateur sur balancier à friction (aluminium, cuivre et laiton), puis ouvrier polyvalent chargé du contrôle d'étanchéité et de finition de pièces usinées, ainsi que du montage de pompes à vide, puis employé de la voirie, puis ouvrier à 100%, et, depuis 2006, polisseur.
2. En juin 2017, il a fait l'objet d'une détection précoce par l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OAI) en raison d'une incapacité de travail de 100% du 20 février au 17 avril 2017, puis de 50% jusqu'au 31 mai 2017.
3. Le 31 août 2017, l'assuré a déposé une demande de prestations en invoquant une hernie discale.
4. Ont été versés à son dossier :
 - un courrier rédigé le 10 avril 2017 par le docteur B_____, spécialiste en rhumatologie, disant au médecin traitant avoir observé l'absence de syndrome lombo-vertébral net, une mobilité conservée, mais sensible au niveau lombaire et une hypoesthésie dans le territoire L5-L4 ;
 - un rapport du 26 mai 2017 du Dr B_____ concluant à une lombo-sciatalgie gauche L4-L5, tout en précisant ne pas avoir revu le patient depuis avril 2017, date à laquelle il lui avait délivré l'autorisation de reprendre le travail à 50% à compter du 17 avril 2017, puis à 100% dès le 1er mai 2017 ; le médecin concluait à une capacité de travail de 100% dans une activité administrative ;
 - un rapport du 31 août 2017 de la doctoresse C_____, spécialiste en médecine interne générale, retenant les diagnostics de hernie discale L4-L5 paramédiane gauche en conflit avec la racine L5 et hypoesthésie à gauche, ayant entraîné une incapacité de travail de 50% depuis mai 2017 jusqu'au 11 août 2020 (sic) ;
 - un rapport adressé le 14 septembre 2017 au médecin traitant par le docteur D_____, du service de neurochirurgie des Hôpitaux universitaires du canton de Genève (ci-après : les HUG), confirmant le diagnostic de hernie discale L4-L5 avec conflit à la racine L4-L5 à gauche ; selon ce médecin, la situation s'était améliorée depuis une première visite de l'assuré, le 30 mars 2017 ; des douleurs à la marche ou après une station assise prolongée persistaient cependant ; il préconisait une augmentation du traitement conservateur et des séances de physiothérapie, ainsi qu'une infiltration ;
 - la réponse adressée à l'OAI par l'employeur de l'assuré, expliquant que celui-ci était chargé, en position assise, de tâches de satinage et de polissage, qu'il

restait ainsi souvent en position assise et n'avait pas l'occasion de marcher, de se tenir debout ou de porter des charges ; l'employeur indiquait que l'assuré était toujours aussi productif, mais que la qualité de son travail avait diminué ;

- un rapport du 8 octobre 2017 du Dr B_____, faisant remonter le début de l'atteinte au 20 février 2017 et concluant à une capacité de travail de 100% dès le 17 avril 2017 dans une activité adaptée, et de 100% dès le 1er mai 2017 dans l'activité habituelle ; les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : éviter le port de charges, les mouvements répétés de la colonne lombaire, la position en porte-à-faux lombaire, la position statique prolongée ; le diagnostic principal était celui de lombo-sciatalgie gauche L4-L5 avec hernie discale à gauche depuis février 2017 ; le médecin avait été consulté en février, mars et avril 2017 par l'assuré qui se plaignait de lombo-sciatalgies gauches avec douleurs irradiant à la face antérieure de la jambe gauche et fourmillements ; cliniquement, il n'y avait pas de syndrome lombo-vertébral clair, pas plus que de déficit moteur du membre inférieur gauche, mais des dysesthésies au toucher de la face antérieure de cette jambe ; une infiltration avait été pratiquée et des anti-inflammatoires prescrits, ainsi qu'une courte période d'incapacité de travail à compter du 20 février 2017 ; une imagerie par résonance magnétique (IRM) lombaire réalisée en mars 2017 avait montré la hernie discale ; par la suite, les lombalgies avaient diminué avec persistance d'une sciatalgie gauche associée à une impression de diminution de sensibilité de la jambe gauche ; l'assuré avait alors été adressé à la consultation de neurochirurgie des HUG et il ne l'avait plus revu depuis le 17 avril 2017, date à laquelle il lui avait prescrit une reprise du travail à 50%, puis à 100% dès le 1er mai 2017 ;
 - contacté par un collaborateur de l'OAI le 27 octobre 2017, le responsable de production chez l'employeur de l'assuré a indiqué que la qualité du travail fourni par ce dernier s'était fortement dégradée, en relation avec deux facteurs : une importante baisse de vision et de fortes douleurs lombaires obligeant l'assuré à alterner fréquemment ses positions ; il a confirmé que le travail exercé par l'assuré s'effectuait à l'établi, en position assise statique et nécessitait une très bonne vue ; l'intéressé avait été en arrêt à 100% du 20 février au 16 avril 2017, à 50% du 17 avril au 31 mai 2017, puis à nouveau à 50% depuis le 7 juillet 2017 ;
 - un rapport du 7 décembre 2017 du docteur E_____, spécialiste en ophtalmologie, concluant à un diabète non insulino-dépendant et à une capacité totale de travail sans aucune limitation fonctionnelle d'un point de vue ophtalmologique.
5. Le dossier de l'assuré a alors été soumis au service médical régional (SMR) qui, en date du 2 janvier 2018, suivant les conclusions du Dr B_____, a conclu à une capacité de travail de 100% dans l'activité habituelle, comme dans une activité adaptée, tout en retenant comme limitations fonctionnelles l'absence de port de

charges, de mouvements répétés de la colonne lombaire en porte-à-faux et l'exclusion des positions statiques prolongées.

6. Le 8 janvier 2018, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de lui nier le droit à toute prestation.
7. Par courrier du 7 février 2018, la responsable des ressources humaines de son employeur s'est étonnée auprès de l'OAI de cette position en précisant que l'intéressé était toujours en incapacité de travail à 50% (depuis le 17 avril 2017, selon certificat du Dr B_____ du 10 avril 2017, puis selon certificats de son médecin-traitant depuis le 25 avril 2017).
8. Le 14 février 2018, l'assuré a contesté le projet de décision.
9. Par courrier du 22 février 2018, son médecin traitant s'est manifesté à son tour en rappelant que son patient souffrait d'une cardiopathie ischémique avec angioplastie et mise en place de deux stents, d'une lombo-sciatalgie gauche invalidante limitant surtout le périmètre de marche, d'un diabète de type 2, d'une hypercholestéromie et d'une hypertension artérielle.

Etaient joints à ce courrier les documents suivants :

- un rapport du 30 mars 2017, du Dr D_____ constatant une nette amélioration et la quasi disparition des douleurs ; le médecin ajoutait qu'au vu de cette évolution favorable, aucune prise en charge chirurgicale ne devait être retenue ;
 - le rapport rédigé par ce même médecin le 14 septembre 2017, figurant déjà au dossier ;
 - un rapport du 13 novembre 2017, du docteur F_____, du service de neurochirurgie des HUG, qui avait reçu l'assuré qui se plaignait d'une persistance des douleurs ; après avoir discuté de la possibilité d'une intervention chirurgicale, il avait été opté pour une infiltration péri-radiculaire de la racine L4 gauche ;
 - un rapport du 26 janvier 2018 du docteur G_____, spécialiste en médecine interne et angiologie, décrivant un examen angiologique des membres inférieurs dans la norme, hormis des souffles fémoro-bilatéraux.
10. Le dossier a été une nouvelle fois soumis au SMR qui a constaté, le 21 mars 2018, que les Drs B_____, D_____ et E_____ avaient attesté une capacité de travail totale. Le généraliste mentionnait certes une maladie coronarienne ayant nécessité la mise en place de deux stents dont le SMR admettait qu'elle devait conduire à éviter les travaux lourds, le port de charges et les travaux de force, ainsi que la marche et les déplacements prolongés, limitations qui étaient toutes respectées dans l'activité habituelle.
 11. Par décision du 23 mars 2018, l'OAI a nié à l'assuré le droit à toute prestation, puisque sa capacité de travail était entièrement préservée et ce, dans toute activité.

12. Par écriture du 10 avril 2018, adressée l'OAI et transmise par ce dernier à la Cour de céans comme objet de sa compétence, l'assuré a manifesté son désaccord avec cette décision.

Il relate avoir traversé une première période d'incapacité de travail au début de l'année 2017 en raison d'une hernie discale, laquelle s'est partiellement résorbée après une deuxième infiltration.

Puis, il s'est à nouveau trouvé en arrêt de travail en raison d'une intervention cardio-vasculaire. En effet, le 19 février 2018, il s'est rendu aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) pour un contrôle cardio-vasculaire, suite auquel il a subi deux interventions, en février et mars 2018.

Le recourant ajoute qu'il souffre également d'hypercholestérolémie, d'hypertension artérielle et d'un diabète de type 2, dont il admet cependant qu'ils ne sont pas incapacitants.

Il argue qu'au début de l'année 2017, il a souffert d'une « infection aux yeux d'origine indéterminée », se manifestant par des démangeaisons, mais que l'ophtalmologue qu'il a consulté a conclu à une acuité visuelle de 100%. Selon le recourant, ce problème d'acuité visuelle n'est cependant « pas complètement soigné, contrairement aux dires de l'ophtalmologue ». Il s'interroge notamment sur la possibilité d'obtenir une aide financière pour l'acquisition de lunettes médicales.

Le recourant qualifie sa situation de « complexe » et considère que c'est de manière « trop précoce » que l'OAI s'est prononcé.

Il termine en affirmant que son objectif est de pouvoir conserver son emploi à long terme, qu'il ne cherche pas à obtenir une rente d'invalidité, mais qu'au vu des ennuis de santé importants qu'il rencontre, il se doit de rester prudent et de préserver ses intérêts en cas d'évolution défavorable.

Il demande en conséquence un soutien « sous quelle que forme que ce soit ».

À l'appui de son recours, l'assuré a notamment produit :

- un rapport rédigé le 10 septembre 2018 par les docteurs H_____ et I_____, médecins aux HUG, concluant après une angio-IRM, à une sténose de l'aorte et à l'éventualité d'un geste endovasculaire avec pose de stents et revascularisation ;
- un rapport d'IRM de la colonne cervicale dorsale et lombaire du 18 mars 2019, concluant, au niveau cervical, à une discopathie étagée de la colonne de C2 à C7 avec pincement entre C5 et C7 et rétrécissement neuro-foraminal en C5-C6 et sténose en C4-C5 et C5-C6, au plan dorsal, à l'absence d'anomalie, et, au plan lombaire, à une protrusion discale extra-foraminale gauche en L3-L4 sans rétrécissement canalaire, ni foraminal ;
- diverses attestations d'arrêt de travail émanant de son médecin traitant, le mettant en arrêt à 50%.

13. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 3 mai 2018, a conclu au rejet du recours.

En substance, l'intimé rappelle à l'assuré qu'une atteinte à la santé ne peut être prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant elle-même des effets sur la capacité de gain de l'assuré.

Or, en l'occurrence, sur le plan ophtalmologique, le Dr E_____ ne retient aucune incapacité de travail ; sur le plan dorsal, le Dr F_____ mentionne une nette amélioration des douleurs après infiltrations et l'absence d'indication chirurgicale en l'état ; au plan cardiaque, l'assuré s'est vu poser deux stents, ce qui génère des limitations fonctionnelles qui sont toutefois respectées dans l'activité habituelle ; enfin, l'hypertension artérielle, le diabète et le cholestérol ne sont pas incapacitants.

En conséquence de quoi, si des atteintes à la santé ont effectivement été objectivées, force est de constater qu'elles n'entraînent aucune perte de gain, dans la mesure où l'activité habituelle reste adaptée aux limitations fonctionnelles retenues.

14. Par écriture du 19 mai 2018, l'assuré a persisté dans ses conclusions.

15. Une audience de comparution personnelle s'est tenue en date du 21 juin 2018, au cours de laquelle l'assuré a indiqué être en arrêt de travail depuis son opération cardiaque, en février 2018.

Il a expliqué que, ce qui lui pose problème, ce sont ses douleurs dorsales. Son médecin envisageait une opération désormais exclue en raison de ses problèmes cardiaques.

Il travaille en position assise ; son employeur, compréhensif, lui laisse la possibilité de faire des pauses pour marcher, ce qui lui permet de tenir la matinée, mais pas plus longtemps. Cela fait dès lors presque une année qu'il n'est plus actif qu'à 50%. La hernie n'a pas évolué. Les infiltrations ont eu un effet favorable en termes de diminution des douleurs, mais leur effet est éphémère et ne dure qu'une semaine.

Le recourant a ajouté qu'une IRM pratiquée la semaine d'avant avait montré une arthrose au niveau des cervicales mais l'absence d'évolution de la hernie.

Il a versé à la procédure deux rapports d'imagerie datés des 4 et 5 juin 2018 du centre d'imagerie de la Servette. L'un concerne la colonne lombaire et conclut à une situation similaire à l'examen précédent, remontant à octobre 2017. L'autre concerne la colonne cervico-dorsale et conclut à des troubles dégénératifs étagés localisés en C2 et C7.

16. À noter que depuis lors, le recourant a régulièrement fait parvenir à la Cour de céans des certificats d'arrêt de travail émis par son médecin traitant, sans précision supplémentaire.

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 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.

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, le recours est recevable (art. 56ss LPGA et 62ss LPA).
4. Le litige porte sur le droit éventuel de l'assuré à des prestations de l'assurance-invalidité, plus particulièrement sur sa capacité de travail.
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 ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008).
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).

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.

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant

donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

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

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).

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. A 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 l'espèce, force est de constater avec le SMR que le seul médecin à conclure à une capacité de travail diminuée au-delà de mai 2017 est le médecin traitant du recourant et que cette diminution n'est aucunement motivée. En effet, les spécialistes (ophtalmologue, rhumatologue) ont, eux, conclu, pour leur part, à une pleine capacité de travail dans toute activité adaptée aux limitations énoncées, limitations auxquelles se sont ajoutées celles induites par l'atteinte cardiovasculaire et qui apparaissent elles aussi respectées dans l'activité habituelle, laquelle, si elle s'exerce en position principalement assise, permet l'alternance des positions et n'implique ni efforts lourds, ni déplacements prolongés.

En l'absence d'éléments médicaux objectifs permettant de motiver une réduction de la capacité de travail dans l'activité habituelle, c'est à juste titre que l'intimé a conclu à l'absence de perte de gain et, partant, a nié le droit à toute prestation.

Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté.

Etant donné que depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

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

La greffière

La Présidente

Marie-Catherine SÉCHAUD

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