

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1349/2017

ATAS/1152/2017

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 18 décembre 2017

6^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à ONEX

recourant

contre

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

intimé

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente ; Christine TARRIT-DESHUSSES et Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1976, de nationalité française, titulaire d'une autorisation de séjour B, marié, père de trois enfants, a exercé une activité d'administrateur système auprès de B_____ SA (ci-après : l'employeur) du 1^{er} novembre 2014 au 31 août 2016 (contrat résilié par l'employeur le 14 juin 2016).
2. Une IRM de la colonne cervicale du 13 janvier 2014 a conclu à des discarthropathies étagées entre C4 et C7 doublées d'arthrose zygapophysaire gauche, plus sévère au niveau C5-C6 présentant la particularité d'être le siège d'une discarthrose pincée Modic I avec extrusion discale paramédiane et foraminale gauche. L'ensemble du tableau générant : une sténose foraminale gauche C5-C6 sévère avec conflit sur la racine C6 gauche, un canal cervical étroit multifactoriel C5-C6.
3. Une IRM de la colonne cervicale du 25 avril 2016 a conclu comme suit : par rapport au comparatif du 13 janvier 2014, discopathies étagées de C4 à C7, plus sévères en C5-C6 avec une prise de contraste en miroir compatible avec un trouble dégénératif Modic 1. Il existe une sténose neuro-foraminale entrant en conflit avec les racines sortantes C5, C6 et C7 plus importante à gauche qu'à droite. Canal central étroit multi-fractures en C5-C6 sans myélomalacie notamment en C5-C6.
4. Le 9 juin 2016, le docteur C_____, FMH médecine générale, a rempli un certificat médical pour VISANA Service AG (ci-après : VISANA), assureur perte de gain maladie, attestant d'une hernie discale C5-C6 gauche et droite, sténose foraminale de C4-C7, conflit type herniaire C5-C6-C7 entraînant des cervicalgies et des troubles de la concentration avec une limitation drastique des amplitudes du rachis cervical ; la situation n'était pas stabilisée mais une activité adaptée était possible cinq heures par jour ; l'incapacité de travail était totale jusqu'au 8 août 2016 ; l'activité exercée était exigible à 50 %.
5. Le 15 juin 2016, l'assuré a déposé une demande de prestation d'invalidité en mentionnant des cervicalgies et une hernie discale depuis décembre 2013.
6. L'assuré a été en arrêt de travail du 3 février au 26 juillet 2016 à 100 %, sous réserve d'une période à 50 % du 30 mars au 28 avril 2016.
7. L'assuré a été indemnisé par VISANA.
8. Le 17 juin 2016, un examen électroneuromyographique a conclu comme suit : cet examen ne montre pas de signes de dénervation aiguë dans les myotomes C4-DI, ce qui parle contre lésion radiculaire à ces niveaux. L'origine de la symptomatologie est vraisemblablement de type irritative radiculaire cervicale C6 bilatérale, sans exclure une composante d'irritation de moelle cervicale surtout lorsque le patient penche la tête vers l'avant.
9. Le 14 juillet 2016, le Dr C_____, dans un rapport pour VISANA, a indiqué que le traitement avait consisté en infiltrations péri-radicales et que l'état n'était pas

amélioré, tout mouvement répétitif pouvait occasionner des contractures para cervicales ou une tenue cervicale vicieuse : dans une activité adéquate la capacité de travail était de 100 %.

10. Le 27 juillet 2016, le Dr C_____ a aussi rempli un formulaire E213 en indiquant que la dernière activité pouvait être exercée à raison de cinq heures par jour et qu'une activité adaptée n'était pas possible à 100 %.

Le même jour, il a rempli un rapport médical AI indiquant une capacité de travail exigible de 100% dans une activité adaptée.

11. Le rapport d'évaluation IP de l'OAI du 6 septembre 2016 a conclu que l'assuré ayant été licencié, un aménagement du poste de travail n'était pas possible. Des formations complémentaires (Cisco ou certification Microsoft) et un éventuel coaching pourraient lui permettre de reprendre plus rapidement une activité dans son secteur (informatique) et de pouvoir avoir le choix entre différents postes de travail pour choisir le plus adapté. Une coordination avec le chômage serait nécessaire.

12. Par communication du 21 septembre 2016, l'OAI a pris en charge pour l'assuré une formation CISCO CCNA Routing & Switching dès le 26 septembre 2016.

13. Le 1^{er} octobre 2016, la doctoresse D_____, FMH neurochirurgie, médecin à la Permanence d'Onex, a attesté que l'assuré était connu pour une hernie cervicale C5/6 droite avec effet compressif sur la moelle et un rétrécissement de l'espace discal au niveau 5-6, avec des ostéophytes ; le 10 mars 2016 il l'avait reçu aux Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après : HUG) ; depuis novembre 2015, étaient apparues des cervicobrachialgies droites avec fourmillements et faiblesse du bras ; la chirurgie était recommandée mais l'assuré ne l'avait pas voulue.

14. Le 10 octobre 2016, la Dre D_____ a rempli un rapport médical AI attestant d'une hernie cervicale C5-C6 avec cervicalgies invalidantes selon IRM 2016 ; il suivait l'assuré depuis le 11 avril 2016 ; apparemment la capacité de travail était de 100 % depuis le 26 septembre 2016 mais elle n'avait plus vu l'assuré depuis le 9 juillet 2016 ; les cervicobrachialgies étaient aggravées par le travail à l'ordinateur. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : pas de poids supérieur à 5 kg ni de mouvements répétitifs de flexion de la tête ; l'assuré était crédible et motivé ; une activité adaptée était possible à 100 %.

15. Le 27 octobre 2016, le Dr C_____ a attesté d'un état de santé stationnaire ; la capacité de travail était de 50 % comme informaticien ; l'assuré ne pouvait maintenir la position assise ou debout prolongée et porter des charges au-dessus du niveau des épaules.

16. Le Dr C_____ a prolongé l'arrêt de travail à 100 % du 9 août au 4 septembre 2016 puis à 50 % du 5 au 25 septembre 2016 et à 0 % dès le 26 septembre 2016.

17. Le 18 novembre 2016, la doctoresse E_____ du Service Médical Régional AI a constaté que l'évolution était favorable et que la capacité de travail était de 100 % dès le 26 septembre 2016.
18. L'OAI a constaté le 2 février 2017 que l'assuré avait terminé les cours (GITI) et qu'il finalisait ses examens ; d'autres mesures n'étaient pas indiquées.
19. Par projet de décision du 8 février 2017, l'OAI a refusé à l'assuré une rente et des mesures d'ordre professionnel, l'incapacité de travail ayant durée moins d'une année.
20. Par décision du 21 mars 2017, l'OAI a rejeté la demande de prestation de l'assuré.
21. Le 13 avril 2017, l'assuré a recouru à l'encontre de cette décision auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice en faisant valoir que le SMR n'avait pas tenu compte de l'aggravation de son affection ces dernières années, que seul un repos soutenu de plusieurs mois avait pu atténuer les symptômes, qu'une intervention chirurgicale ne fournirait aucune garantie d'une amélioration, qu'une reprise d'activité à 100 % aurait pour conséquence une rapide rechute, que seule une activité à 50 % était possible, qu'en conséquence une rente d'invalidité était justifiée.
22. Le 15 mai 2017, l'OAI a conclu au rejet du recours en constatant que le recourant avait recouvré le 26 septembre 2016 une pleine capacité de travail dans toute activité.
23. Le recourant n'a pas répliqué dans le délai qui lui a été imparti par la chambre de céans.
24. Le 4 septembre 2017, la chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle. Le recourant a déclaré : « Mon affection ne se résorbera pas, ce qui a été attesté par mon médecin. Je suis actuellement au chômage mais dans l'impossibilité de trouver un employeur qui m'engage en raison de mes limitations qui touchent la durée du travail et certaines tâches. J'arrive à gérer ma vie quotidienne, sans effort physique, je ne peux par exemple pas conduire longtemps. Je pourrais travailler mais avec un rythme inférieur à 100 %, peut être à 50 %. J'ai des douleurs qui sont dues à ma hernie cervicale. Je suis toujours suivi par les Drs C_____ et D_____. Actuellement je dois me reposer et prendre des antidouleurs en cas de besoin de sorte que je n'ai pas revu mes médecins ces quatre derniers mois. Ils m'ont dit de consulter en cas de paralysie du bras.

La chirurgie qui m'est proposée consiste à remplacer trois disques par des prothèses mais elle est risquée et sans garantie d'amélioration des douleurs, de sorte que je l'ai pour l'instant refusée. La neurochirurgienne me conseil de ne pas faire d'intervention tant que je n'ai pas de paralysie du bras, ce d'autant que les douleurs sont également dues à une calcification autour du canal contenant les nerfs, problème qui ne peut être résolu par la chirurgie.

Etant donné que je ne peux pas rester assis à un bureau, devant un écran, à 100 %, je suis surpris d'apprendre que mes médecins auraient certifié une capacité de travail entière dans une activité adaptée.

J'ai été licencié pour le 31 août 2016 à cause de ma maladie, je me suis ensuite inscrit au chômage et le Dr C_____ a ensuite considéré que vu la disparition de mes douleurs il pouvait attester d'une capacité de travail totale. Cependant je conteste actuellement pouvoir travailler à 100 %. Je précise que mon travail exige de la résistance au stress, à la pression, de pouvoir faire des astreintes, ce qui aggrave mon état de santé. Je ne peux pas cacher mon état de santé à un employeur, de sorte que je n'ai pas encore retrouvé d'emploi.

Mon état de santé s'est plutôt stabilisé avec le repos et la prise de médicaments. Je ne fais plus de vélo. ».

La représentante de l'OAI a déclaré : « La décision se fonde sur les rapports des médecins qui sont concordant pour dire que la capacité de travail est entière dans toute activité dès le 26 septembre 2016. Il n'y a donc pas matière à reprendre l'instruction médicale dans ce dossier. Nous enverrons un CD du dossier au recourant. ».

25. A la demande de la chambre de céans, le Dr C_____ a indiqué le 19 septembre 2017 que l'assuré présentait une sténose neuroforaminale rachis cervical avec conflit radiculaires étagés bilatéraux, discopathies étagées, névralgies cervico brachiales consécutives, qu'il suivait l'assuré depuis le 2 décembre 2013, qu'il l'avait revu le 19 septembre 2017, que les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : amplitudes articulaires rachis cervical limitées, ports de poids, travaux des membres supérieurs au-dessus du niveau des épaules, station prolongée assise ou dans la même position, que la capacité de travail, suivant le poste, était probablement uniquement partielle et non de 100 %, qu'il présentait une capacité de travail dans son ancien emploi d'informaticien depuis septembre 2016, en théorie à 50 % ainsi que dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles à un taux de 100 % et que l'état de santé était stabilisé.

26. A la demande de la chambre de céans, la Dre D_____ a rendu un rapport le 16 septembre 2017 attestant de diagnostics de cervicalgies chroniques gauche avec : cervicalgies et cervicobrachialgies gauche non déficitaires invalidantes avec : Hernie discale volumineuse C5-C6 en contact avec la moelle médio-latérale gauche. Hernie C4-C5 médiane, sténose foraminale C6-C7 gauche. Neurographie, potentiels évoqués moteurs et sensitifs (23 décembre 2016) : normal, pas de souffrance électrophysiologique médullaire cervicale dans le cadre d'une hernie discale compressive de la moelle épinière. S/p plusieurs infiltrations au niveau cervical en 2014. Lombalgies irradiant dans le bassin à droite.

Elle suivait l'assuré depuis le 10 février 2014 et l'avait revu la deuxième fois le 1^{er} novembre 2016 et le 14 septembre 2017 pour donner un avis ; les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : rotation et flexion répétitives de la tête. Port de

poids de plus de 5 à 10 kg. Travaux en-dessus de l'horizontal pour les épaules, sur les échafaudages ou les escaliers. Possibilité de changer de position assise/debout librement. Capacité de travail actuellement 50 % vu situation hyperalgique.

La capacité de travail avait été évaluée par le médecin-traitant ; celui-ci avait attesté d'une capacité de travail dès le 26 septembre 2016 ; l'assuré présentait une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles ; elle suivait l'assuré de manière irrégulière ; actuellement il y avait une péjoration depuis novembre 2016 ; suite à la consultation du 14 septembre 2017, il y avait des limitations dans la vie quotidienne : « il ne peut pas tenir toute une journée ni assis/debout (chez les amis il ne peut plus tenir plus que 2-3 hrs) ». Douleur progressive bas du dos vers la jambe gauche mollet post douleur type étirement, peu de crampe, pas de fourmillement. En bilan, pas de déficits neurologiques, patient algique, rigide dans les mouvements.

27. Le 24 octobre 2017, le Dr F_____ du SMR a rendu un avis médical selon lequel les Drs D_____ et C_____ avaient ajouté un diagnostic de lombalgie avec des limitations fonctionnelles d'épargne du dos et du cou ; il n'était pas possible de comprendre l'évaluation par le Dr C_____ des différentes capacités de travail ; en effet, l'ancienne activité d'informaticien semblant parfaitement adaptée aux limitations fonctionnelles retenues. Mais il pouvait être nécessaire de demander une confirmation du respect, dans l'ancienne activité, des limitations fonctionnelles retenues. Les nouveaux courriers des deux médecins traitants signalaient une atteinte lombaire, mais sans que cela puisse modifier les évaluations précédentes. Par conséquent, au niveau médical, il fallait s'en tenir aux conclusions précédentes et considérer que la capacité de travail était pleine dans toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles d'épargne du dos et du cou.
28. Le 25 octobre 2017, l'OAI s'est référé à l'appréciation du SMR en estimant que l'activité habituelle d'informaticien était parfaitement adaptée aux limitations fonctionnelles retenues.
29. Le 25 octobre 2017, le recourant a déclaré persévérer dans son recours ; ses problèmes de santé continuaient à avoir un impact conséquent sur sa vie quotidienne et conditionnaient son aptitude à reprendre une activité professionnelle.
30. A la demande de la chambre de céans, le Dr F_____ du SMR a précisé le 21 novembre 2017 que, selon lui, l'ancienne activité d'informaticien était parfaitement adaptée aux limitations fonctionnelles.
31. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

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) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, 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. A 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. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
4. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente 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 ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} 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. A 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.

8. a. 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. Etant 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).

b. Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier 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; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées).

c. 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).

d. 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).

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. 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).
11. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008), 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.
12. En l'espèce, l'intimé a considéré, au vu des avis du SMR des 18 novembre 2016 et 24 octobre 2017, que le recourant présentait une capacité de travail complète dans toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles attestées par les médecins traitants, ce qui était le cas dans l'activité habituelle d'informaticien.

Le recourant estime qu'il ne peut travailler à 100% mais au plus et éventuellement à 50%, en raison de ses douleurs et de ses limitations fonctionnelles.

La chambre de céans constate que selon les renseignements complémentaires demandés aux médecins-traitants du recourant, celui-ci présente des limitations fonctionnelles touchant les amplitudes articulaires du rachis cervical, les rotations et flexions répétitives de la tête, le port de charges de plus de 5 kg, les travaux des membres supérieur au-dessus du niveau des épaules, sur les échafaudages ou des escaliers et la station prolongée assise, ou dans la même position ainsi que des lombalgies irradiant dans le bassin à droite (avis du Dr C_____ du 19 septembre 2017 et de la Dresse D_____ du 16 septembre 2017). Aucun médecin n'a clairement indiqué que l'ancienne activité d'informaticien n'était pas compatible avec les limitations fonctionnelles précitées. Le Dr C_____ a uniquement estimé

que la capacité de travail comme informaticien était en théorie de 50%. Il n'a cependant pas motivé de façon convaincante cette diminution de la capacité de travail ; en revanche il a confirmé une capacité de travail totale dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

Quant à la Dresse D_____, elle a estimé la capacité de travail à 50% depuis novembre 2016, en raison d'une aggravation des douleurs. Elle a cependant souligné qu'elle n'était pas le médecin-traitant du recourant, qu'elle suivait celui-ci de manière irrégulière et qu'elle n'avait pas établi les certificats d'incapacité de travail.

Enfin, le Dr F_____, du SMR, a précisé le 21 novembre 2017 que l'ancienne activité d'informaticien était parfaitement adaptée aux limitations fonctionnelles.

Au vu de ce qui précède, les avis des Drs C_____ et D_____ ne permettent pas de douter de la valeur probante des avis du SMR quant à la capacité de travail totale du recourant dans son activité habituelle d'informaticien dès le 26 septembre 2016.

Partant, le recours ne peut qu'être rejeté et la décision litigieuse du 21 mars 2017, rejetant la demande de prestations du recourant, confirmée.

13. Etant donné que depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1^{bis} 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

Julia BARRY

Valérie MONTANI

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