

GE_GERICHTE ATAS/349/2017 vom 27. April 2017

GE Cour de justice, 2017-04-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_349_2017

FR: GE_GERICHTE ATAS/349/2017 du 27 avril 2017

IT: GE_GERICHTE ATAS/349/2017 del 27 aprile 2017

Erwägungen

E. 5

Saisi d'un recours de l'assuré, le Tribunal des assurances sociales (TCAS), alors compétent, l'a partiellement admis par arrêt du 28 avril 2011 (ATAS/416/2011), et a renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Avaient été versés à la procédure les éléments suivants : - un certificat médical établi le 17 septembre 2010 par la doctoresse E_____, spécialiste FMH en ophtalmologie et ophtalmo-chirurgie, qui suivait l'assuré depuis novembre 2007 et attestait d'une acuité visuelle de loin de 1.0 partiel avec -12,25 à l'œil droit (lequel montrait une papille nette, une macula sèche, un décollement postérieur du vitré partiel dénué de toute lésion rétinienne visible et laissant seulement apparaître quelques cicatrices laser en temporal) ; - un courrier de la Dresse E_____ du 23 décembre 2010 précisant que son patient se plaignait d'un éblouissement au soleil, de difficultés à voir de près et de loin et de ne pouvoir regarder un film jusqu'à la fin à la télévision ; le médecin reprenait les explications déjà données dans son certificat du 17 septembre 2010 et retenait les diagnostics de perte de la fonction oculaire de l'œil gauche, de haute myopie bilatérale, de status après traitement laser rétinien des deux côtés, de status après six interventions (vitrectomies) pour décollements de rétine récidivants et mise en place d'huile de silicone dans la cavité vitréenne de l'œil gauche, d'aphakie post-opération de cataracte

A/3028/2016 - 4/13 - de l'œil gauche, d'hypertonie oculaire gauche traitée, d'ulcère cornéen profond à l'œil gauche sous surveillance et de photophobie ; selon le médecin, l'état de l'assuré ne pourrait aller qu'en s'aggravant ; la perte de la fonction oculaire à gauche était irréversible et l'ulcère cornéen profond pouvait conduire à une énucléation ; selon le médecin, l'assuré était incapable de se livrer à des travaux de précision, vu l'absence de vision binoculaire ; l'incapacité de travail était difficile à évaluer mais un taux de 50% ne paraissait pas exagéré ; la Dresse E_____ préconisait d'encourager l'assuré à trouver une activité adaptée à son état, c'est-à-dire non pénible physiquement, limitant considérablement le travail à l'écran et le travail de bureau (climatisation, poussière), ainsi que les activités en extérieur (vent, froid, pollution) ; l'atteinte était importante, durable et susceptible de complications ; - un avis du SMR du 24 janvier 2011 se ralliant aux explications de la Dresse E_____ tout en soulignant que restaient à éclaircir les questions de la capacité de l'assuré à exercer son activité habituelle d'opérateur en informatique et de la date du début de l'incapacité de travail ; - interrogée sur ces points, la Dresse E_____ a indiqué en date du 4 mars 2011 que l'assuré ne pourrait exercer son activité habituelle qu'à raison de deux heures consécutives au maximum et qu'il en allait ainsi depuis le 29 janvier 2001. Au vu de ces éléments, le TCAS a considéré qu'une aggravation de l'état de santé de l'assuré avait été rendue plausible, aggravation dont il ne pouvait cependant déterminer l'incidence sur la capacité de travail de l'intéressé au vu du dossier. Dès lors, il appartenait à l'OAI d'instruire

la question de manière approfondie, par exemple en réinterrogeant les médecins et en requérant la production de l'intégralité du dossier de l'assuré auprès de la Clinique d'ophtalmologie, pour établir l'évolution de l'état de santé de l'intéressé depuis la décision rendue en février 2005, d'une part, déterminer quelles activités concrètes pourraient être considérées comme adaptées, d'autre part, et, enfin, si des mesures de réadaptation étaient indiquées.

E. 6

Interrogée par l'OAI, la Dresse E_____ a indiqué par courrier du 29 juillet 2011 que l'aggravation de l'état de son patient par rapport aux constatations faites par la Dresse C_____ en septembre 2004 consistait en l'apparition d'un ulcère cornéen susceptible de complications aboutissant à une perforation, caractérisé par une opacité cornéenne diffuse avec dépôts calciques et érosion profonde.

E. 7

Le 2 septembre 2011, la Dresse E_____ a confirmé à l'OAI qu'un taux de travail de 50 % dans l'activité d'opérateur en informatique ne paraissait pas exagéré et que l'incapacité de travail durable remontait au 29 janvier 2001.

E. 8

Le 5 juillet 2011, le SMR a émis des doutes quant à cette dernière conclusion, en relevant que la Dresse C_____, dans son rapport de septembre 2004, avait conclu à une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle. Le SMR admettait une aggravation de l'état de l'assuré, ainsi qu'une diminution de sa capacité de travail de 50 %, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, mais il n'était

A/3028/2016 - 5/13 - pas démontré que cette aggravation remontait à 2001. Le SMR en a tiré la conclusion que la date de l'aggravation était donc postérieure à la décision de l'OAI et qu'une expertise ophtalmologique était nécessaire.

E. 9

Mandatés par l'OAI, les docteurs F_____ et G_____, médecins à l'Hôpital ophtalmologique Jules-Gonin, ont rendu leur rapport en date du 28 février 2013. De le cadre de l'anamnèse, les experts ont relevé que l'assuré présentait une forte myopie (-12 dioptries) à l'œil droit, qu'en janvier 2001, il avait subi un décollement de la rétine de l'œil gauche, opéré six fois, que depuis 2002, l'œil gauche était aphake et que l'assuré n'avait jamais récupéré son acuité visuelle à l'œil gauche. En février 2003, avaient été constatés : une acuité visuelle de l'œil droit à 0.7 avec S-9, un mouvement de la main pour l'œil gauche ainsi que des restrictions du champ visuel. Par la suite, l'assuré avait développé une hypertension oculaire à gauche, traitée par Alphagan. Après une décompensation cornéenne avec des calcifications, une touche d'EDTA avait été effectuée en 2006. Depuis 2010, l'assuré souffrait d'un ulcère cornéen qui ne s'était jamais perforé. La situation était désormais stable, sous traitement de pommade. L'assuré voyait bien de l'œil droit avec ses lunettes. Il se plaignait d'une sensation de corps étranger dans l'œil gauche, gérable avec le traitement. Il était dans une situation monoculaire. À l'issue de leur examen clinique, les experts ont retenu les diagnostics suivants pour l'œil droit : forte myopie, status après laser rétinien périphérique et cataracte débutante. S'agissant de l'œil gauche, ils ont conclu à : une forte myopie, un status après décollements de rétine ayant notamment entraîné une aphakie depuis 2002, un glaucome secondaire, une décompensation cornéenne avec

calcification et un status après touche d'EDTA en 2006. Dans leur appréciation, les experts ont souligné la situation monoculaire. Une légère hypertension oculaire avait été pour la première fois mesurée à l'œil droit, dont ils ont préconisé qu'elle fasse l'objet d'un contrôle. Les Drs F_____ et G_____ ont conclu que, dans l'activité habituelle, l'atteinte liée à la perte de l'œil gauche n'avait pas de répercussion sur la capacité de travail. À la question de savoir à quand remontait l'incapacité de travail médicalement justifiée, les experts ont répondu qu'avec un œil droit complètement fonctionnel, il n'existait pas d'incapacité de travail du point de vue ophtalmologique. Il n'y avait pas eu d'aggravation significative de l'état de santé ces derniers temps. La capacité de travail restait complète, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée. Un suivi médical régulier était préconisé pour l'œil droit en raison de la tension oculaire. Le pronostic était stable.

E. 10

Le SMR, jugeant l'expertise pleinement convaincante, s'est rallié à ses conclusions.

A/3028/2016 - 6/13 -

E. 11

L'assuré a eu un entretien de réadaptation avec l'OAI en date du 8 octobre 2013, lors duquel il a indiqué préférer rester dans le domaine de l'informatique.

E. 12

Par courrier du 14 novembre 2013 à l'OAI, l'assuré s'est étonné des conclusions des experts, en contradiction selon lui avec l'indication d'une surveillance ophtalmologique stricte. Il a émis l'avis qu'un travail exercé à 50 % réduirait les risques de 50 % pour son œil fragile, relevant qu'une atteinte à son œil droit serait dramatique et aurait des conséquences psychologiques et financières plus importantes.

E. 13

Le même jour, la Dresse E_____ a également fait part à l'OAI de son étonnement quant aux conclusions des experts. Le médecin a fait valoir que l'ulcère cornéen de l'œil gauche était quasiment perforant en 2010 et qu'il avait évolué favorablement grâce aux soins. L'assuré avait donc subi un grave traumatisme psychologique et psychophysique en raison des nombreuses interventions et traitements et de la possibilité, toujours présente, de la perte de son œil unique. Les Drs F_____ et G_____ admettaient qu'une surveillance était nécessaire mais envisageaient une activité à 100%. Elle trouvait une telle décision difficile à accepter et espérait une étude approfondie du cas de son patient.

E. 14

Par téléphone du 29 janvier 2014, l'OAI a expliqué à l'assuré qu'il ne s'écarterait pas de la position des experts et que des mesures de réadaptation étaient prévues.

E. 15

Du 27 janvier au 27 avril 2014, l'assuré a suivi un stage d'orientation professionnelle aux Etablissements publics pour l'intégration (EPI), suivi d'un stage pratique en entreprise, du 28 avril au 26 octobre 2014.

E. 16

Dans leur rapport de synthèse du 11 juillet 2014, les EPI ont noté que les travaux fins et à forte contrainte visuelle devaient être évités. Seule la maîtrise des gestes moyennement

grossiers était normale. L'assuré avait conservé de bonnes capacités scolaires et pouvait suivre une mise au courant en entreprise avec des modules théoriques si nécessaire. Le stage en entreprise comme aide de bureau avait mis en évidence une qualité de travail méticuleuse et soignée. Dans les tâches simples et répétitives de confection de livrets, l'assuré avait atteint un rythme dans la norme après une période d'adaptation. Le travail demandé était accompli sans erreur, parfois ralenti par le souci de toujours rendre un travail de qualité. L'activité d'aide de bureau était validée, mais il restait à évaluer la résistance de l'assuré dans une activité de saisie de données devant l'ordinateur sur une longue durée. Le stage avait été prolongé pour évaluer si l'assuré pouvait exercer des activités plus complexes d'employé de bureau. Les orientations suivantes étaient retenues : aide de bureau, ouvrier d'usine ou de conditionnement léger, veilleur de nuit et préparateur de commandes.

E. 17

Par courriers des 28 juillet et 16 août 2014, l'assuré s'est étonné de ne pas avoir bénéficié d'indemnités journalières durant les mesures de reclassement.

A/3028/2016 - 7/13 - Ce à quoi l'OAI lui a répondu, par téléphone, que le stage en entreprise lui avait été octroyé sous forme d'aide au placement, puisque sa capacité de travail était restée entière. L'assuré a rétorqué que le stage ne lui servait à rien et s'est plaint de ne pas avoir été rémunéré pour le travail fourni.

E. 18

Le 8 août 2014, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de lui nier le droit à une rente, motif pris qu'il conservait une pleine capacité de travail dans toute activité.

E. 19

Le 1er septembre 2014, l'assuré a contesté ce projet en invoquant le fait que sa forte myopie était évolutive et susceptible de complications et qu'une réduction du temps de travail aurait un effet protecteur, ce qu'un complément d'expertise pourrait selon lui confirmer.

E. 20

Par courrier 2 octobre 2014 à l'OAI, l'assuré a encore reproché au SMR de ne pas s'être exprimé sur l'évolution de sa myopie. L'expertise évoquait sa situation actuelle et n'avait dès lors pas de valeur prédictive. Il a répété que sa myopie était susceptible de complications.

E. 21

Par décision du 18 août 2016, l'OAI a nié à l'assuré le droit à toute prestation en ajoutant que l'octroi de mesures de réadaptation ferait l'objet d'une décision séparée (sic).

E. 22

Le 13 septembre 2016, l'assuré a interjeté recours auprès de la Cour de céans en concluant préalablement à l'apport de la précédente procédure et, sur le fond, à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité. Le recourant allègue notamment qu'il fait l'objet d'un suivi et d'un traitement médical. Il rappelle qu'en janvier 2011, le SMR s'était rallié aux conclusions de la Dresse E_____ évaluant sa capacité de travail à 50%. Il souligne que son état s'est aggravé avec l'apparition de l'ulcère cornéen affectant son œil gauche. Il argue que lui reconnaître une pleine capacité de travail malgré sa cécité à un œil est incohérent. Il répète

que sa myopie est susceptible de complications et que tout doit être entrepris pour préserver son état actuel. A l'appui de sa position, le recourant produit un certificat de la Dresse E_____ du 2 septembre 2016. Le médecin y relate que son patient se plaint d'éblouissement au soleil, de difficultés à voir de près et de loin, de difficultés à traverser la rue et à regarder la télévision. Au status ophtalmologique du 13 avril 2016, l'acuité visuelle de loin était de 1.0 partiel avec -12.25. L'ophtalmologue constate une papille nette, une macula sèche, un décollement postérieur du vitré partiel, pas de lésion rétinienne visible et quelques cicatrices laser dans le cadran temporal. Les diagnostics sont : perte de la fonction oculaire de l'œil gauche, haute myopie bilatérale, status après traitement laser rétinien des deux côtés, status après six interventions pour décollement de rétine récidivant, aphakie post-opération de cataracte de l'œil gauche, et ulcère cornéen profond à l'œil gauche sous A/3028/2016 - 8/13 - surveillance. Le traitement consiste en pommade et Lacryon à l'œil gauche et un contrôle tous les quatre mois est nécessaire. En résumé, le recourant présente un œil unique droit avec haute myopie. Il souffre d'une atteinte importante et durable, l'œil gauche étant perdu.

E. 23

Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 10 octobre 2016, à laquelle il a joint l'intégralité du dossier du recourant, a conclu au rejet du recours. L'intimé fait valoir que l'avis du SMR du 24 janvier 2011 n'est pas déterminant, dès lors qu'il a été rendu alors que certaines questions restaient ouvertes s'agissant de la capacité de travail du recourant. L'intimé considère que le rapport d'expertise du 28 février 2013 remplit tous les réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Quant au certificat de la Dresse E_____ du 2 septembre 2016, l'intimé renvoie à l'avis du SMR, qui considère que ce nouveau document ne fait que confirmer l'évaluation des experts et les conclusions précédentes : l'acuité visuelle de l'œil droit est toujours très bonne.

E. 24

Par écriture du 3 novembre 2016, le recourant a persisté dans ses conclusions. Il reproche à l'intimé de n'avoir pas évalué sa capacité de travail durant l'expertise. Selon lui, au vu des opinions divergentes à ce sujet, une capacité de travail entre 50% et 100% devrait lui être reconnue. Il fait également grief aux experts de n'avoir pas mentionné le décollement de la rétine comme complication possible de la forte myopie.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du

E. 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. La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable à la présente procédure. 3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56ss LPGA), le recours est recevable. 4. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité.

A/3028/2016 - 9/13 - Le droit aux mesures de réadaptation - et au versement d'indemnités journalières durant ces mesures - ne fait en revanche pas l'objet de la présente procédure. 5.

Aux termes de l'art. 8 al. 1er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. En vertu de 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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. 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. 28 al. 2 LAI). L'invalidité est une notion économique et non médicale, et 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 501/04 du 13 décembre 2005 consid. 7.2). Conformément à l'art. 4 al. 2 LAI, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. 6. En vertu de l'art. 28 al. 1er LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à 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. 7. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou d'autres spécialistes doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à

A/3028/2016 - 10/13 - indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; ATF 115 V 133 consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 762/02 du 6 mai 2003 consid. 2.2). b) 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 convient 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 125 V 351 consid. 3 ; ATF 122 V 157 consid. 1c). Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). d) S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité

A/3028/2016 - 11/13 - de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un 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 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_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2). 8. En l'espèce, l'intimé s'est rallié aux conclusions des experts F_____ et G_____, lesquels ont conclu à une pleine capacité de travail dans toute activité. L'expertise satisfait toutes les exigences jurisprudentielles rappelées ci-dessus en matière de force probante. Les médecins l'ont en effet établie en toute connaissance du dossier médical de l'intéressé, se sont fait le relais des plaintes de ce dernier et ont procédé à un examen clinique complet. Leur conclusion sur la pleine capacité de travail du recourant, malgré la cécité de l'œil gauche, est convaincante au vu de l'acuité visuelle constatée à l'œil droit. On notera d'ailleurs que l'appréciation des Drs F_____ et G_____ est confirmée par les constats des EPI et le déroulement du stage en entreprise mis en œuvre par l'intimé, durant lequel le recourant a travaillé à plein temps sans apparente difficulté. Elle correspond également à l'évaluation de la capacité de travail par les Drs C_____ et D_____. L'avis isolé de la Dresse E_____ ne justifie pas que l'on s'en écarte. D'autant que ce médecin atteste d'une capacité de travail réduite de moitié depuis 2001 - alors qu'elle ne suit le recourant que depuis 2007 - et que le spécialiste de l'époque avait conclu à une pleine capacité de travail. Qui plus est, les diagnostics et constats objectifs de la Dresse E_____ sont largement superposables à ceux des experts. L'ophtalmologue du recourant justifie sa divergence d'appréciation de la capacité de travail par l'ulcère cornéen de l'œil gauche, mais admet que cette atteinte,

apparue en 2010, a évolué favorablement grâce au traitement instauré. Dans son rapport du 14 novembre 2013, la Dresse E_____ semble en outre justifier - à tout le moins partiellement - la diminution de la capacité de travail de 50% qu'elle retient par le traumatisme psychologique qu'aurait subi le recourant. Or, il n'existe au dossier aucun indice que le recourant souffrirait de troubles psychiques se répercutant sur sa capacité de travail. Enfin, la nécessité d'une surveillance médicale - dont l'intensité est au demeurant toute relative, puisque seul un contrôle quadrimestriel est préconisé - n'est pas incompatible avec l'exercice d'une activité lucrative. Les arguments du recourant ne permettent pas non plus de s'écarter des conclusions des experts. Le seul fait qu'il présente une atteinte à l'œil gauche - dont la gravité n'est pas niée - ne suffit pas à conclure qu'il est invalide. En effet, conformément à la jurisprudence citée plus haut, une atteinte à la santé ne suffit pas à admettre

A/3028/2016 - 12/13 - l'existence d'une invalidité, seules ses répercussions sur la capacité de gain étant déterminantes. Quant à l'argument selon lequel l'octroi d'une demi-rente se justifierait à titre préventif, afin de préserver l'œil droit, force est de constater qu'aucun des médecins consultés ne fait état d'un besoin particulier de ménager l'œil en question, ni même d'une quelconque fragilité de cet organe. S'il est compréhensible que l'éventualité de complications à l'œil droit soit une source de préoccupations pour le recourant, il n'en demeure pas moins que seules les atteintes existantes peuvent être prises en compte pour déterminer sa capacité de gain et statuer sur son degré d'invalidité. En effet, dans le cadre de l'examen du droit à une rente, l'invalidité n'est réputée survenue que lorsque l'atteinte à la santé a entraîné une incapacité de gain durant au moins une année ; la seule possibilité d'une incapacité future ne suffit pas à fonder un tel droit. Si l'état de santé de l'assuré devait se dégrader dans le futur - éventualité dont il faut espérer qu'elle ne se concrétisera pas - au point d'influer sur la capacité de gain, il serait loisible à l'assuré de déposer une nouvelle demande de prestations. Quant au fait que les experts n'aient pas procédé à un examen de la capacité de travail, il suffit de renvoyer à la jurisprudence citée plus haut, selon laquelle l'évaluation des médecins prévaut sur les observations lors de stages. Quoi qu'il en soit, ainsi que cela a déjà été relevé plus haut, les conclusions des spécialistes de la réadaptation coïncident en l'occurrence avec l'appréciation de la capacité de travail par les experts. Partant, c'est à juste titre que l'intimé s'est basé sur les conclusions des experts et a retenu une pleine capacité de travail dans toute activité excluant toute invalidité au sens de la loi. Eu égard à ce qui précède, sa décision doit être confirmée et le recours rejeté. La procédure en matière d'assurance-invalidité n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), le recourant sera condamné au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

A/3028/2016 - 13/13 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.