

GE_GERICHTE A/2772/2014 vom 28. April 2015

GE Cour de justice, 2015-04-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2772_2014

FR: GE_GERICHTE A/2772/2014 du 28 avril 2015

IT: GE_GERICHTE A/2772/2014 del 28 aprile 2015

Erwägungen

E. 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).

E. 3

Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Selon l'art. 38 al. 3 phr. 1 LPGA, applicable via par renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA, lorsque le délai échoit un samedi, un dimanche ou un jour férié selon le droit fédéral ou cantonal, son terme est reporté au premier jour qui suit. Le droit cantonal déterminant est celui du canton ou la partie ou son mandataire a son domicile ou son siège (art. 38 al. 3 phr. 2 LPGA). Suite à la notification de la décision querellée le 15 août 2014, le délai de recours a commencé à courir le lendemain (art. 38 al. 1 LPGA) et est arrivé à échéance le dimanche 14 septembre 2014. Posté le 15 septembre 2014, le recours a été interjeté en temps utile. Le présent recours respecte les exigences de forme et de contenu prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA). Le recourant a qualité pour recourir (art. 59 LPGA). Le présent recours est donc recevable.

E. 4

À titre préliminaire, il y a lieu de déterminer l'objet du litige. L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui – dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision – constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 131 V 164 consid. 2.1 ; 125 V 413 consid. 1b et 2 et les références citées). Les questions qui – bien qu'elles soient visées par la décision administrative et fassent ainsi partie de l'objet de la contestation – ne sont plus litigieuses, d'après les conclusions du recours, et qui ne sont donc pas comprises dans l'objet du litige, ne sont examinées par le juge que s'il existe un rapport de connexité étroit entre les points non contestés et l'objet du litige (arrêt du Tribunal fédéral 9C_197/2007 du 27 mars 2008, consid. 1.2 et les références). En l'espèce, la décision querellée refuse au recourant aussi bien le droit à des mesures d'ordre professionnel que celui à une rente. Cela étant, le recours dont est saisie la chambre de

céans ne porte que sur le refus d'octroyer une rente. Partant, l'objet du litige se limite à la question du droit à une rente d'invalidité.

E. 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).

E. 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 d'une personne active, 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).

E. 7

a. 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 125 V 351 consid. 3). b. 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. Ainsi, en principe, 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). 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). 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).

E. 8

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).

E. 9

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).

E. 10

a. En l'espèce il ressort du rapport d'expertise de la CRR du 1^{er} juillet 2013, rendu au terme de plus d'un mois d'observation, d'examen multiples, d'évaluations et de séances de physiothérapie que le recourant ne présente sur le plan somatique, en particulier neurologique et rhumatologique, aucune atteinte incapacitante à la santé. Fondée sur l'ensemble du dossier, retraçant une anamnèse fouillée tout en tenant compte des plaintes du recourant, cette expertise comporte un status objectif détaillé et nuancé ainsi que des conclusions convaincantes en tant qu'elle retient aucune incapacité de travail durable dans l'exercice de la profession habituelle de nettoyeur à l'aéroport. Partant, elle doit se voir reconnaître pleine valeur probante. b. Le recourant soutient qu'on ne saurait aboutir à une telle conclusion parce que les experts de la CRR ne seraient pas allés au bout de leurs investigations. Dans son rapport consécutif à la consultation de l'appareil locomoteur du 17 mai 2013, la Dresse O _____ a indiqué qu'elle ne retrouvait ni signe inflammatoire périphérique ni limitation des amplitudes du rachis et que le bilan biologique ne montrait pas de syndrome inflammatoire. Elle avait certes indiqué que les douleurs paraissaient trop systématisées et diffuses pour pouvoir confirmer ou infirmer le diagnostic de rhumatisme psoriasique et que l'on pouvait imaginer procéder à une IRM des sacro-iliaques. Cela étant, il convient de relever que le diagnostic de rhumatisme psoriasique a bel et bien été retenu par les experts en consilium, mais que ces derniers ont considéré, sur la base des observations rassurantes de la Dresse O _____, de radiographies du rachis cervical et lombaire et d'une IRM sacrale – non moins rassurantes – qu'il n'y avait rien, sur le plan rhumatologique, qui puisse limiter une reprise de l'activité professionnelle. S'agissant du rapport du Dr P _____, on rappellera que les examens pratiqués par ce médecin n'ont pas permis de mettre en évidence une vestibulopathie périphérique expliquant actuellement les plaintes du patient. Il importe de souligner dans ce contexte que le bilan otoneurologique effectué par le Dr P _____ constitue précisément une investigation supplémentaire qui a été décidée par les experts, après qu'ils eurent constaté qu'il existait des discordances aux résultats des tests avec des mouvements du tronc qui n'étaient pas des réactions de rattrapage mais d'action motrice (pièce 48 intimé, p. 6). Or, ledit bilan n'a fait que confirmer leur impression clinique de l'absence de tout signe d'une atteinte vestibulaire et – en tenant compte de l'ensemble des investigations sur le plan neurologique – de l'absence d'explication concernant la persistance des plaintes du recourant (pièce 48 intimé, p. 7). c. À bien suivre le recourant, des examens complémentaires auraient dû se poursuivre jusqu'à ce qu'ils concordent avec ses plaintes. Tel ne saurait être le cas. Selon la jurisprudence en effet, il est nécessaire mais il suffit que dans le cadre de la mission d'instruction qui est la sienne, l'expert soit en mesure de se faire une idée suffisante de l'état de santé de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral 9C _914/2010 du 2 décembre 2010 consid. 3). d. Le recourant reproche également aux experts de n'avoir pas tenu compte, dans leurs conclusions, du constat du physiothérapeute, M. Q _____, selon lequel il n'y avait pas eu d'évolution notable des capacités fonctionnelles et fonctions organiques au terme de la prise en charge physiothérapeutique. Ce grief est également infondé. Premièrement, il ressort du rapport de M. Q _____ que le recourant s'autolimitait pour tous les muscles clés testés et que ses plaintes étaient tant incohérentes qu'inconstantes. Deuxièmement, les experts ont précisément tenu compte du rapport de physiothérapie, en particulier du déconditionnement qui y est mentionné (« rapidement essoufflé et en sueur ») en concluant à une capacité de

travail de 50% du 24 juin 2013 au 7 juillet 2013 « pour favoriser un reconditionnement professionnel » (pièce 48 intimé, p. 8) et sans limitation au-delà. e. De plus, le recourant fait grief à Mme N_____ de ne pas s'être prononcée sur la capacité de travail alors qu'elle avait indiqué que les résultats d'ensemble était en phase avec le ressenti du patient. Par ailleurs, étant donné qu'elle avait mis en évidence des troubles visuels conséquents, il aurait fallu investiguer la question. Or, dans la mesure où ces troubles avaient été objectivés par le Dr S_____ qu'après l'expertise, ces éléments nouveaux remettaient en cause les conclusions des experts. Ces reproches s'avèrent également dénués de pertinence. Premièrement, on ne saurait réduire la portée du rapport de Mme N_____ à cette seule assertion en faisant abstraction de son contexte, à savoir que « sur le plan cognitif, les résultats d'ensemble sont donc rassurants et en phase avec le ressenti du patient » (pièce 48 intimé, p. 18). Deuxièmement, s'il est vrai que la skew deviation, diagnostiquée par le Dr S_____ le 23 juillet 2013, a échappé aux experts de la CRR, il n'en demeure pas moins que le Dr S_____ a expliqué, en date du 17 février 2014, que les plaintes de diplopie s'étaient nettement améliorées avec la mise en place de prismes sur les lunettes et qu'il avait conseillé au recourant de reprendre une activité professionnelle. Troisièmement, le Dr T_____ indique certes – en lien avec les troubles oculaires – que le rendement du recourant serait réduit d'environ 50% s'il reprenait un travail d'informaticien, mais cette conclusion n'interfère en rien avec les conclusions des experts de la CRR qui retiennent une capacité de travail de 100% dans l'activité habituelle d'agent de nettoyage. f. Dans ses écritures du 9 décembre 2014, le recourant indique enfin qu'il suit actuellement « un traitement extrêmement lourd » afin de soulager son rhumatisme psoriasique, ajoutant que cela n'avait pas été pris en considération dans l'expertise et que ce traitement pouvait pourtant occasionner une grande fatigue. Ces objections s'avèrent également infondées. Il ressort du rappel anamnestique de l'expertise sur le plan ostéo-articulaire que le recourant était déjà sous traitement médicamenteux lorsqu'il a entamé son séjour à la CRR. Cette information est également corroborée par le rapport du Dr J_____ du 8 avril 2013 (pièce 31 intimé, p. 1). Ainsi, pour autant que le traitement en question génère effectivement une grande fatigue, on ne saurait prétendre que celle-ci a échappé à l'appréciation des experts, ceux-ci ayant considéré de façon convaincante qu'il n'existait pas d'explication tangible aux limitations et restrictions avancées par ce dernier. g. Ainsi, l'argumentation développée par le recourant n'est pas de nature à remettre en cause les conclusions claires et bien motivées du rapport d'expertise de la CRR. Pour le surplus, la question des troubles oculaires et de leurs répercussions a été également éclaircie à satisfaction de droit par les Drs S_____ et T_____. Le premier a en effet attesté que la mise en place de prismes sur les lunettes de l'intéressé avait amélioré la symptomatologie au point qu'il recommandait la reprise d'une activité lucrative. Le second a quant à lui relevé que si les plaintes de diplopie survenaient facilement lorsque le recourant effectuait un effort de concentration visuelle important (lecture ou travail à l'ordinateur), les symptômes relatifs à ce trouble s'étaient nettement améliorés grâce au port des prismes précités, au point qu'un travail d'informaticien pouvait être exercé. Se fondant sur les plaintes du recourant faisant état d'une fatigue importante survenant après 30 à 45 minutes de lecture/travail à l'ordinateur, le Dr T_____ a partant considéré que le rendement était diminué d'environ 50% en cas de reprise d'une activité d'informaticien. Le recourant tente encore de tirer argument des arrêts de travail délivrés par le Dr U_____ les 11 octobre et 12 novembre 2013. Force est toutefois de constater que ces documents ne contiennent pas la moindre motivation et qu'en amont, soit le 29 juillet 2013, ce médecin faisait même état d'une légère amélioration

depuis fin juin 2013, soit après l'expertise, au point qu'un retour au travail ultérieur était possible. Le Dr U_____ ne mettant en exergue aucun élément qui aurait été ignoré par les experts de la CRR, en particulier par la Dresse O_____, les certificats délivrés par ce rhumatologue traitant doivent céder le pas aux conclusions des experts de la CRR, en application des principes jurisprudentiels évoqués (cf. consid. 7c supra). Au regard de ces éléments, l'état de santé du recourant et ses répercussions sur la capacité de travail exigible dans une activité adaptée a été suffisamment investigué. Partant, la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire ne se justifie pas. C'est donc à juste titre que l'intimé a considéré que la capacité de travail exigible du recourant était de 100% dans une activité d'informaticien, ceci avec une diminution de rendement de 50%, mais qu'elle était pleine et entière dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles, soit une activité ne nécessitant pas d'effort oculaire important, ce à partir du 8 juillet 2013 (cf. rapport SMR du 8 août 2014).

E. 11

Reste à déterminer le degré d'invalidité du recourant en procédant à la comparaison des revenus, le statut du recourant étant celui d'une personne active. a. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en comparant les revenus sans et avec invalidité chiffrés aussi exactement que possible, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174). Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381 consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant des ESS éditées par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2). Quant au revenu d'invalidité, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de

l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5). b. En cas d'absence de désignation des activités compatibles avec les limitations du recourant, le Tribunal fédéral a jugé qu'il eût été certainement judicieux que l'office AI donnât au recourant, à titre d'information, des exemples d'activités adaptées qu'il peut encore exercer, mais qu'il convient néanmoins d'admettre que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre significatif sont adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière (arrêt du Tribunal fédéral 9C_279/2008 du 16 décembre 2008 consid. 4). c. Dans l'hypothèse où un assuré présente une capacité de travail entière dans toute activité lucrative ou lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même table statistique, les revenus avant et après invalidité sont calculés sur la même base. Il est dès lors superflu de les chiffrer avec exactitude, le degré d'invalidité se confondant avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 43/05 du 30 juin 2006 consid. 5.2 et I 1/03 du 15 avril 2003 consid. 5.2).

E. 12

a. En l'occurrence, pour le revenu sans invalidité, l'intimé s'est référé aux salaires statistiques ressortant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), en raison de l'absence d'activité professionnelle durable. Il résulte en effet des pièces du dossier que le recourant a exercé, entre juin 2011 et juin 2012, la profession d'agent de nettoyage en qualité d'auxiliaire, soit avec un horaire de travail variable dépendant des missions proposées par l'employeur (cf. pièce 67 intimé). Au vu du manque d'informations concrètes et fiables sur le revenu sans invalidité et compte tenu du parcours professionnel du recourant, qui n'a jamais exercé d'activité dans le domaine informatique en Suisse – ce qu'il ne pourrait pas au demeurant sans une remise à niveau (cf. pièce 65 intimé) –, c'est à juste titre que l'intimé s'est fondé sur les données statistiques résultant des ESS 2010, tableau TA 1, ligne total, pour une activité de niveau 4 exercée à 100%. On rappellera que ce salaire statistique recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées, n'impliquant pas de formation particulière (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 171/04

du 1^{er} avril 2005 consid. 4.2, in REAS 2005 p. 240). Quant au revenu d'invalidé, il convient de se référer aux mêmes données statistiques puisque le recourant n'exerce aucune activité lucrative et qu'il présente une capacité de travail de 100% dans ce même panel d'activités. b. Dès lors qu'il est superflu de chiffrer précisément les revenus avec et sans invalidité en pareil cas (cf. consid. 11 supra), il reste uniquement à examiner s'il y a lieu de procéder à une réduction du revenu d'invalidé, ce que l'intimé s'est abstenu de faire dans la décision querellée. Selon la jurisprudence, l'administration ou le juge ne saurait introduire par le biais de la déduction sur le salaire d'invalidé, une diminution de rendement de l'assuré dans le cadre de la capacité résiduelle de travail, alors que les médecins appelés à se prononcer sur celle-ci n'ont pas fait état d'une telle diminution (arrêt du Tribunal fédéral 9C_160/2014 du 30 juin 2014 consid. 5.1). Vu qu'en l'espèce, aucune diminution de rendement n'est attestée en lien avec une activité adaptée – soit une activité ne nécessitant pas d'effort oculaire important –, les limitations découlant du handicap visuel du recourant ne sauraient être prises en considération à titre de réduction supplémentaire. Pour le surplus, les autres critères admis par la jurisprudence ne sont pas non plus pertinents dans le cas particulier. Le recourant était âgé de 37 ans au moment de la décision, apte à travailler à plein temps et au bénéfice d'un permis de travail, de type B, accordé au titre du regroupement familial (époux d'une Suisse), de sorte que son âge, son taux d'occupation possible et sa nationalité ne sont pas de nature à le désavantager, en termes salariaux, par rapport à d'autres travailleurs pour le type d'activités entrant en considération.

E. 13

Compte tenu de ce qui précède, le recours doit être rejeté. En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, voulant que la procédure devant la chambre de céans soit gratuite, sous réserve de la possibilité de mettre des émoluments de justice et les frais de procédure à la charge de la partie qui agit de manière téméraire ou témoigne de légèreté (cf. aussi art. 89H al. 1 LPA), la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal cantonal des assurances (soit la chambre de céans [art. 134 al. 1 let. a ch. 2 LOJ]) est soumise à des frais de justice ; le montant des frais susceptible d'être mis à la charge des parties dans une telle procédure doit se situer entre CHF 200.- et CHF 1'000.-, indépendamment de la valeur litigieuse (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il sera mis un émolument de CHF 200.- à la charge du recourant. ***** PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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