

GE_GERICHTE A/560/2014 vom 18. August 2014

GE Cour de justice, 2014-08-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_560_2014

FR: GE_GERICHTE A/560/2014 du 18 août 2014

IT: GE_GERICHTE A/560/2014 del 18 agosto 2014

Erwägungen

E. 9

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Adriano GIANINAZZI recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE intimé EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré ou le recourant), ressortissant espagnol né en 1952, a travaillé en tant que concierge. Il a subi un accident en 1985, lors duquel il s'est sectionné l'index gauche en taillant une haie.![endif]>![if> 2. Dans son rapport du 21 avril 1987, le docteur B_____ a fait état d'une capacité de travail nulle du 31 octobre 1985 au 30 décembre 1986, de 50 % du 1 er décembre 1986 au 31 mars 1987 et totale dès le 1 er avril 1987. ![endif]>![if> 3. Par décision du 30 octobre 1987, l'assurance-accidents a octroyé une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5 % à l'assuré.![endif]>![if> 4. L'assurance-accidents a confié une expertise au docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie. Dans son rapport du 24 février 1987, ce médecin a indiqué que l'assuré se plaignait de douleurs lors du mouvement de pince pouce-index et d'une mauvaise prise de la main gauche. A l'issue de son examen, l'expert a relevé que l'index était encore douloureux et présentait des troubles de la sensibilité assez importants. La fonction était diminuée dans ce doigt. L'assuré avait de la peine à se saisir d'objets tels qu'un balai, un tuyau d'aspirateur ou à essorer une serpillère. La main gauche était donc très handicapée pour un travailleur manuel. Le taux définitif de l'invalidité devrait être étudié en relation avec un poste de travail adapté. ![endif]>![if> 5. L'assuré a fait l'objet de mesures d'observation professionnelle auprès du Centre de réadaptation professionnelle et d'occupation pour handicapés physiques du 9 novembre au 4 décembre 1987. Dans le rapport du 16 décembre 1987, le directeur du centre a noté que le stage avait permis à l'assuré de se rendre compte de ses réelles capacités. Le doigt greffé restait une gêne physique du fait des douleurs, mais également psychique. Il était évident que l'assuré pouvait se servir de sa main gauche pour conduire et pour quasiment tous les travaux manuels. Les limitations étaient le froid, les chocs, le contact avec des produits corrosifs et les actions demandant de la force ou une très grande finesse. L'assuré avait pu réaliser avec soins des travaux tels que soudure électronique, conditionnement, peinture, dessin, nettoyage, travaux industriels et couture à la machine. Sa perte de gain était évaluée à 20 % environ. Après avoir envisagé plusieurs options, l'assuré avait évoqué la possibilité de reprendre une activité dans la cordonnerie. Le directeur du centre de réadaptation s'est déclaré favorable à l'octroi d'un stage en cordonnerie, « ne serait-ce que pour démontrer à l'assuré que la CAI ne se désintéresse pas de son sort ».![endif]>![if> 6. Par décision du 14 juin 1988, l'Office d'assurance-invalidité (ci-après l'OAI ou l'intimé) a octroyé un reclassement professionnel en qualité de cordonnier à l'assuré.![endif]>![if> 7. Au vu des difficultés propres à la profession pour trouver une activité dépendante de cordonnier, l'OAI a dans son rapport du 22 octobre 1990 proposé d'accorder à l'assuré une aide en

capital de CHF 10'000.- ainsi qu'un prêt de CHF 40'000.- afin d'acquérir une cordonnerie où il pourrait exercer son activité de manière indépendante. !

8. Dite proposition a été entérinée par décision du 4 juillet 1991. !

9. Par courrier du 28 avril 1995, l'assuré s'est annoncé auprès de l'OAI afin d'obtenir des prestations. Il a précisé que c'était l'assurance-accidents, avec laquelle il était actuellement en négociations pour obtenir une rente complémentaire, qui avait exigé qu'il procède à cette démarche. !

10. L'OAI a eu deux entretiens avec l'assuré en date des 5 et 16 octobre 1995. Ce dernier a exposé que sans atteinte à la santé, il travaillerait 50 heures par semaine et pourrait gagner le double de son revenu. Or, il accomplissait 60 heures hebdomadaires mais avec un rendement de 50 %. Il éprouvait de la gêne pour réaliser certaines tâches en raison de son atteinte au doigt. !

11. Par décision du 9 avril 1996, l'OAI a accordé une rente correspondant à un degré d'invalidité de 50 % à l'assuré dès le 1^{er} mai 1994. !

12. Par demande du 16 avril 1999, l'assuré a sollicité la révision de la rente, soulignant qu'il n'arrivait pas à vivre des revenus tirés de son activité de cordonnier. Le problème n'était pas le manque de clientèle mais bien qu'il était trop lent dans son travail pour dégager un chiffre d'affaires normal. Il a joint les comptes de son entreprise à sa demande. !

13. Dans son rapport de mai 1999, le docteur D_____ a fait état d'une capacité de travail de 50 % en tant que cordonnier depuis le 16 novembre 1998. L'état de santé était stationnaire. !

14. L'OAI a procédé à une enquête économique le 12 mai 2000. Dans ce cadre, elle a notamment recueilli des renseignements auprès de l'Association romande des cordonniers. L'assuré lui a indiqué qu'il ne pouvait assumer un rythme soutenu dans ses travaux et avait besoin de plus de temps que ses confrères. Ses clients étaient souvent pressés et préféraient s'adresser à un autre cordonnier au vu du long délai d'exécution des travaux. L'OAI a relevé que l'assuré avait tout de même réussi à dégager des gains de l'ordre de CHF 15'000.- depuis 1991, malgré son handicap. Une diminution importante des revenus se faisait ressentir auprès de l'ensemble de la profession. En l'absence d'une aggravation de l'état de santé, la baisse des revenus paraissait dès lors imputable à la conjoncture plutôt qu'à l'atteinte de l'assuré. !

15. Dans sa décision du 10 octobre 2001, l'OAI a confirmé le droit de l'assuré à une demi-rente. Il a noté que l'état de santé était stationnaire depuis 1996 et que le rendement de 50 % était largement évalué par rapport au handicap. La comparaison du dernier revenu, soit CHF 54'406.- correspondant au salaire de CHF 49'868.- en 1985 après indexation à 1990, année de la fin de la formation de cordonnier, et du revenu avec invalidité de CHF 21'000.- correspondant à un salaire de cordonnier à mi-temps, portait le degré d'invalidité à 61.4 %, ce qui ne modifiait pas le droit à la rente. !

16. Dans son courrier du 19 octobre 2001, le Dr D_____ a confirmé que la capacité de travail de l'assuré restait de 50 %. !

17. Par jugement du 17 décembre 2002, la Commission cantonale de recours AVS-AI-APG-PCF-PCC-RMCAS-Amat a rejeté le recours interjeté par l'assuré contre la décision de l'OAI. Elle a en substance retenu que même si l'OAI n'avait pas procédé à une comparaison des revenus en 1996, sa décision du 9 avril 1996 n'était pas pour autant manifestement erronée, comme cela ressortait de la comparaison des revenus opérée dans la décision du 10 octobre 2001. Il n'existait par ailleurs pas de motif justifiant la révision de la rente, puisque la capacité de travail restait de 50 % selon le Dr D_____. !

18. A son tour saisi d'un recours, le Tribunal fédéral des assurances l'a rejeté par arrêt du 18 mai 2004 (I 140/03). Il a retenu que la décision de l'OAI du 9 avril 1996 était effectivement erronée en tant qu'elle reconnaissait un taux d'invalidité de 50 %. En effet, l'assuré disposait d'une capacité de travail complète

en tant que concierge dès le 1^{er} avril 1987 selon le Dr B_____. L'assuré avait produit une expertise réalisée le 24 février 1999, laquelle revêtait pleine valeur probante. Selon cette expertise, l'assuré souffrait d'un symptôme douloureux pan-vertébral entraînant une incapacité de travail de 50 % dans l'activité de cordonnier. Cependant, la capacité de travail résiduelle restait largement compatible avec une activité de conciergerie. Une diminution de la capacité de travail dans cette profession n'était certes pas exclue compte tenu des douleurs dorsales mais ne serait manifestement pas de nature à entraîner une diminution de la capacité de gain supérieure à 66 %. Partant, elle ne saurait fonder la révision du droit à la rente et l'octroi d'une rente entière d'invalidité.![endif]>![if> 19. Le 6 mars 2010, l'assuré a été victime d'une agression, lors de laquelle il a été violemment frappé au visage. ![endif]>![if> 20. Dans un rapport du 10 mai 2010, le docteur E_____, spécialiste FMH en médecine générale, a indiqué à l'assurance-accidents qu'en raison d'un accident survenu le 6 mars 2010, l'assuré était en incapacité de travail totale. ![endif]>![if> 21. L'assuré a subi une vitrectomie de l'œil droit le 30 septembre 2010, réalisée par la doctoresse F_____, médecin auprès du Service d'ophtalmologie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG). ![endif]>![if> 22. Dans son rapport du 5 janvier 2011, le docteur G_____, médecin au Service d'ophtalmologie des HUG, a indiqué que l'assuré avait bénéficié d'une intervention avec extraction du cristallin et mise en place d'un implant de chambre antérieure le 20 août 2010 et d'une intervention pour un petit décollement de rétine le 30 septembre 2010. Les suites opératoires avaient été marquées par une lente amélioration de l'acuité visuelle et la vision de l'œil droit était désormais de 8/10, alors qu'elle était de 10/10 à l'œil gauche. L'assuré se plaignait néanmoins d'une vision peu satisfaisante. Il disait avoir du mal à évaluer les distances et signalait une vision floue et des myodésopsies de l'œil droit. Un essai avec des lentilles de contact corrigeant au mieux son astigmatisme lui avait été proposé.![endif]>![if> 23. L'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie a confié une expertise pluridisciplinaire de l'assuré à la clinique CORELA, comprenant un volet oto-rhino-laryngologique, un volet ophtalmologique et un volet psychiatrique, réalisés respectivement par les docteurs H_____, I_____, spécialiste FMH en ophtalmologie et J_____.![endif]>![if> Dans leur rapport du 26 janvier 2011, les experts ont brièvement résumé le dossier médical de l'assuré avant de retracer son anamnèse. Dans ce cadre, ils ont relevé que le dossier psychiatrique avait mis en évidence un état anxio-dépressif dès 2007 et un traumatisme psychologique à la suite de l'accident du 6 mars 2010. L'assuré avait été en incapacité de travail totale du 1^{er} juin au 13 juin 2009. Le 14 juin 2009, il avait repris le travail à 50 %. Il était à nouveau en incapacité de travail totale depuis le 6 mars 2010. Son hygiène était soignée, il s'occupait de son ménage lui-même et aimait cuisiner. Sa vie sociale était normale. L'assuré avait des amis et aimait les promenades. Les plaintes somatiques l'empêchaient de travailler. Il se disait fatigué, nauséux, manquant d'équilibre et gêné par les vertiges. Il ne ressentait aucune douleur. Il voulait reprendre son activité professionnelle si ses symptômes disparaissaient. Au plan oto-rhino-laryngologique, la Dresse H_____ a retenu le diagnostic de status post-fracture du nez et du plancher orbitaire droit, sans incidence sur la capacité de travail. L'assuré n'avait aucune douleur ou trouble en lien avec cette fracture. Du point de vue orbitaire, il n'y avait pas de trouble de la mobilité ni de diplopie dans toutes les positions du regard. Les os étaient en parfait alignement, il n'y avait pas de séquelle esthétique et l'examen était normal. Aucune limitation fonctionnelle n'était à retenir en lien avec ce diagnostic. Sur ce plan, la capacité de travail s'était complètement rétablie trois semaines après l'accident, soit dès le 29 mars 2010. Le diagnostic de déficit vestibulaire

brutal droit, sans incidence sur la capacité de travail, était également retenu. La Dresse H_____ a précisé que les cavernomes découverts n'avaient pas de lien avec la symptomatologie car les centres vestibulaires centraux étaient plus à distance et leur territoire n'était pas touché. L'assuré se plaignait essentiellement de fatigue, de gêne visuelle et d'instabilité mais ne décrivait pas de vertige rotatoire associé à des nausées. L'instabilité survenait surtout en position debout au lieu de travail. Elle disparaissait si l'assuré était assis. Ces nouveaux symptômes étaient apparus après son agression et étaient liés plus à une gêne ophtalmologique qu'à une pathologie labyrinthique. En effet, la vision était utilisée dans la physiologie de l'équilibre et la perturbation de celle-ci pouvait expliquer les troubles, qui ne devaient être que transitoires. Le dernier bilan n'avait pas retrouvé de déficit. On pouvait considérer que la guérison était atteinte début novembre 2010 en l'absence d'anomalie anatomique labyrinthique. La reprise de travail était possible à temps complet dès le jour de l'examen, soit le 1^{er} décembre 2010. Au plan ophtalmologique, le Dr I_____ a posé le diagnostic de perte de la vision binoculaire après cure chirurgicale d'une cataracte post-traumatique de l'œil droit, avec incidence sur la capacité de travail. L'assuré se plaignait de fatigue visuelle extrême, qu'il attribuait à un effort de concentration lors des déplacements. Il avait une perte de la vision stéréoscopique, soit une perte de la perception de la profondeur, qui l'entravait dans son activité de cordonnier. A l'issue de son examen, l'expert a noté qu'il était impératif de poursuivre la prise en charge postopératoire et urgent de réduire la tension intraoculaire. Les lunettes devaient également être adaptées dès que possible. On pouvait espérer une amélioration de la situation dans les trois à douze mois à venir, soit par récupération de la vision, soit par adaptation de l'assuré à sa nouvelle situation, pour autant que le bilan orthoptique préconisé par le Dr I_____ ne révèle pas un trouble de la mobilité sous-jacent et qu'on puisse venir à bout du glaucome. Le psychiatre n'a retenu aucun diagnostic psychique. S'agissant de l'agression, l'évocation de la scène traumatique ne réveillait pas d'émergence sensorielle. Les critères diagnostiques pour retenir un stress post-traumatique n'étaient pas présents, bien que l'assuré ait été confronté à un événement exceptionnellement menaçant ayant pu menacer son intégrité physique. Il ne persistait aucune réminiscence ou sentiment de détresse lorsque l'assuré était exposé à des situations semblables. Il n'y avait pas de situation associée à un facteur de stress ni d'hypervigilance. L'expert psychiatre a en particulier noté la stabilité de l'orientation de la sexualité de l'assuré, qui s'était séparé de son épouse pour vivre avec un jeune homme avec lequel il avait eu une relation de trois ans, désormais terminée, et ne souhaitait pas modifier ses orientations. Au plan psychique, la capacité de travail était totale. Le Dr J_____ a écarté un état anxio-dépressif. Les critères diagnostiques d'un état dépressif n'étaient pas réunis. L'assuré disait n'être ni anxieux, ni déprimé. L'auto-questionnaire de Spielberger révélait une légère anxiété, attribuée par l'assuré aux problèmes visuels et à ses vertiges. Dans leur synthèse, les médecins de la clinique CORELA ont retenu à titre de facteurs non médicaux susceptibles d'inférer avec la capacité de travail que la situation d'indépendant avec perte transitoire de la clientèle était un facteur naturel de démotivation. De plus, la vie affective difficile de l'assuré constituait l'un des événements pouvant affecter son activité, en raison de son hypersensibilité et de ses orientations vers une vie homosexuelle. Une liaison pourrait lui amener la sécurité dont il avait besoin. La situation inverse pourrait au contraire perturber son équilibre. Dans l'analyse pluridisciplinaire, les médecins ont indiqué que les symptômes d'instabilité physique paraissaient avoir été majorés par l'agression. Ils ne semblaient pas avoir de rapport avec le déficit vestibulaire, qui s'était nettement amélioré avec la physiothérapie.

Ces symptômes n'apparaissent que lorsque l'assuré était seul dans la rue et disparaissent lorsqu'il était accompagné. Une composante anxieuse semblait les majorer. Au plan ophtalmologique, une correction urgente du glaucome était nécessaire pour récupérer une vision binoculaire acceptable. Jusqu'à la nouvelle évaluation de la capacité de travail, qui devrait avoir lieu à la mi-avril 2011, la capacité de travail était nulle en tant que cordonnier. Elle devrait à nouveau être complète dès mi-avril 2011. Dans un emploi adapté, l'instabilité décrite n'empêcherait pas l'assuré de travailler. Par contre, une baisse de rendement persisterait en raison des problèmes d'acuité visuelle pour la même durée que l'incapacité de travail. La capacité de travail médico-théorique dans un emploi adapté serait ainsi de 100 % horaire avec un rendement de 50 à 75 %. 24. L'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations le 1^{er} juillet 2011 auprès de l'OAI. Il a précisé qu'il avait une activité accessoire de 10 %. Il avait subi une agression le 6 mars 2010 et souffrait d'une perte de la vue partielle et de l'équilibre. 25. Dans un courrier du 11 juillet 2011, le Dr E_____ a fait état d'hypertension artérielle, d'ostéoporose, d'un déficit vestibulaire droit en 2007 et d'un syndrome obstructif des apnées du sommeil. Lors de son agression, l'assuré avait également subi une fracture blow out de l'orbite droite, ce qui avait entraîné une baisse de la vision bilatérale non améliorable. 26. Le docteur K_____, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie, a indiqué dans son rapport du 18 août 2011 qu'il avait retenu en 2007 un diagnostic de déficit vestibulaire brusque à droite, avec une amélioration progressive. Les premiers symptômes remontaient à novembre 2006, avec sensation de malaise, vertige rotatoire intense et nausées. L'IRM et l'angio-IRM n'avaient révélé aucune anomalie, mais le scan cervical montrait une malformation non significative de la charnière cervico-occipitale avec un début d'arthrose C1-C2. En février 2010, la fonction vestibulaire à droite restait perturbée. Depuis l'agression du 6 mars 2010, l'assuré se plaignait d'une nette dégradation de ses troubles de l'équilibre et d'un trouble visuel. Une électroystagmographie (ENG) réalisée en juin 2010 montrait des séquelles de déficit vestibulaire brusque à droite avec des signes de sensible récupération par rapport à l'examen réalisé avant l'agression. En effet, après un déficit vestibulaire périphérique, la symptomatologie diminuait par la mise en place de processus compensatoires centraux et la récupération de la fonction vestibulaire périphérique. Pour que la compensation centrale se fasse le mieux possible, la vision était indispensable. Le docteur L_____, spécialiste FMH en neurologie consulté par l'assuré, avait évoqué l'hypothèse que les modifications de la vision étaient responsables d'un moins bon fonctionnement des mécanismes de compensation. Un examen IRM et angio-IRM réalisé en 2010 avait mis en évidence un cavernome latéro-pontique à droite, mais d'autres lésions évoquaient d'autres cavernomes. L'assuré souffrait peut-être d'une cavernomatose qui pourrait jouer un rôle dans le déséquilibre chronique. 27. Le 26 août 2011, l'OAI s'est procuré le rapport établi le 4 novembre 2010 par les doctresses M_____ et N_____, médecins auprès du Service de neurologie des HUG. Ces dernières y ont posé les diagnostics de vertige postural phobique avec des antécédents de déficit vestibulaire brusque droit en 2007, de syndrome d'apnées du sommeil non appareillé, d'hypertension artérielle, d'état dépressif non traité et d'agression en mars 2010 avec fracture du nez et de la paroi interne de l'orbite droite, extraction du cristallin avec vitrectomie et mise en place d'une lentille pour subluxation traumatique du cristallin. L'assuré présentait des vertiges rotatoires depuis 2007. Depuis son agression, il rapportait une recrudescence de ces épisodes. Le docteur K_____, alors consulté par l'assuré, avait retrouvé des séquelles de déficit vestibulaire mais une amélioration de la fonction vestibulaire. L'assuré faisait état d'une sensation de tangage

constante, accompagnée d'une sensation de lourdeur de la tête sans céphalée franche. Il avait des difficultés à conserver le même rythme de marche sur plus de deux cents mètres et à suivre une conversation. Il avait parfois des sentiments d'angoisse et une agoraphobie depuis son agression. L'examen neurologique était dans la norme, hormis la baisse de l'acuité visuelle, raison pour laquelle le diagnostic de vertige postural phobique était retenu. Un état de stress post-traumatique était très probablement responsable des autres symptômes. Des séances de physiothérapie vestibulaire étaient recommandées, ainsi qu'un soutien psychologique. ![/endif]>![if> 28. Dans son rapport reçu le 26 septembre 2011 par l'OAI, le Dr E _____ a fait état d'un astigmatisme résiduel après mise en place d'un implant. Le pronostic était indéterminé et l'assuré attendait une intervention cornéenne au laser. L'incapacité de travail était totale depuis le 6 mars 2010 mais pourrait être améliorée par l'intervention.![endif]>![if> 29. Dans son rapport du 29 février 2012, le Dr G _____ a diagnostiqué des troubles de l'équilibre et de la vision après traumatisme facial en mars 2010. Objectivement, on retrouvait une acuité visuelle de 8/10 corrigée à droite et à gauche. L'œil droit présentait néanmoins une hypermétropie avec un astigmatisme. L'assuré n'avait pas supporté les lentilles visant à corriger l'astigmatisme. Ses plaintes étaient difficilement corrélables à l'examen clinique et sa symptomatologie était probablement liée à l'astigmatisme cornéen et potentiellement également au donesis de l'implant. Une chirurgie réfractaire au laser était en cours d'investigation. Le service d'ophtalmologie n'avait pas attesté d'arrêt de travail. Au plan ophtalmologique, une activité professionnelle ne semblait pas totalement exclue. ![/endif]>![if> 30. Le 7 décembre 2012, le Dr G _____ a notamment précisé que l'assuré se plaignait d'une vision très inconfortable avec des difficultés de perception de la profondeur et la sensation que l'image qu'il regardait bougeait. L'acuité visuelle corrigée était de 6/10 à droite et de 8/10 à gauche. Les segments antérieurs étaient calmes. On notait un petit mouvement de l'implant de chambre antérieure lorsque l'assuré bougeait. Le reste de l'examen était sans particularité, hormis l'important astigmatisme. Les difficultés de la perception des distances et de la profondeur pouvaient altérer l'activité de cordonnier. La gêne réelle éprouvée par l'assuré était difficilement quantifiable et le médecin ne pouvait juger d'un degré de diminution de rendement ou d'activité. Une réadaptation dans un domaine avec des exigences visuelles moindres pourrait être envisagée. L'assuré avait beaucoup de difficultés à la marche. ![/endif]>![if> 31. Dans un avis du 20 mars 2013, la doctoresse O _____, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), a résumé l'expertise et les rapports du Dr G _____ en retenant une capacité de travail nulle dans l'activité de cordonnier dès le 6 mars 2010 et totale avec baisse de rendement dès le 8 décembre 2010. Il y avait lieu de mettre en place une évaluation globale à la Fondation Asile d'aveugles. ![/endif]>![if> 32. Dans sa note du 30 avril 2013, l'OAI a relevé que l'assuré avait cessé d'exploiter sa cordonnerie le 16 novembre 2010 selon l'extrait du registre du commerce. Cette activité n'étant plus exigible, il fallait admettre un préjudice économique total dans l'activité de cordonnier. ![/endif]>![if> 33. L'OAI a déterminé le degré d'invalidité le 16 juillet 2013. Il a retenu à titre de revenu avec invalidité le salaire tiré d'activités simples et répétitives pour les hommes selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires de 2010 (ESS, TA1), soit CHF 4'901.- Après adaptation à la durée normale de travail de 41.6 heures, le revenu avec invalidité était ainsi de CHF 5'097.- par mois ou CHF 61'164.- par an, et de CHF 61'733.- après indexation à 2011. La diminution de rendement de 38 % portait ce revenu à CHF 38'275.-. Il convenait d'opérer une réduction statistique de 25 % sur le revenu d'invalidité, ce qui le réduisait à CHF 28'706.- Le revenu brut sans invalidité était de CHF 66'597.- La

comparaison des revenus aboutissait ainsi à un degré d'invalidité de 56.9 %. ![/endif]>![if> L'OAI a souligné que la baisse de rendement de 38 % correspondait à la moyenne entre les 25 % et 50 % retenus par le SMR dans son avis du 20 mars 2012. S'agissant du revenu sans invalidité, il a précisé que l'assuré n'exerçait plus comme cordonnier indépendant et que cette activité n'était plus exigible. Partant, il prenait pour référence le revenu sans invalidité de CHF 5'000.- ressortant du tableau TA7, secteur 10 (fabrication et transformation de produits), niveau 4 de l'ESS 2010. Ce revenu, adapté à la durée normale du travail et à l'indexation, se montait à CHF 63'132.-, auxquels s'ajoutait le revenu de CHF 3'465.- tiré de l'activité accessoire de concierge. 34. Le 9 août 2013, l'OAI a adressé un projet de décision à l'assuré. Il a repris son calcul du degré d'invalidité et relevé que le taux d'invalidité de 57 % ne modifiait pas le droit à une demi-rente.![endif]>![if> 35. A la demande de l'assurance-accidents, le Dr I_____ a complété son expertise le 24 juin 2013. Il s'est référé à l'anamnèse du 16 décembre 2011. L'assuré présentait encore les mêmes plaintes, à savoir l'insécurité à la marche et les difficultés à apprécier les profondeurs à moins d'un mètre, ce qui l'empêchait de travailler en tant que cordonnier. A l'issue de l'examen clinique, le Dr I_____ a retenu les diagnostics de fort astigmatisme cornéen régulier de l'œil droit, de limitation de l'acuité visuelle corrigée monoculaire de l'œil droit sur aniseikonie induite par l'anisométrie et sur un status port décollement de rétine, de perte de la vision stéréoscopique, de glaucome secondaire de l'œil droit peut-être d'origine posttraumatique, de pseudophakie de l'œil droit et d'anisométrie. La situation était stabilisée. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité s'élevait à 11 % selon la table 11 de la SUVA (pseudophakie avec acuité visuelle). L'expert considérait que tout n'avait pas été tenté pour corriger le fort astigmatisme. On pouvait envisager une lentille ARTISAN torique, éventuellement associée à une chirurgie incisionnelle. La présomption de glaucome secondaire ne permettait pas de clôturer le cas, car cette affection était susceptible d'évoluer vers une atteinte sévère du champ visuel pouvant aller jusqu'à la perte fonctionnelle totale de l'œil droit. Il était désormais clair que le glaucome était d'origine traumatique. L'expert s'étonnait du fait que l'ophtalmologue traitant ait apparemment ignoré le diagnostic de glaucome, ainsi que l'option d'une lentille ARTISAN. Il était par ailleurs regrettable qu'une réduction de l'astigmatisme n'ait pas été tentée plus rapidement. ![/endif]>![if> 36. Par décision du 7 novembre 2013, l'OAI a fixé le montant de la demi-rente versée à l'assuré à CHF 1'160.- dès le 1 er mai 2012 et CHF 1'170.- dès le 1 er janvier 2013.![endif]>![if> 37. Le 6 décembre 2013, l'OAI a obtenu une copie de l'expertise réalisée à la demande de l'assureur-accidents en date du 25 novembre 2013 par le docteur P_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. Dite expertise avait pour but d'évaluer les suites de l'accident de 1985. Dans ce cadre, l'expert a résumé les rapports médicaux établis peu après l'accident et rédigé une brève anamnèse. Les plaintes de l'assuré étaient une hypersensibilité au froid, des douleurs à l'appui sur l'index gauche et le fait qu'il ne pouvait se servir de ce doigt pour travailler. Il ne saignait pas normalement et ne sentait pas les fréquentes blessures qu'il subissait. Après un examen clinique, le Dr P_____ a posé les diagnostics de status post amputation distale de la 3 ème phalange du 2 ème doigt de la main gauche; de status post réimplantation partielle avec séquelles douloureuses et perte de force; d'obésité; d'anamnèse de fracture orbitaire, troubles visuels et troubles de l'équilibre. Il n'y avait pas de changement par rapport aux examens des médecins en 1987. On pouvait s'interroger sur les réflexions ayant conduit à un recyclage dans une profession où l'utilisation des mains était permanente et qui présentait un risque accru de nouvelles lésions. Le nouvel accident de 2010 avait provoqué une incapacité actuelle totale mais n'avait pas modifié les séquelles

de l'accident de 1985. Les limitations fonctionnelles en rapport avec l'accident de 1985 étaient liées à l'utilisation de la main gauche pour toute activité présentant des risques, comme l'utilisation de machines. Les travaux fins et délicats étaient limités en raison de l'index douloureux et non fonctionnel. La capacité de travail était de 50 % dans l'ancienne activité de cordonnier. Elle serait entière dans toute activité mono-manuelle ou ne demandant pas l'utilisation de l'index. [endif]>[if> 38. Dans son avis du 13 janvier 2014, la Dresse O_____ a notamment relaté que le Dr I_____ avait retenu dans l'expertise du 24 juin 2013 que l'incapacité de travail dans l'activité de cordonnier était justifiée par l'astigmatisme et le glaucome secondaire post-traumatique. L'état était stabilisé depuis le 10 octobre 2012, date de la dernière consultation en ophtalmologie aux HUG. Pour le surplus, elle a noté que les nouvelles expertises confirmaient les conclusions déjà retenues par la clinique CORELA et ne modifiaient pas l'avis du SMR du 20 mars 2013. La capacité de travail était nulle dans l'activité de cordonnier dès le 6 mars 2010 et de 100 % avec une baisse de rendement de 25 à 50 %, soit de 50 à 75 % dans une activité adaptée.[endif]>[if> 39. Par décision du 20 janvier 2014, l'OAI a refusé d'augmenter la rente d'invalidité de l'assuré. Il a repris le calcul du degré d'invalidité du 16 juillet 2013.[endif]>[if> 40. Par écriture du 21 février 2014, l'assuré a interjeté recours contre cette décision. Il a conclu, sous suite de dépens, à l'annulation de la décision et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 6 mars 2010. Il a notamment relevé que ni l'expertise CORELA, ni le SMR n'indiquaient quels étaient les emplois adaptés. Il s'est référé à un rapport du 9 janvier 2014 des docteurs Q_____ et R_____ de l'Hôpital Jules-Gonin. Il a fait grief à l'intimé de ne pas avoir indiqué pour quels motifs une aggravation de l'invalidité était niée, malgré les divers rapports médicaux établis et le fait que les médecins consultés avaient reconnu les importants troubles du recourant et n'avaient admis de reprise que dans une activité adaptée. Le recourant a également affirmé que la décision ne précisait pas sur quels éléments elle se fondait pour retenir une capacité de gain résiduelle ou déterminer quelles activités concrètes entreraient en ligne de compte. Or, une telle activité devait être déterminée concrètement eu égard à l'âge du recourant et à son état physique et psychique. Si la force probante des rapports médicaux présentés par le recourant ne devait pas être considérée comme suffisante pour fonder une augmentation de son taux d'activité, il y aurait lieu d'ordonner une expertise judiciaire pour établir l'activité professionnelle pouvant concrètement être exigée et le degré d'invalidité supplémentaire entraîné par l'aggravation de l'état de santé. Le recourant a ajouté s'agissant du degré d'invalidité et notamment de la baisse de rendement de 38 % qu'il s'agissait-là d'un élément essentiel pour fixer le degré d'invalidité, et que l'intimé ne pouvait dès lors pas se contenter de déterminer cette baisse de rendement de façon arithmétique sans autre justification. L'importance de ses problèmes de vue avait des conséquences concrètes, qu'il y avait lieu d'examiner précisément. S'agissant de la réduction statistique de 25 %, l'intimé ne l'avait pas non plus motivée. L'intimé donnait l'impression d'avoir voulu accorder quelque chose au recourant, dans une proportion excluant toutefois le droit à une rente entière d'invalidité. Le calcul du degré d'invalidité violait les droits du recourant. Il était par ailleurs erroné. En effet, l'intimé avait retenu un montant de CHF 28'706.- à titre de revenu d'invalidité, soit CHF 38'275.- dont étaient déduits 25 %. Or, pour prendre réellement en compte la réduction supplémentaire de 25 %, il aurait fallu procéder au calcul suivant : revenu statistique de CHF 61'733.- x (100 % - 38 % - 25 %), soit CHF 61'733.- x 37 %, ce qui aboutissait à un revenu d'invalidité de CHF 22'841.- En comparant ce revenu au salaire sans invalidité de CHF 66'597.-, la perte de gain était de 65.7 %, ce qui ouvrait le droit à une rente entière d'invalidité. [endif]>[if>

Le recourant a notamment produit le rapport des Drs Q_____ et R_____ du 9 janvier 2014, diagnostiquant un astigmatisme cornéen et un status post traumatisme facial avec cataracte traumatique subluxée enlevée et remplacée par un implant Artisan, évoquant différentes options thérapeutiques et précisant que le recourant était fortement gêné par son œil droit.

41. Par écriture du 25 février 2014, le recourant a corrigé son recours en ce sens que la perte de gain selon son calcul était supérieure à 65 % et ouvrait le droit à trois-quarts de rente. Son incapacité de gain était cependant supérieure en raison de ses importantes limitations fonctionnelles.![endif]>![if> 42. Dans sa réponse du 24 mars 2014, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il s'est référé aux conclusions des experts et a relevé que les limitations fonctionnelles consistaient essentiellement en une gêne binoculaire et des troubles accommodatifs. Seul un petit nombre d'activités était ainsi exclu. Les tables statistiques du tableau TA1 de l'ESS recouvrant une large palette d'activités, il n'était pas nécessaire de spécifier en détail chacune des activités encore exigibles. L'expertise du Dr I_____ ne contredisait en rien ces conclusions. Le dossier avait dès lors été suffisamment instruit. Contrairement à ce qu'affirmait le recourant, l'abattement de 25 % n'était pas une baisse de rendement supplémentaire et ne devait pas être ajouté aux 38 % retenus à ce titre. Il s'agissait simplement d'un ajustement des chiffres statistiques afin de tenir compte des circonstances personnelles d'un assuré. ![endif]>![if> 43. Par réplique du 2 avril 2014, le recourant a déclaré persister dans ses conclusions tendant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 6 mars 2010 et a conclu à titre subsidiaire à une nouvelle appréciation de son incapacité de gain. Il a relevé que l'intimé n'avait pas exposé dans sa réponse les modalités de calcul du degré d'invalidité, pourtant contesté en raison de son caractère arbitraire. Il a répété que l'incapacité de gain devait être établie de manière précise. Quant au raisonnement de l'intimé sur la réduction de 25 %, il était erroné. Dans sa décision, l'intimé évoquait en effet une réduction « supplémentaire » de 25 %, ce qui signifiait qu'elle s'ajoutait à la baisse de rendement. La réduction statistique démontrait au demeurant que la première appréciation de la capacité de travail était aléatoire.

![endif]>![if> 44. Par duplique du 13 mai 2014, l'intimé s'est déterminé sur le calcul du recourant. Il a souligné que la réduction de 25 % constituait l'abattement maximal. Il s'est en outre référé à la pratique administrative, au vu de laquelle la diminution de rendement et la réduction statistique ne pouvaient être simplement additionnées. ![endif]>![if> 45. La Chambre de céans a transmis copie de cette écriture au recourant le 20 mai 2014.

![endif]>![if> 46. A la même date, les parties ont été informées que la cause était gardée à juger. ![endif]>![if> 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).![endif]>![if> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. La LPGA, entrée en force le 1^{er} janvier 2003, est applicable à la présente procédure.![endif]>![if> 3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA).![endif]>![if> 4. Le recours porte sur le droit à la rente du recourant, plus particulièrement sur son degré d'invalidité.![endif]>![if> 5. En vertu de l'art. 28 al. 1^{er} 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.!

S'agissant de la révision du droit à la rente, l'art. 17 al. 1^{er} LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (Ueli KIESER, ATSG-Kommentar: Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, 2^{ème} éd., Zurich 2009, n. 21 ad art. 17; ATF 130 V 343 consid. 3.5). 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 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). 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 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. L'art. 16 LPGA prévoit que, 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. Il s'agit là de la méthode dite de comparaison des revenus, qu'il convient d'appliquer aux assurés exerçant une activité lucrative (ATF 128 V 29 consid. 1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 128 V 174 consid. 4a). Le revenu sans invalidité se détermine pour sa part en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'intéressé aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 428/06 du 25 mai 2007 consid. 7.3.3.1). La preuve de l'existence de circonstances qui justifieraient de s'écarter, en sa faveur ou en sa défaveur, du revenu effectivement réalisé par l'assuré est soumise à des exigences sévères, qu'il s'agisse de l'évaluation du revenu avec ou sans invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 290/04 du 28 décembre 2004 consid. 3.2). Si pour des raisons étrangères à l'invalidité, qui peuvent être liées à l'absence de formation scolaire ou professionnelles, aux connaissances linguistiques ou au statut de l'assuré, celui-ci a touché un revenu clairement inférieur à la moyenne, il y a lieu d'en tenir compte lors de l'évaluation de l'invalidité selon l'art. 16 LPGA s'il est établi que l'assuré n'entendait pas s'en contenter. Ce parallélisme des revenus se fera soit en tenant compte d'un revenu sans invalidité plus élevé que le revenu effectivement touché, soit en le fondant sur des valeurs statistiques, soit en diminuant la valeur statistique du revenu d'invalide (ATF 134 V 322 consid. 4.1 et les références). Pour déterminer le revenu d'invalide de l'assuré, il y a lieu en l'absence d'un revenu effectivement réalisé de se référer aux données salariales, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires publiées par l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 75 consid. 3b). Il y a lieu de procéder à une réduction des salaires statistiques lorsqu'il résulte de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité ou catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) que le revenu que pourrait toucher l'assuré en mettant en valeur sa capacité résiduelle de travail est inférieur à la moyenne. Un abattement global maximal de 25 % permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas

concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). 9. Il convient en premier lieu d'analyser les rapports médicaux à la lumière des critères dégagés par le Tribunal fédéral. L'expertise réalisée par les Drs H_____, J_____ et I_____ se fonde sur l'étude du dossier et des examens cliniques dans les domaines de spécialité des experts. Elle contient en outre une anamnèse, tient compte des plaintes du recourant et les médecins ont exposé sur quels éléments ils se fondaient pour retenir ou exclure les diagnostics évoqués. Quant aux conclusions sur la capacité de travail, elles sont motivées. S'agissant en particulier du volet oto-rhino-laryngologique, la Dresse H_____ n'a pas retenu d'atteinte ayant des répercussions sur la capacité de travail en soulignant l'absence d'anomalie labyrinthique expliquant les vertiges du recourant, qu'elle attribuait aux troubles de la vision consécutifs à l'agression de ce dernier. Sur ce point, son analyse rejoint d'ailleurs celle du Dr K_____, qui notait en août 2011 que le déficit vestibulaire diagnostiqué en 2007 s'était amélioré, avant que la symptomatologie ne se dégrade après l'agression en raison de la difficulté de compenser eu égard aux problèmes de vision. Ce médecin avait certes évoqué une possible cavernomatose. La Dresse H_____ a cependant expliqué de manière convaincante pourquoi les cavernomes ne pouvaient être à l'origine des symptômes rapportés par le recourant. On ajoutera que ses conclusions paraissent également corroborées par les neurologues des HUG, qui ont indiqué en novembre 2010 que l'examen neurologique était dans la norme et que le vertige était phobique. De plus, ni le Dr K_____, ni les Dresses M_____ et N_____ ne se sont exprimés sur la capacité de travail du recourant. Au plan psychiatrique, on peut s'étonner de lire des considérations sur l'incidence de l'orientation sexuelle du recourant sur sa capacité de travail, alors même que le psychiatre relève que l'homosexualité est assumée. Cela étant, il n'existe aucun rapport médical actuel faisant état de troubles psychiques et le Dr E_____ n'a en particulier pas diagnostiqué de séquelles psychologiques de l'agression dans ses rapports de juillet et septembre 2011. Ainsi, il n'y a pas de motif de remettre en cause les conclusions du Dr J_____, aux termes desquelles il n'existe pas d'atteinte psychique. En ce qui concerne les troubles de la vision, l'expert a retenu une perte de la vision binoculaire. Ce diagnostic entraînait une incapacité de travail totale en tant que cordonnier, laquelle pourrait cependant s'améliorer. La capacité de travail dans un emploi adapté était en revanche complète, avec toutefois une baisse de rendement de 50 à 75 %. Le Dr I_____ n'est pas revenu sur cette estimation dans son complément d'expertise du 24 juin 2013. Il n'existe en outre pas de rapport médical permettant de s'écarter des conclusions de l'expert ophtalmologue. En effet, le Dr G_____ indique dans son rapport de février 2012 qu'aucune incapacité de travail n'a été établie par les médecins du Service d'ophtalmologie et qu'une activité professionnelle n'est pas exclue sur ce plan, précisant en décembre 2012 que si l'activité de cordonnier est délicate en raison des difficultés de la perception des distances, une réadaptation peut être envisagée. Ainsi, les avis du Dr G_____ et l'expert ophtalmologue sur l'incidence des atteintes visuelles sur la capacité de gain du recourant semblent concorder. Quant au rapport du 9 janvier 2014 des médecins de l'Hôpital Jules-Gonin, il ne contient pas de diagnostic qui aurait échappé à l'expert, et il ne se prononce d'ailleurs pas sur la capacité de travail du recourant. En ce qui concerne l'expertise du Dr P_____, concluant à une capacité de travail totale du point de vue orthopédique dans une activité adaptée, elle n'amène aucun élément nouveau justifiant que l'on s'écarte de l'avis des experts. Quant aux avis du médecin traitant, ils ne sont pas motivés et n'y suffisent dès lors pas non plus. Eu égard à ce qui précède, il n'existe aucun élément justifiant que l'on s'écarte des conclusions des médecins de la clinique CORELA, selon lesquelles le

recourant présentait une capacité de travail nulle en tant que cordonnier dès le 6 mars 2010 et de 50 à 75 % dans une activité adaptée, avec une baisse de rendement de 25 à 50 %. Par conséquent, il n'y a pas lieu de donner suite à la requête du recourant tendant à la mise en œuvre d'une expertise. En effet, si le recourant a le droit de faire administrer des preuves essentielles en vertu de la garantie constitutionnelle du droit d'être entendu (ATF 127 V 431 consid. 3a), ce droit n'empêche pas l'autorité de mettre un terme à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de former sa conviction, et que procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude que ces dernières ne pourraient l'amener à modifier sa décision (ATF 130 II 425 consid. 2.1; ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d; KIESER, op. cit. , n. 72 ad art. 61). 10. Il y a également lieu d'examiner si le calcul d'invalidité de l'intimé est conforme aux principes rappelés ci-dessus. S'agissant du revenu sans invalidité, l'intimé s'est référé au revenu statistique tiré d'activités simples et répétitives dans le secteur de la fabrication et transformation de produits de l'ESS, en précisant sur ce point que l'activité de cordonnier n'était plus exigible. Il y a cependant lieu de rappeler que le revenu de cordonnier a été réalisé après la survenance de la première atteinte à la santé. Il s'agit dès lors d'un revenu d'invalidé, obtenu après réadaptation. Or, conformément à la jurisprudence citée, il faut déterminer le revenu sans invalidité en fonction du salaire réalisé par le recourant avant la première atteinte ayant des répercussions sur sa capacité de gain, soit dans son activité de concierge. C'est d'ailleurs le revenu correspondant au salaire réalisé en 1985 en tant que concierge après indexation que l'intimé a retenu à titre de revenu sans invalidité dans sa décision du 10 octobre 2001, que le Tribunal fédéral des assurances n'a pas remise en cause sur ce point. On se référera sur ce point également à un autre arrêt du Tribunal fédéral, où notre Haute-Cour a retenu dans le cadre d'une révision du droit à la rente consécutive à une aggravation que le revenu sans invalidité était celui réalisé avant la survenance de la première atteinte à la santé ayant fait l'objet de la décision initiale d'octroi de rente (arrêt du Tribunal fédéral 9C_238/2008 du 5 janvier 2009 consid. 5). Le revenu sans invalidité de référence en 2011 est donc de CHF 86'223.69, ce qui correspond au salaire de CHF 49'868.- en 1985 réalisé en tant que concierge tel que ressortant de la décision du 10 octobre 2001, après son indexation. Quant au revenu avec invalidité, c'est en revanche à juste titre que l'intimé s'est référé au revenu statistique dans les activités simples et répétitives selon l'ESS 2010, soit CHF 4'901.-. L'indexation et l'adaptation à la durée normale du travail de 41.7 heures par semaine en 2011 (et non 41.6 heures comme le retient l'intimé) porte ce revenu à CHF 61'924.65. C'est également à bon droit que l'intimé a tenu compte d'une diminution de rendement de 38 %, correspondant à la moyenne de la baisse de rendement estimée par le Dr I_____ entre 25 à 50 %. En effet, lorsqu'un rapport médical indique la capacité de travail sous la forme d'une fourchette de valeurs, il convient en règle générale de se fonder sur la valeur moyenne (arrêt du Tribunal fédéral 9C_280/2010 du 12 avril 2011 consid. 4.2 et les références). Le revenu avec invalidité est ainsi réduit à CHF 38'393,25. Quant à l'abattement de 25 %, il correspond à la réduction statistique maximale autorisée selon la jurisprudence, de sorte que les arguments du recourant sur le fait que l'intimé aurait insuffisamment motivé sa décision sur ce point ne lui sont d'aucun secours. Sur ce point, il y a encore lieu de confirmer que contrairement à ce qu'affirme le recourant, l'abattement doit être opéré sur le revenu d'invalidé tiré des statistiques et ne s'additionne pas à une éventuelle baisse de rendement ou réduction du taux de travail (cf. à titre d'exemples arrêt du Tribunal fédéral 9C_160/2014 du 30 juin 2014 consid. 5.4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 636/02 du 15 avril 2003 consid.

4.1). Après abattement, le revenu avec invalidité est de CHF 28'794.95. La comparaison avec le revenu sans invalidité aboutit ainsi à un degré d'invalidité de 66.6 %. Le recourant reproche également à l'intimé de ne pas avoir indiqué quelles activités il pouvait exercer. Il est vrai que ni le Dr I _____ ni le Dr P _____ n'ont donné d'exemples concrets des emplois adaptés, et que l'intimé n'a pas non plus énuméré les activités entrant en ligne de compte. Cela étant, le Tribunal fédéral a eu l'occasion de préciser en l'absence d'indications sur les activités compatibles avec les limitations d'un assuré que s'il eût été judicieux que l'OAI donne des exemples de telles activités, il convenait d'admettre que le marché du travail offrait un éventail suffisamment large d'activités légères dont un nombre significatif était adapté aux limitations de l'assuré et accessibles sans aucune formation particulière (arrêt du Tribunal fédéral 9C_279/2008 du 16 décembre 2008 consid. 4). Tel est également le cas en l'espèce. En effet, les limitations fonctionnelles qui ressortent des rapports des experts – soit la perte de la vision binoculaire et l'impossibilité d'utiliser l'index – ne sont pas telles qu'il n'existe aucune activité adaptée sur un marché du travail équilibré. On relèvera en particulier que selon la jurisprudence, les assurés qui ont perdu un œil sont en mesure d'accéder à la majorité des activités professionnelles, hormis celles qui nécessitent une vision binoculaire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 222/06 du 10 juillet 2007 consid. 3 et les références). 11. Compte tenu du degré d'invalidité de 66.6 %, le recourant a droit à un trois quarts de rente. 12. Selon l'art. 88a al. 2 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI ; RS 831.201), si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29 bis est toutefois applicable par analogie. En l'espèce, l'aggravation de l'invalidité remonte au 6 mars 2010. C'est en effet depuis l'agression survenue à cette date que le recourant n'est plus en mesure d'exercer son activité de cordonnier à mi-temps, comme le retient également le SMR dans ses avis du 20 mars 2013 et du 13 janvier 2014. L'augmentation de son droit à la rente intervient ainsi trois mois plus tard, c'est-à-dire le 6 juin 2010. C'est donc dès le 1^{er} juin 2010, en application de l'art. 29 al. 3 LAI, que naît le droit à un trois quarts de rente. 12. Eu égard à ce qui précède, le recours est partiellement admis. 13. Le recourant, qui obtient partiellement gain de cause, a droit à des dépens qui seront fixés à CHF 1'500.- (art. 61 let. g LPGA). La procédure en matière d'assurance-invalidité n'étant pas gratuite, l'intimé supporte l'émolument de CHF 500.- (art. 69 al. 1 bis LAI). 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.