

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2418/2019

ATAS/155/2020

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 26 février 2020

4^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à CAROUGE

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Christine LUZZATTO et Larissa
ROBINSON-MOSER, Juges assesseures**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré ou le recourant), né le _____ 1970, marié en 1997 et séparé en 2013, père d'un enfant, a demandé des prestations de l'assurance-invalidité le 30 mars 2007, faisant valoir qu'en raison d'une très haute myopie depuis sa naissance, il ne pouvait pas avoir de permis de conduire. Sa myopie avait augmenté depuis ces cinq dernières années et l'empêchait d'accéder à une très grande partie des offres d'emploi.
2. À teneur d'un curriculum vitae établi en 2007, l'assuré était marié et père d'un enfant. Il exerçait la profession de DJ et compositeur. Il avait effectué un apprentissage entre 1985 et 1988 de peintre en bâtiment, sans obtention du CFC, et avait travaillé comme gardien dans une galerie d'un centre d'arts appliqués. Il avait occupé plusieurs places comme DJ et directeur artistique dès 1991 pour plusieurs établissements. Il avait des connaissances en informatique de base et dans la création de musique assistée par ordinateur. Il parlait français, italien, anglais et avait des notions d'espagnol.
3. Par décision du 27 août 2007, l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après l'OAI ou l'intimé) a refusé d'octroyer une rente d'invalidité à l'assuré.
4. Celui-ci a demandé le 25 mai 2011 des prestations de l'assurance-invalidité. Il résidait alors à Lugano.
5. Par projet de décision du 10 octobre 2011, l'OAI a refusé d'octroyer une rente d'invalidité à l'assuré, qui n'avait pas fourni les renseignements demandés.
6. Le 2 février 2012, l'assuré a demandé des prestations d'assurance-invalidité pour adulte en raison d'une aggravation de sa myopie.
7. Le 23 mai 2013, l'assuré, qui résidait dorénavant à Puplinge, a requis des prestations d'invalidité en raison de sa myopie.
8. Dans un rapport du 17 juin 2013, le professeur B_____, médecin chef du service du département des neurosciences cliniques des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après les HUG), a indiqué que l'assuré souffrait d'une forte myopie, rapidement progressive depuis son enfance. Il ne supportait plus les lentilles de contact, seul moyen d'une certaine réhabilitation visuelle. Avec des lunettes, l'acuité visuelle était insuffisante pour les travaux du quotidien. L'acuité visuelle était de 0,1 sur l'œil droit et de 0,05 à l'œil gauche. Le champ visuel montrait une altération avec un rétrécissement d'environ 75° au total sur les deux yeux. En conclusion, l'assuré était inapte à toute activité professionnelle demandant une acuité visuelle supérieure à 0,05 et un champ visuel normal.
9. Il ressort d'un rapport établi le 1^{er} juillet 2013 par la doctoresse C_____, médecin responsable SMR, qu'il n'y avait pas eu de décision suite au projet de décision du 10 octobre 2011.

10. À teneur d'un rapport établi le 30 octobre 2013 par le docteur D_____, spécialiste en ophtalmologie FMH, l'assuré présentait une très haute myopie. Le meilleur traitement serait d'opérer la cataracte, ce qui permettrait d'éviter les lentilles de contact. Il y avait un grand danger de glaucome simple à angle ouvert, qui était un classique chez les grands myopes.
11. L'assuré a demandé une allocation pour impotent le 7 octobre 2013.
12. Par décision du 20 janvier 2014, l'OAI a octroyé à l'assuré une allocation pour impotent de degré faible depuis le 1^{er} novembre 2008.
13. À teneur d'un avis de la Dresse C_____ du 28 février 2014, le dossier était à voir sous l'angle de l'art. 87 RAI, référence faite à l'avis SMR du 9 juillet 2013. Le 30 mai 2011, une nouvelle demande avait été instruite au Tessin. L'acuité visuelle était meilleure à l'œil droit (0,25) et idem à l'œil gauche (0,16 avec les lentilles). L'atteinte était superposable à celle qui prévalait lors du refus de prestations du 27 août 2007. Dès lors, la capacité de travail restait entière dans une activité adaptée.
14. Par projet de décision du 21 mars 2014, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de l'assuré du 31 mai 2011.
15. À teneur d'un rapport adressé à l'OAI par le Dr D_____ le 17 avril 2014, l'assuré voyait 0,15 de l'œil droit et rien du tout de l'œil gauche, malgré la meilleure correction possible. Son champ visuel était donc très rétréci. Cette acuité visuelle n'était atteinte qu'avec les lentilles de contact et pas avec les lunettes. Or, vu la sécheresse des yeux de l'assuré, celui-ci ne pouvait pas porter ses lentilles toute la journée. Il était donc définitivement tout à fait incapable de travailler, sauf pour un métier d'aveugle. La décision du 21 mars 2014 se fondait sur une demande de mai 2011. La situation depuis lors s'était considérablement dégradée. Il avait recommandé à l'assuré de recourir contre la décision de l'OAI.
16. Le 25 avril 2014, l'assuré a demandé un entretien pour s'opposer au projet de décision de l'OAI en invoquant le rapport du Dr D_____ précité.
17. Par avis médical du 11 août 2014, la Dresse C_____ a conclu que la situation ne s'était pas manifestement aggravée, puisque les acuités visuelles étaient sensiblement les mêmes. L'assuré avait donc une « activité » entière dans une activité adaptée qui respectait les limitations fonctionnelles retenues en 2007. L'avis du SMR du 21 juin 2007 restait valable. Il n'appartenait pas au SMR de déterminer si une telle activité existait, ni si elle était exigible de la part de l'assuré.
18. Le gestionnaire du dossier a établi un mandat de réadaptation pour audition, car le SMR préconisait des mesures d'ordre professionnel. Une aide au placement pourrait éventuellement être octroyée.
19. Selon une note de premier entretien du 3 février 2015, l'OAI avait proposé à l'assuré une mesure d'observation avec une orientation de trois mois en centre afin de trouver des cibles professionnelles, idéalement dans le domaine de la musique

(programmation musicale) et de tester/évaluer sa capacité de travail et ses limitations par le biais de stages pratiques. L'assuré avait droit à une orientation et à une aide au placement.

20. Selon un rapport établi par le Dr D_____ le 22 mai 2015, l'état des yeux de l'assuré était, à ce jour, un peu différent de celui retenu dans l'avis du SMR du 23 avril 2014. L'œil droit, avec la meilleure correction possible et surtout avec la lentille de contact, voyait 0,2 tandis que l'œil gauche ne voyait rien. Il y avait un scotome central causé par la dégénérescence maculaire en rapport avec la myopie.
21. Par décision du 6 juillet 2015, l'OAI a octroyé à l'assuré les frais d'orientation professionnelle de type OSER, auprès des Établissements pour l'intégration (ci-après les ÉPI).
22. Selon un message adressé à Mme E_____ de l'OAI par le maître de réadaptation des ÉPI le 1^{er} septembre 2015, l'assuré s'était présenté à la mesure le 31 août pour une séance d'information, mais, il avait d'emblée clairement exprimé qu'il était réfractaire à la suivre. Il ne s'était pas présenté dans les ateliers le 1^{er} septembre 2015.
23. Par décision du 15 septembre 2015, l'OAI a interrompu la mesure d'orientation professionnelle.
24. Le 12 mai 2016, l'OAI a informé l'assuré prendre en charge les frais d'orientation professionnelle auprès du CPHV (centre pédagogique pour élèves handicapés de la vue) du 17 mai au 29 juillet 2016. Le taux de présence était de 50% au départ (13h00 – 17h00) avec une augmentation progressive vers un 80% en fin de mesure.
25. À teneur du rapport établi par le CPHV le 27 mai 2016, l'assuré ne se voyait pas exercer une autre activité que la musique, qui était sa passion. Afin de trouver un compromis et d'établir des objectifs communs, il avait été convenu de l'aider dans la préparation du projet qu'il souhaitait soumettre à l'OAI pour obtenir son soutien. En effet, par l'intermédiaire de la rédaction de son projet, les objectifs étaient les suivants :
 - Former l'assuré à la bureautique et à l'acquisition des moyens auxiliaires informatiques adaptés aux personnes avec une déficience visuelle ;
 - Valider la faisabilité de son projet dans la musique ;
 - Évaluer les compétences qui seraient transférables dans d'autres domaines professionnels.

L'assuré s'était présenté à la mesure le 17 mai 2016 avec une heure de retard. Il avait annoncé qu'il n'arrivait pas à lire ni à écrire en raison de sa déficience visuelle et qu'il attendait de la conseillère en orientation qu'elle rédige pour lui un document lui permettant d'obtenir une aide de l'OAI pour son projet d'ouverture d'un établissement musical. Il lui avait été expliqué que le rôle du CPHV était de l'accompagner dans la rédaction de son projet en lui permettant de développer ses

compétences en informatique. L'assuré avait répété qu'il ne souhaitait pas apprendre la bureautique ni élaborer un projet professionnel autre que l'ouverture d'un centre musical. En raison de sa forte myopie, il considérait avoir droit à une rente d'assurance-invalidité. La mesure avait été interrompue pour manque de collaboration de la part de l'assuré.

26. Le 3 juin 2016, l'OAI a adressé une sommation à l'assuré l'invitant à se présenter à la mesure proposée auprès du CPHV d'ici le jeudi 16 juin 2016.
27. Par décision du 2 août 2016, l'OAI a refusé toute prestation à l'assuré, constatant que celui-ci ne s'était pas présenté à la mesure le 16 juin 2016, sans donner de nouvelles. Par conséquent, il statuait en l'état du dossier et sur la base de l'avis du SMR et du service de réadaptation dont il ressortait que la perte de gain était nulle. Pour calculer le préjudice économique, le service de réadaptation s'était référé aux salaires statistiques pour les revenus avec et sans invalidité. Aucune réduction supplémentaire n'était admise dans sa situation et sa perte de gain était nulle. En conséquence, toute prestation lui était refusée.
28. Selon un rapport établi le 17 mars 2017 par le Dr D_____, l'assuré n'était pas du tout au clair concernant sa situation actuelle. Il ne comprenait pas pourquoi il ne touchait pas de prestations de l'OAI. Comme il voyait mal, il était possible qu'une partie de son courrier lui ait échappé.
29. Le 28 juin 2017, l'assuré a, à nouveau, demandé des prestations de l'assurance-invalidité.
30. À teneur d'un rapport établi le 7 juillet 2017 par le Dr D_____, la vision actuelle de l'assuré était de 0,15 à l'œil droit avec des lunettes et 0,25 avec lentilles de contact. L'œil gauche n'avait pas d'acuité visuelle chiffrable à cause d'un scotome central. L'acuité visuelle de l'œil droit était meilleure avec des lentilles de contact, mais malheureusement, très souvent, l'assuré ne les supportait pas à cause de l'hyposécrétion lacrymale. Cette intolérance avait déjà provoqué à plusieurs reprises des ulcères cornéens qui, chaque fois, laissaient une cicatrice opaque. C'était la raison pour laquelle l'acuité visuelle était si basse. Cette acuité était également menacée par une dégénérescence maculaire de haute myopie. Le champ visuel de chaque œil était, de plus, rétréci concentriquement à un diamètre de 30° environ pour chaque œil, à cause d'un glaucome, affection fréquente chez les grands myopes. L'assuré avait une vision dans la pénombre encore plus mauvaise. En une année, l'aggravation avait été très lente. Il y avait une chute importante de la vision, mais elle avait pu être corrigée par le traitement d'injections intra-oculaires. L'évolution à prévoir était réservée. S'agissant de la capacité de travail, le médecin ne pouvait se prononcer, car il ne savait pas ce que le patient faisait avec une si mauvaise vision.
31. Par avis médical du 20 septembre 2017, le SMR a retenu que l'assuré avait rendu plausible l'aggravation de son état de santé.

32. Selon un rapport établi par le Dr D_____ le 23 octobre 2017, l'assuré était totalement incapable de travailler dans la dernière activité de DJ bien avant qu'il ait commencé à le suivre (le 28 octobre 2013), soit quand il était suivi par la polyclinique d'ophtalmologie des HUG. L'œil droit était unique à voir (0,2) avec des lentilles de contact, et la vision serait plus basse avec des lunettes. L'assuré avait une mauvaise vision dans la pénombre et une extrême sensibilité des cornées au sec et aux poussières. Le rendement était réduit en raison de l'acuité très basse. L'assuré pourrait peut-être avoir une activité adaptée à son handicap à la demi-journée, soit une activité compatible avec sa mauvaise vision, sans travail à l'écran ou bref et sans exposition aux poussières. On ne pouvait pas s'attendre à la reprise d'une activité professionnelle, respectivement à une amélioration de la capacité de travail. La longue maladie avait débuté avant l'an 2000. L'aptitude à la réadaptation dépendait de la rééducation. Les yeux de l'assuré étaient très sensibles et prompts à s'infecter.
33. Selon un rapport médical établi par le Dr D_____ le 5 mars 2018, l'assuré se débrouillait très bien pour se déplacer et entretenir des contacts sociaux, mais il ne pouvait pas conduire un véhicule et voyait mal dans la pénombre. Les limitations fonctionnelles étaient une mauvaise vision de l'œil unique droit (environ 0,2 de loin), une mauvaise vision nocturne et un caractère naturel indiscipliné et rêveur. Le traitement actuel était des collyres en abondance pour éviter la dégradation de la cornée de l'œil droit et une surveillance de la pression par crainte d'un glaucome et de la macula de l'œil droit par crainte d'une DMLA. On pourrait envisager d'opérer la myopie de l'œil droit pour éviter le port de lentilles de contact (implant dans la chambre antérieure ou ablation du cristallin clair), mais toute opération pourrait provoquer un décollement de rétine, ou pire. Le médecin ne savait pas comment l'assuré se débrouillait actuellement avec une aussi mauvaise vision, mais il était foncièrement rebelle à une discipline et à un apprentissage ennuyeux. Sa passion était la musique. C'était le seul domaine dans lequel il accepterait un recyclage, en tenant compte de sa mauvaise vision.
34. Selon une note du 3 mai 2018 de l'OAI avait expliqué une nouvelle fois à l'assuré que ses demandes précédentes avaient fait l'objet de décision de refus et qu'elles étaient entrées en force et que la demande actuellement ouverte était celle de juin 2017.
35. Selon un rapport final subséquent du SMR établi par la doctoresse F_____ le 8 août 2018, l'assuré était âgé de 48 ans, sans activité lucrative, au bénéfice de l'Hospice général et il avait déposé une 2^{ème} demande de prestations AI en raison d'un problème ophtalmologique. Il bénéficiait d'un suivi par le Dr D_____, qui avait informé l'OAI en mars 2018 que la mauvaise vision à l'œil droit influençait une incapacité de travail à 50%. Il était conseillé de suivre l'estimation du médecin ophtalmologue de l'assuré. En conclusion, il fallait retenir un début de longue maladie depuis 2017 avec une capacité de travail indéterminée dans l'activité habituelle et de 50% dans l'activité adaptée avec un début de l'aptitude à la

réadaptation à juillet 2017. Les limitations fonctionnelles étaient une mauvaise vision du côté droit et une cécité du côté gauche, de préférence un travail ne nécessitant pas le regard sur un écran en permanence ni de travail nécessitant une bonne vision. L'assuré n'était pas apte à la conduite.

36. À teneur d'une note sur le statut du 3 septembre 2018, lors des précédentes demandes, l'assuré avait été considéré comme un actif. Il n'y avait pas d'élément justifiant de s'écarter de ce statut.
37. Par projet d'acceptation de rente du 29 octobre 2018, l'OAI a octroyé à l'assuré une demi-rente d'assurance-invalidité sur la base d'un degré d'invalidité de 50%. Il ressortait de l'instruction médicale que sa capacité de travail était considérablement restreinte dès juillet 2017 (début du délai d'attente d'un an). Cependant, dans une activité adaptée à son état de santé, sa capacité de travail était de 50%. Dès lors que le revenu avec et sans invalidité était basé sur la même table statistique, il était superflu de chiffrer ces derniers avec exactitude. Le degré d'invalidité se confondait avec le taux d'incapacité. Par conséquent, l'assuré présentait une invalidité de 50%. Un reclassement ne permettrait pas de sauvegarder ou d'améliorer de manière notable sa capacité de gain.
38. Dans un courrier adressé par le Dr D_____ à l'OAI le 19 novembre 2018, celui-ci s'étonnait que l'OAI n'accorde qu'une demi-rente d'invalidité à l'assuré, alors qu'il ne voyait que 0,2 de l'œil droit et rien de l'œil gauche et qu'il supportait très mal ses lentilles de contact. Il pourrait travailler 4 heures assis dans une activité adaptée, mais quelle activité ? Comme il ne pourrait pas supporter ses lentilles de contact, il devrait porter des lunettes avec lesquelles il voyait encore moins. Il n'avait pas de vision stéréoscopique. Il était incapable de travailler sur un écran d'ordinateur, car il ne pouvait maintenir son attention longtemps. Il lui fallait bouger, modifier, inventer. Il ne comprenait pas pourquoi l'OAI considérait que c'était seulement à partir de juillet 2017 que sa capacité de travail était considérablement restreinte. Il connaissait le patient depuis 2013. À cette époque déjà, son acuité visuelle n'était pas meilleure. Elle s'était dégradée par la suite en raison du glaucome. Auparavant, il était suivi par la polyclinique d'ophtalmologie (très mollement) et c'était là que le désastre de la perte de vision de l'œil gauche s'était passée. Cela n'avait pas éveillé leur attention. Le Dr D_____ ajoutait qu'il avait précédemment retenu que l'assuré pourrait travailler 4 heures par jour en position assise, mais maintenant qu'il le connaissait mieux, il pouvait préciser que c'était vraiment théorique, car ce serait un travail sur un ordinateur, ce dont l'assuré n'était pas capable. Il était d'accord avec la volonté de l'assuré de contester la décision de l'OAI.
39. Le 22 novembre 2018, l'assuré a formé opposition au projet du 29 octobre 2018. Son taux d'invalidité était de 75% et son incapacité de travail de 100%.
40. Selon un avis médical établi par la Dresse F_____ le 4 décembre 2018, l'assuré n'avait apporté aucun autre élément médical au dossier qui mettait en doute la possibilité de travailler 4 heures par jour dans une activité strictement adaptée

mentionnée par le Dr D_____ le 3 octobre 2017. Il n'y avait pas d'élément nouveau susceptible de changer la position du SMR.

41. Par décision du 20 juin 2019, l'OAI a confirmé son projet de décision.
42. L'assuré a formé recours contre cette dernière le 25 juin 2019. Il faisait valoir que sa myopie ne s'était pas déclarée ces dernières années, mais bien dès la naissance. Elle avait perturbé toute sa scolarité et l'avait empêché de faire un apprentissage, malgré un essai comme peintre en bâtiments. Elle ne lui avait pas permis à 18 ans de passer son permis de conduire et de faire son armée. S'agissant de l'incapacité de travail, celle-ci était attestée par le Dr D_____ et le Dr B_____ à 100%. Le taux de 50% indiqué par l'assurance-invalidité était faux. Son taux d'invalidité était de 75% et son incapacité de travail de 100%.

L'assuré a produit un rapport médical établi le 25 janvier 2019 par le Dr D_____ qui indiquait qu'avec une acuité visuelle aussi basse que celle de l'assuré, le seul métier qu'il pouvait exercer était un métier d'aveugle.

43. Par réponse du 29 juillet 2019, l'OAI a conclu au rejet du recours. Le Dr D_____ avait indiqué que le recourant serait à même de travailler 4 heures par jour dans toute activité ne nécessitant pas de vision particulière. Les éléments apportés par l'assuré ne permettaient pas de faire une appréciation différente du cas.
44. Par réplique du 9 août 2019, l'assuré a indiqué que depuis ces dix dernières années, sa vue s'était totalement détériorée. Tous les jours, chaque 20 minutes, il devait mettre différentes gouttes dans ses yeux et le soir au coucher différentes sortes de pommade ainsi qu'un antibiotique. De plus, dans l'œil gauche, il avait une tache maculaire qui l'empêchait de voir et dans l'œil droit une « dénégation » totale, avec une vision très trouble qui changeait selon les journées. Il ne supportait plus les verres à contact qu'il avait dû porter depuis son plus jeune âge, puisque ses yeux étaient devenus terriblement secs et abîmés. Depuis ces cinq dernières années, il était totalement incapable de travailler comme les documents fournis l'expliquaient.
45. Lors d'une audience du 29 janvier 2020 devant la chambre de céans, le recourant a déclaré : « J'ai toujours eu des problèmes de lecture à cause de ma vue. Vous attirez mon attention sur le fait que l'OAI a déjà rendu une décision le 2 août 2016 qui me refusait toute prestation et que cette décision est entrée en force. Je le conteste et je précise que ma vue ne me permet pas de lire bien. Je n'ai eu qu'un rendez-vous à l'OAI malgré mes nombreuses demandes et pas de visite médicale et on m'a demandé pourquoi je ne faisais pas des téléphones roses ou des massages érotiques. Je suis père de famille et je trouve cela scandaleux, malgré que je sois séparé. J'ai une fille âgée de 19 ans. Je fais aussi opposition au calcul de l'OAI car il a retenu un salaire sans invalidité qui ne correspondait à ce que j'étais capable de gagner en tant que DJ. Le dernier salaire que j'ai gagné était de CHF 4'700,- par mois au Club 58. J'ai commencé tout petit cette activité. Il n'y a pas besoin des yeux pour la musique. Je pourrais peut-être mettre la musique à la radio. J'utilise un PC comme juke box. Je dois me rapprocher de l'écran. Après 20 minutes j'ai les yeux qui piquent. Je n'ai

pas seulement une myopie très forte, mais j'ai les yeux malades, des problèmes de rétine, cornée suite au port de verres de contact depuis longtemps. Les médecins n'osent même pas m'opérer. Je suis venu seul aujourd'hui. Je suis venu seul deux ou trois fois en repérage les jours précédents. Je me repère aux bâtiments. Mon ex-femme ou ma fille m'accompagne parfois. Je suis grosso modo capable de me débrouiller seul. Je sors toutefois peu de chez moi. Je joue du piano depuis mon enfance. Je n'ai pas fait de conservatoire. J'aime improviser cela me détend. Je travaille avec l'ordinateur pour faire de la musique. C'est comme cela que j'occupe mon temps. J'ai habité neuf ans en Afrique avec mon père entre 2 et 11 ans. C'est là que j'ai appris l'anglais. Ensuite on est rentré en Italie avec mon père qui est italien. Il est tombé malade. Après son décès, je suis arrivé en Suisse chez ma mère. J'avais 14 ans. C'est là que j'ai découvert la musique, car mon père était très strict. J'ai appris l'espagnol avec des copains en Suisse. Je n'ai pas pu terminer ma formation comme peintre en bâtiment, car je ne voyais pas assez bien. J'ai cessé mon activité de DJ à cause de ma vision. Je ne voyais pas les signes de mes patrons qui par exemple me demandaient de baisser le son avec des signes. Je n'osais pas dire que j'étais hyper mal voyant. J'ai des picotements dans les yeux presque tous les jours, même avec les gouttes, ce qui est par moment assez douloureux. C'est ça qui m'empêche de travailler ainsi que la luminosité. Je n'arrive pas à garder les yeux ouverts. On me prenait pour un drogué parce j'avais des petits yeux. A 18 ans, j'étais un peu déçu et nerveux, car je ne pouvais pas passer mon permis de conduire et j'avais été déclaré inapte au service militaire, mais je devais quand même payer des impôts. Je n'ai pas payé le train, puis j'ai eu une amende que j'ai laissé traîner sans payer. Finalement j'ai fait une semaine de prison à cause de cela. J'estimais que je ne devrais pas payer les transports. Si j'étais convoqué auprès d'un médecin pour une expertise, je m'y rendrais. Actuellement, je touche une demi-rente d'invalidité avec un complément de prestations complémentaires, mais je n'arrive pas à faire face à mes dépenses. Je n'arrive pas à m'organiser pour faire une semaine de vacances avec ma fille. J'étais mieux quand j'étais à l'Hospice général. J'ai l'impression que ma situation devient de plus en plus compliquée à cause de mon état de santé alors que je devrais être aidé. J'ai le sentiment que mon problème est sous-estimé, ce qui me fait mal et m'empêche de vivre bien. L'association des mal voyants m'aide parfois, à ma demande. Je gère mon courrier avec mon ex-femme. Elle vient chaque deux semaines. C'est surtout l'assurance-maladie et le SPC qui me bombardent de courriers, sinon je n'en reçois pas beaucoup. Je n'ai pas accepté le fait que certaines personnes gagnent beaucoup d'argent en aidant des personnes handicapées. Il m'est difficile de payer un avocat. Je prends note qu'il m'est éventuellement possible d'obtenir l'assistance juridique, mais je me débrouille pas mal tout seul ».

46. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), 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. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).
3. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente entière d'invalidité.
4. 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, mentale ou psychique 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).
5. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. Selon l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

6. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; ATF 142 V 58 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la

juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

7. 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).
8. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il

est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

9. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu réaliser 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. 8 al. 1 et art. 16 LPG).

La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, 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 (ATF 139 V 28 consid. 3.3.2 et ATF 135 V 297 consid. 5.1). 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 la santé, en tenant compte de l'évolution des circonstances au moment de la naissance du droit à la rente et des modifications susceptibles d'influencer ce droit survenues jusqu'au moment où la décision est rendue (ATF 129 V 222 consid. 4.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_869/2017 du 4 mai 2018 consid. 2.2). 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 de l'ESS éditée par l'Office fédéral de la statistique (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 201/06 du 14 juillet 2006 consid. 5.2.3 et I 774/01 du 4 septembre 2002). 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'invalidé, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). 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'invalidé 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). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne «total secteur privé» (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). 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 valeur statistique - médiane - s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3).

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).

Bien que l'âge soit inclus dans le cercle des critères déductibles depuis la jurisprudence de l'ATF 126 V 75 – laquelle continue de s'appliquer (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_470/2017 du 29 juin 2018 consid. 4.2) – il ne suffit pas de constater qu'un assuré a dépassé la cinquantaine au moment déterminant du droit à la rente pour que cette circonstance justifie de procéder à un abattement. Encore récemment, le Tribunal fédéral a rappelé que l'effet de l'âge combiné avec un handicap doit faire l'objet d'un examen dans le cas concret, les possibles effets pénalisants au niveau salarial induits par cette constellation aux yeux d'un potentiel employeur pouvant être compensés par d'autres éléments personnels ou professionnels tels que la formation et l'expérience professionnelle de l'assuré concerné (arrêt du Tribunal fédéral 8C_227/2017 précité consid. 5). Il a considéré qu'un assuré ayant accompli plusieurs missions temporaires, alors qu'il était inscrit au chômage consécutivement à la cessation d'activité de son ancien employeur, disposait d'une certaine capacité d'adaptation sur le plan professionnel susceptible de compenser les désavantages compétitifs liés à son âge (59 ans au moment déterminant), surtout dans le domaine des emplois non qualifiés qui sont, en règle générale, disponibles indépendamment de l'âge de l'intéressé sur le marché équilibré du travail (arrêt du Tribunal fédéral 8C_227/2017 du 17 mai 2018 consid. 5; voir aussi arrêts du Tribunal fédéral 8C_403/2017 du 25 août 2017 consid. 4.4.1 et 8C_805/2016 du 22 mars 2017 consid. 3.4.3). À l'inverse, dans un autre arrêt récent rendu en matière d'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_470/2017 du 29 juin 2018 consid. 4.2), le Tribunal fédéral a retenu un taux d'abattement de 10% dans le cas d'un assuré âgé de 61 ans qui, durant de longues années, avait accompli des activités saisonnières dans le domaine de la plâtrerie et dont le niveau de formation était particulièrement limité (arrêt du Tribunal fédéral 8C_103/2018 du 25 juillet 2018 consid. 5.2). En revanche, il a contesté un abattement dans le cas d'un assuré âgé de 55 ans au motif que ses excellentes qualifications personnelles, professionnelles et académiques constituaient un avantage indéniable en terme de facilité d'intégration sur le marché du travail (arrêt du Tribunal fédéral 9C_375/2019 du 25 septembre 2019 consid. 7.3).

Le Tribunal fédéral a déjà eu l'occasion de constater que le travail à plein temps n'est pas nécessairement mieux rémunéré que le travail à temps partiel; dans certains domaines d'activités, les emplois à temps partiel sont en effet répandus et répondent à un besoin de la part des employeurs, qui sont prêts à les rémunérer en conséquence (ATF 126 V 75 consid. 5a/cc; cf. aussi arrêt du Tribunal fédéral 8C_49/2018 du 8 novembre 2018 consid. 6.2.2.2). Cela étant, si selon les statistiques, les femmes exerçant une activité à temps partiel ne perçoivent souvent pas un revenu moins élevé proportionnellement à celles qui sont occupées à plein temps (cf., p. ex., arrêt du Tribunal fédéral 9C_751/2011 du 30 avril 2012 consid.

4.2.2), la situation se présente différemment pour les hommes; le travail à temps partiel peut en effet être synonyme d'une perte de salaire pour les travailleurs à temps partiel de sexe masculin (arrêt du Tribunal fédéral 8C_805/2016 du 22 mars 2017 consid. 3.2).

Une unilatéralité de fait ou une restriction de la main dominante peut justifier un abattement compris entre 20% et 25% (arrêts du Tribunal fédéral 9C_363/2017 du 22 juin 2018 consid. 4.3 et 9C_396/2014 du 15 avril 2015 consid. 5.2).

10. 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 est adapté aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière (arrêt du Tribunal fédéral 9C_279/2008 du 16 décembre 2008 consid. 4).

Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Il est certes possible de s'écarter de la notion de marché équilibré du travail lorsque, notamment l'activité exigible, au sens de l'art. 16 LPGA, ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe quasiment pas sur le marché général du travail ou que son exercice impliquerait de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (cf. RCC 1991 p. 329; RCC 1989 p. 328; arrêts du Tribunal fédéral 9C_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2 et 9C_659/2014 du 13 mars 2015 consid. 5.3.2). Cependant, là encore, le caractère irréaliste des possibilités de travail doit découler de l'atteinte à la santé – puisqu'une telle atteinte est indispensable à la reconnaissance d'une invalidité (cf. art. 7 et 8 LPGA) – et non de facteurs psychosociaux ou socioculturels totalement étrangers à l'invalidité (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_286/2015, op. cit, consid. 4.2).

D'après ces critères, il y a lieu de déterminer dans chaque cas et de manière individuelle si l'assuré est encore en mesure d'exploiter une capacité de travail résiduelle sur le plan économique et de réaliser un salaire suffisant pour exclure une rente. Ni sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage, ni sous celui des possibilités qu'offre un marché du travail équilibré aux assurés pour mettre en

valeur leur capacité de travail résiduelle, on ne saurait exiger d'eux qu'ils prennent des mesures incompatibles avec l'ensemble des circonstances objectives et subjectives (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1066/2009 du 22 septembre 2010 consid. 4.1 et la référence).

La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'oeuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques (ATF 110 V 273 consid. 4b p. 276; arrêt I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b, in RCC 1991 p. 329). Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (VSI 1998 p. 293). En d'autres termes, il s'agit uniquement de savoir si, compte tenu de son état de santé, il est à même d'exercer une activité déterminée sans que l'on ait à rechercher s'il va trouver un employeur disposé à lui confier ce travail. Si l'on tenait compte des fluctuations de l'offre et de la demande sur le marché du travail, on aboutirait à ce résultat qu'un assuré serait tantôt admis à bénéficier de la rente et tantôt ne le serait pas suivant que les offres d'emploi seraient peu nombreuses ou au contraire abondantes. Les décisions de l'AI finiraient d'être dépourvues de tout fondement objectif.

À la différence de simples fluctuations conjoncturelles, les modifications structurelles que peut connaître le marché du travail sont des circonstances dont il faut tenir compte en matière d'assurance-invalidité. L'augmentation de la productivité au sein des entreprises, la pression sur la rentabilité ou les nécessités de maîtriser les coûts salariaux pèsent sur les salariés qui doivent faire preuve d'engagement et d'efficacité, s'intégrer dans une structure d'entreprise et montrer des facultés d'adaptation importantes. Dans ce contexte, des troubles importants de la personnalité peuvent constituer des obstacles irrémédiables à la reprise d'une activité salariée (Michel VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants et de l'assurance-invalidité, Commentaire thématique, 2011, n. 2112 et 2113).

Le Tribunal fédéral a ainsi admis dans un arrêt 9C_984/2008 du 4 mai 2009 (consid. 5.2 et 6.2) qu'un employeur ne prendrait pas le risque d'engager une personne qui souffrait d'un grave trouble de la personnalité et qui ne pouvait exercer d'activités qu'en milieu protégé, soit dans un environnement confiné et protégé, en dehors de tout stress professionnel et social.

Dans un arrêt 9C_496/2015 du 28 octobre 2015 (consid. 3.3), le Tribunal fédéral a considéré que la jurisprudence précitée ne trouvait pas application s'agissant d'un cas dans lequel aucune réserve n'avait jamais été exprimée par les experts consultés

au sujet de la capacité de la recourante à exercer une activité sur le marché équilibré de l'emploi. Une restriction de l'exigibilité ne pouvait découler de la simple diminution de la capacité de travail de l'intéressée. Par ailleurs, l'état dépressif de cette dernière, de degré moyen, n'empêchait pas une certaine activité professionnelle à dire d'experts. Les experts avaient pris en considération le retrait social et la difficulté de l'accessibilité thérapeutique, rendant réservé le pronostic global quant à la reprise d'activité professionnelle quelconque dans le circuit économique, avant de conclure qu'une activité adaptée à 40-50% leur paraissait exigible de la part de la recourante.

L'administration n'a pas à démontrer l'existence d'offres de travail concrètes disponibles correspondant aux limitations de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral 9C_633/2016 du 28 décembre 2016).

Le Tribunal fédéral a notamment jugé qu'un marché du travail équilibré est sans conteste en mesure d'offrir des postes que l'on peut occuper avec une seule main ou un seul bras ou suite à la perte fonctionnelle d'un œil. Par ailleurs, des emplois dits « de niche » – autrement dit des postes et des travaux pour lesquels les personnes atteintes dans leur santé peuvent s'attendre à une ouverture sociale de la part de l'employeur – ne sauraient conduire à nier l'existence d'opportunités correspondantes. Il en va de même de l'exercice d'un travail auxiliaire, ceci en principe indépendamment de l'âge de l'assuré (Michel VALTERIO, op. cit, n. 2114 et 2115; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 180/05 du 16 janvier 2006; arrêt du Tribunal fédéral 9C_95/2007 du 29 août 2007 consid. 4.3).

11. Dans l'hypothèse où un assuré présente une entière capacité de travail 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 (ATF 119 V 475 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral 8C_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 5.4; arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 43/05 du 30 juin 2006 consid. 5.2). Même s'il n'est pas indispensable de déterminer avec précision les salaires de références, il n'en demeure pas moins que, dans cette situation, l'évaluation de l'invalidité repose sur des données statistiques. Par conséquent, une réduction supplémentaire du revenu d'invalidité (abattement) est possible en fonction des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (cf. ATF 126 V 75 consid. 7b).

En cas de baisse de rendement, l'abattement doit être appliqué à la part du salaire statistique que l'assuré est toujours susceptible de réaliser malgré sa baisse de rendement et ne saurait en aucun cas être additionné au taux de la diminution de rendement, puis il convient de déduire le résultat obtenu de ladite part salariale. La différence obtenue correspond à la perte de gain effective et donne le taux d'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_692/2017 du 12 mars 2018 consid. 5).

12. Selon la jurisprudence, le résultat exact du calcul du degré d'invalidité doit être arrondi au chiffre en pour cent supérieur ou inférieur selon les règles applicables en mathématiques. En cas de résultat jusqu'à x,49%, il faut arrondir à x % et pour des valeurs à partir de x,50%, il faut arrondir à x+1 % (ATF 130 V 121 consid. 3.2).
13. En l'espèce, l'intimé a fondé sa décision sur un avis médical établi par le SMR le 8 août 2018, qui retenait une capacité de travail du recourant de 50% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, sur la base des rapports de son médecin traitant, le Dr D_____. Celui-ci avait en particulier indiqué, le 23 octobre 2017, que l'assuré pourrait peut-être avoir une activité adaptée à son handicap à la demi-journée, soit une activité compatible avec sa mauvaise vision, sans travail à l'écran ou bref et sans exposition aux poussières. Le 19 novembre 2018, le Dr D_____ a confirmé une capacité médico-théorique de quatre heures par jour en position assise.

Aucun avis médical ne remet en cause l'appréciation de la capacité de travail retenue par le Dr D_____, si ce n'est ce même médecin, qui a émis des doutes sur la réelle capacité du recourant à exercer une activité professionnelle. Le Dr D_____ a en effet indiqué, notamment, le 19 novembre 2018, que si l'assuré pourrait travailler quatre heures par jour en position assise, c'était vraiment théorique, car ce serait un travail sur un ordinateur, ce dont il n'était pas capable.

Les doutes émis par le Dr D_____ concernent la capacité du recourant à retrouver un emploi concrètement sur le marché ordinaire de l'emploi. Or, cette question ne se pose pas dans le cadre de l'assurance-invalidité, sauf exception non réalisée en l'espèce (assuré âgé, notamment). Quand bien même le recourant souffre d'un grave trouble de la vision, l'on peut partir du postulat qu'un marché du travail équilibré est en mesure de lui offrir des postes pouvant être occupés avec un tel handicap, vu la jurisprudence précitée. Le recourant n'apparaît pas démuné de toute compétence, mais semble au contraire disposer de ressources qui pourraient lui permettre de trouver, à tout le moins, une activité simple et répétitive adaptée à ses limitations, et peut-être, une activité correspondant à ses compétences musicales, pour autant qu'il s'en donne les moyens.

En conclusion, c'est à juste titre que l'intimé a retenu dans la décision querellée une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée.

S'agissant du calcul de taux d'invalidité, l'intimé n'a pas discuté la prise en compte d'un abattement supplémentaire, qui pourrait éventuellement se justifier, vu l'activité à temps partiel, qui est susceptible d'avoir une influence négative sur le salaire chez les hommes et l'éloignement du marché du travail de l'assuré durant plusieurs années.

Si l'on retenait un abattement supplémentaire, il ne dépasserait certainement pas les 15% dans le cas du recourant, vu les critères en la matière, ce qui ne lui ouvrirait pas le droit à une rente d'invalidité de plus de 50%, auquel il a déjà droit. La décision querellée doit ainsi être confirmée.

14. Infondé le recours sera rejeté.
15. Un émolument de CHF 200.- sera mis à la charge du recourant (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

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

La greffière

La présidente

Isabelle CASTILLO

Catherine TAPPONNIER

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