

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2772/2014

ATAS/300/2015

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 28 avril 2015

2^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié c/o M. B_____, à GENEVE,
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître
BRAUNSCHMIDT SCHEIDEGGER Sarah

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE

intimé

**Siégeant : Raphaël MARTIN, Président ; Maria COSTAL et Christian PRALONG,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1977, a suivi pendant deux ans des études en physique et chimie à l'Université de Casablanca, sans les terminer. Par la suite, il a occupé divers postes dans le domaine informatique au Maroc, entre 2001 et 2010, avant son arrivée en Suisse en décembre 2010. Marié depuis janvier 2011 et père de deux enfants nés en 2012 et 2013, l'assuré travaillait depuis juin 2011 en qualité d'agent de nettoyage auxiliaire sur appel pour le compte de l'entreprise C_____ SA (ci-après : l'employeur). Le 12 juin 2012, alors qu'il se trouvait à son lieu de travail situé à l'aéroport de Cointrin, il a trébuché en montant à bord d'une camionnette et s'est heurté la tête contre le montant de la portière. Les suites de cet événement ont été prises en charge par l'assurance-accidents de l'employeur. En arrêt de travail complet depuis le jour de l'accident, l'assuré a été licencié pour le 31 octobre 2012.
2. Le 28 novembre 2012, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité. Il ressort des certificats médicaux produits à l'appui de la demande que l'assuré a été mis en arrêt de travail à 100% successivement par son médecin traitant, le docteur D_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, du 12 au 20 juin 2012, puis du 21 juin au 6 juillet 2012 par la doctoresse E_____, ostéopathe, puis du 7 au 29 juillet 2012 par le Dr D_____, puis du 30 juillet au 26 août par le docteur F_____, spécialiste FMH en médecine interne générale. Un nouvel arrêt de travail complet, courant du 24 au 31 août 2012, prolongé au 14 septembre 2012 a été délivré par le docteur G_____, spécialiste FMH en médecine interne générale.
3. Le 14 décembre 2012, l'OAI a reçu le dossier accident de la part de la SUVA, lequel comportait notamment les attestations suivantes :
 - un rapport du docteur H_____, spécialiste FMH en neurologie, daté du 14 août 2012, indiquant que l'assuré décrivait la persistance d'une sensation de vertige non rotatoire avec impression d'instabilité à la marche et tendance à la chute en arrière. Au titre des antécédents personnels, il était fait état de lombalgies et de psoriasis cutané. À l'examen, le médecin a relevé que l'assuré était orienté dans le temps et l'espace, sans trouble phrase-practo-gnosique et que sa mémoire était conservée. Le champ visuel était également conservé au doigt, la motricité oculaire normale, sans saccades. La marche était sans particularité et l'assuré capable de marcher sur les talons et les pointes, mais le Romberg caractérisé par une chute en arrière. En synthèse, le Dr H_____ a qualifié l'examen neurologique de normal, précisant qu'en cas de persistance des sensations vertigineuses, il proposait de compléter le bilan par une IRM cérébrale et un bilan otoneurologique afin de déterminer s'il existait une atteinte vestibulaire périphérique ;
 - un rapport du Dr D_____, daté du 3 septembre 2012, diagnostiquant des contusions multiples, un malaise vagal probable ainsi que des lombalgies et

cervicalgies post-traumatiques. En revanche, le status neurologique était qualifié de normal et il n'y avait ni hématome ni fracture ;

- un rapport du Dr G_____, daté du 13 novembre 2012, retenant comme diagnostic un vertige post-traumatique. Ce médecin a fait état d'une discrète amélioration tout en réservant son pronostic pour l'avenir. Une reprise du travail dépendait de l'évolution ;
 - un rapport du Dr I_____, spécialiste FMH ORL et chirurgie cervico-faciale, daté du 21 novembre 2012, posant le diagnostic de déficit vestibulaire bilatéral. L'évolution était stationnaire à ce jour. Sans émettre de pronostic, ce médecin a considéré qu'il n'existait pas de circonstances particulières pouvant influencer de manière défavorable le processus de guérison (maladies antérieures, accidents, circonstances sociales, etc.).
4. Dans un rapport du 31 décembre 2012 à l'OAI, le Dr G_____ a indiqué que l'assuré était toujours en proie à des vertiges avec pertes d'équilibre et que du point de vue médical, l'activité exercée à ce jour n'était plus exigible. Invité à se prononcer sur les travaux qui pouvaient encore être exigés de l'intéressé, le médecin ne s'est pas prononcé, précisant qu'une telle évaluation était difficile compte tenu des vertiges et des pertes d'équilibre. Pour le surplus, il a mentionné que si la capacité de compréhension n'était pas limitée, il n'en allait pas de même de la résistance et des capacités de concentration et d'adaptation.
 5. Dans un rapport non daté, reçu par l'OAI le 21 janvier 2013, le Dr I_____ a posé le diagnostic d'aréflexie vestibulaire gauche et estimé que le pronostic était réservé. Il a ajouté que l'activité exercée à ce jour n'était plus exigible, qu'une rééducation vestibulaire était en cours et qu'on pouvait s'attendre à la reprise d'une activité professionnelle, mais dans un autre contexte professionnel, soit une activité uniquement en position assise. Par ailleurs, ce médecin a attesté d'une résistance et de capacités de concentration et d'adaptation limitées. En revanche, la capacité de compréhension n'était pas restreinte.
 6. Le 8 avril 2013, le docteur J_____, spécialiste FMH en médecine interne et en maladies rhumatismales, a fait état d'une « spondylarthropathie (rhumatisme psoriasique) », précisant que ce diagnostic avec effet sur la capacité de travail était présent depuis décembre 2012. Évoquant l'activité exercée à ce jour, il a mentionné qu'il existait des restrictions physiques à l'exercice de celle-ci (marche, préhension, mobilisation articulaire). Aussi a-t-il estimé qu'elle n'était plus exigible. Il a toutefois ajouté que les restrictions énumérées pouvaient être réduites par des mesures médicales, référence étant faite au traitement en cours, et qu'il était prématuré de se prononcer sur une reprise de l'activité professionnelle ou une amélioration de la capacité de travail. S'agissant d'une activité professionnelle adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assuré, le Dr J_____ a retenu qu'aucune activité impliquant les positions de travail énumérées dans le questionnaire de l'OAI (assis, debout, accroupi, marche en terrain irrégulier etc.)

n'était adaptée, sans se prononcer sur la rubrique « autres ? ». Si les capacités de concentration, de compréhension et d'adaptation n'étaient pas limitées, il n'en allait pas de même de la résistance (fatigabilité, raideur).

7. Entre le 8 mai 2013 et le 12 juin 2013, l'assuré a séjourné au service de réadaptation en neurologie de la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) et un rapport d'expertise a été rendu le 1^{er} juillet 2013 par les docteurs K_____, L_____ et M_____, respectivement spécialiste en neurologie, médecin assistant au service de réadaptation en neurologie et spécialiste FMH en neurologie.

Les experts ont posé le diagnostic principal de réadaptation neurologique pour syndrome douloureux et retenu, à titre de diagnostics supplémentaires :

- syndrome somatoforme douloureux ;
- état après contusion crânienne simple avec malaise vagal probable, survenu le 12 juin 2012 au travail ;
- rhumatisme psoriasique ;
- légère perturbation des tests hépatiques ;
- allergie aux pollens ;
- probable gastro-entérite d'origine virale.

Ils ont retracé l'anamnèse, recueilli les plaintes et procédé à diverses investigations, soit notamment :

- un examen neuropsychologique, du 15 mai 2013. Réalisé par Madame N_____, logopédiste et psychologue spécialiste en neuropsychologie FSP, cet examen a mis en évidence un ralentissement des épreuves de dénomination continues ainsi que de légères difficultés attentionnelles lors d'une tâche complexe effectuée en fin de séance. À l'examen du fonctionnement exécutif, elle a notamment relevé que la dénomination, en conflit avec la lecture, était sévèrement déficitaire avec une erreur de type stroop corrigée ; l'épreuve des anti-saccades oculaires avait été interrompue en raison des plaintes visuelles (vision double, yeux qui brûlent). Le reste des performances mesurées (langages, praxies, gnosies, mémoire à court et long termes, ainsi que le fonctionnement exécutif) se situait globalement dans la norme. Sur le plan cognitif, les résultats d'ensemble étaient donc rassurants et en phase avec le ressenti de l'assuré ;
- une consultation de l'appareil locomoteur du 17 mai 2013 – motivée par l'évaluation du rhumatisme psoriasique de l'intéressé – auprès de la Dresse O_____, spécialiste FMH en médecine interne et FMH en rhumatologie. Ce médecin a pu objectiver une franche amélioration du traitement au plan cutané avec disparition des lésions. Il semblait également qu'il y eût une diminution des plaintes articulaires. Cliniquement, elle ne retrouvait pas de signe inflammatoire périphérique ni de limitation des amplitudes du rachis. Le bilan

biologique ne montrait pas de syndrome inflammatoire. Toutefois, les radiographies montraient un discret flou des sacro-iliaques qui ne permettait pas vraiment d'asseoir le diagnostic. Il semblait y avoir un aspect de mise au carré de certaines vertèbres lombaires. Actuellement, les douleurs paraissaient un peu trop diffuses et mal systématisées pour être forcément attribuables à la maladie inflammatoire psoriasique. On ne pouvait donc ni confirmer ni infirmer le diagnostic à ce stade. Pour en avoir le cœur net, la Dresse O _____ a suggéré de procéder à une IRM des sacro-iliaques, précisant qu'il n'était pas certain qu'un tel examen changeât forcément la prise en charge. Aussi ne voyait-elle pas d'indication à modifier le traitement par Humira®, débuté fin janvier 2013, qui, aux dires de l'assuré, avait permis de faire complètement disparaître les importantes plaques de psoriasis cutané et de diminuer les lombopyalgies aiguës ;

- un rapport « vertiges et instabilités » du service de physiothérapie de la CRR, du 7 juin 2013. Il en ressort qu'après traitement au sein dudit service, l'assuré avait déclaré sentir une légère amélioration lors de la conduite. Il arrivait à conduire deux heures avec pause, ce qu'il décrivait comme terrible auparavant ;
- un rapport du docteur P _____, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale, du 4 juin 2013, selon lequel le status ORL était normal et les examens audiométriques liminaires et supraliminaires dans les limites de la norme. Les examens vestibulaires périphériques cliniques et paracliniques montraient essentiellement un déficit des épreuves vestibulo-oculaires non expliqué par une atteinte vestibulaire. En conclusion, les examens pratiqués ne permettaient pas de mettre en évidence une vestibulopathie périphérique expliquant actuellement les plaintes du patient ;
- un rapport, non daté, de M. Q _____, physiothérapeute diplômé, mentionnant que l'assuré avait bénéficié, au cours de son séjour à la CRR, d'un traitement qui avait notamment pour objet un « travail de recrutement des stabilisateurs profonds du rachis ». Outre des plaintes multiples, variables, incohérentes et inconstantes concernant tantôt le niveau lombaire, les tendons d'achille, tantôt des céphalées et blocages divers, l'évaluation des fonctions organiques avait mis en exergue une autolimitation de l'assuré « à 4 » pour tous les muscles clés testés ainsi que des réactions de rattrapage souvent retardées, disproportionnées et « non reproductibles ». En conclusion, le physiothérapeute n'avait pas constaté d'évolution notable des capacités fonctionnelles et des fonctions organiques du recourant au terme de la prise en charge physiothérapeutique.

Dans la discussion qui s'en est suivie, les experts ont considéré qu'il n'y avait pas d'argument pour retenir les diagnostics de TCC léger (traumatisme crânio-cérébral léger) ou d'épilepsie. Concernant les sensations vertigineuses et la notion d'hypovestibulie, l'évaluation posturographique effectuée dans un premier temps n'avait permis de constater cliniquement ni nystagmus ni perturbation du réflexe

vestibulo-oculaire. Dans la mesure où les experts avaient constaté des discordances aux résultats des tests avec des mouvements du tronc qui n'étaient pas des réactions de rattrapage mais d'action motrice, ils avaient demandé un nouveau bilan otoneurologique, lequel avait confirmé leur impression clinique d'absence de tout signe d'une atteinte vestibulaire. L'assuré avait ensuite été pris en charge en physiothérapie et celui-ci avait annoncé une amélioration, notamment pour la conduite automobile. De plus, les experts n'avaient pas noté d'instabilité lors des déplacements de l'intéressé dans les activités de gymnastique sportive. Aussi avaient-ils arrêté le traitement par Betarsec®. S'agissant des céphalées de type tensionnel, l'assuré avait bénéficié d'un traitement par électrostimulation avec une bonne évolution. Un traitement par Dafalgan® et Brufen® avait simplement été maintenu en réserve.

En résumé, les experts ont considéré que sur le plan neurologique, une année après un accident avec un traumatisme crânien simple, il n'y avait pas d'explication concernant la persistance des plaintes de l'assuré.

D'un point de vue rhumatologique, les experts se sont référés à l'avis de la Dresse O_____, ajoutant que rien ne saurait limiter une reprise de l'activité professionnelle.

Sur le plan somatique, le bilan avait révélé une légère perturbation des tests hépatiques. Les experts laissaient au médecin traitant le soin de répéter le bilan sanguin « à distance ».

Au plan fonctionnel, une mini-ECF (évaluation des capacités fonctionnelles) avait révélé que l'assuré attribuait lui-même à ses capacités fonctionnelles un score de 69, ce qui correspondait au niveau d'effort inférieur à sédentaire ou essentiellement assis. Les experts avaient cependant noté une autolimitation de l'effort au cours de l'évaluation, ce qui signifiait que l'intéressé avait mis fin à la tâche avant que l'évaluateur ne puisse observer les signes que les limites physiques – sans danger – étaient atteintes. En définitive, la mini-ECF avait seulement permis de décrire un comportement, mais n'avait donné aucun renseignement sur le niveau d'effort réel que pouvait atteindre l'assuré.

Sur le plan professionnel, les experts ont relevé que l'assuré n'avait pas totalement intégré le sens de l'évaluation professionnelle. Celui-ci avait signalé d'emblée que même les activités légères en position assise étaient difficilement réalisables et qu'il ne pouvait pas effectuer d'activité autre que celle proposée par les ateliers informatiques. Dans la mesure où il n'y était resté qu'une heure et demie au total, l'observation professionnelle restait tronquée et ne permettait pas de tirer de conclusions formelles. Les experts ont toutefois considéré qu'en l'absence d'anomalie de la mémoire à court terme, des fonctions exécutives, d'une altération langagière ou d'une limitation orthopédique, en particulier rachidienne, c'étaient des facteurs non organiques qui paraissaient interférer sur la capacité de l'assuré à se mobiliser, y compris dans une activité strictement sédentaire. Ainsi, il n'existait

pas d'explication tangible aux limitations et restrictions avancées par ce dernier (fatigabilité, troubles attentionnels – pourtant qualifiés de légers à l'examen neuropsychologique – douleurs ubiquitaires, rachidiennes et au niveau du bassin).

En conclusion, les experts ont considéré qu'il paraissait légitime de proposer à l'assuré une reprise d'activité professionnelle à 50% durant deux semaines, pour favoriser un reconditionnement professionnel, et sans limitation au-delà.

Sur la base de ces éléments, les experts ont retenu une incapacité de travail dans le métier de nettoyeur à l'aéroport de :

- 100% du 8 mai 2013 au 23 juin 2013
- 50% du 24 juin 2013 au 7 juillet 2013
- 0% à partir du 8 juillet 2013

8. Dans un rapport médical du 29 juillet 2013, le Dr J_____ a indiqué que l'état de santé de l'assuré s'était légèrement amélioré depuis fin juin 2013. Il tenait des postures prolongées plus longtemps. Toutefois, la station assise n'était pas possible au-delà de deux heures. Sans se prononcer sur la capacité de travail actuelle (que ce soit dans l'activité habituelle ou dans une activité adaptée), le Dr J_____ a considéré qu'un retour au travail ultérieur était possible, ajoutant qu'une activité permettant des changements de position serait adéquate. Enfin, il estimait qu'un examen médical complémentaire n'était pas nécessaire.
9. Par avis du 16 août 2013, le docteur R_____, médecin SMR, a considéré que le rapport de la CRR était pleinement convaincant et qu'il n'y avait pas lieu de s'écarter de ses conclusions. Faute d'atteinte incapacitante durable au sens de la LAI, la capacité de travail était de 100% tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée.
10. Dans un rapport du 26 août 2013 adressé au Dr G_____, le docteur S_____, spécialiste FMH en maladie et chirurgie des yeux, a indiqué avoir soumis l'assuré à un examen neuro-ophtalmologique et orthoptique le 23 juillet 2013. Cet examen avait mis en évidence une skew deviation, c'est-à-dire une perte de la verticalité ainsi qu'une ésochorie décompensée. Ce diagnostic était à mettre en relation avec les plaintes d'origine vestibulaire présentées par le patient et sa sensation de vertiges rotatoires. On pouvait « arguer du fait » que ces diagnostics étaient liés directement à l'accident du 12 juin 2012. Il était évident que l'assuré devait bénéficier d'un suivi neuro-ophtalmologique. Enfin, le Dr S_____ a suggéré qu'une éventuelle expertise fût confiée au docteur T_____, de l'hôpital ophtalmique Jules-Gonin de Lausanne.
11. Au cours d'un entretien téléphonique du 27 août 2013, l'assuré a expliqué à l'OAI que son état de santé s'était amélioré. Son médecin traitant l'avait dirigé vers le Dr S_____ qui avait mis en place une correction visuelle. Depuis, il avait moins de vertiges et ne voyait plus double. Il s'était également inscrit à l'assurance-chômage et avait rencontré la « CP OCE » le 20 août 2013.

12. Par projet de décision du 31 octobre 2013, l'OAI a rejeté la demande de prestations, considérant qu'il ne ressortait pas des éléments médicaux recueillis que l'assuré présentait une affection médicale notable et durable limitant sa capacité de travail.
13. Par courrier du 26 novembre 2013, l'assuré a fait part de son opposition au projet de décision, expliquant que le Dr J_____ ferait parvenir « dans les délais » à l'OAI un rapport relatif à son état de santé. Il a par ailleurs invité l'OAI à prendre contact avec le Dr S_____.
14. Le 28 novembre 2013, l'OAI a reçu deux certificats médicaux du Dr J_____. Le premier, daté du 11 octobre 2013, faisait état d'une incapacité de travail de 100% à compter du 10 octobre 2013, à réévaluer. Le second, établi le 12 novembre 2013, prolongeait l'arrêt de travail en question jusqu'au 10 décembre 2013.
15. Par courrier du 17 février 2014 à l'OAI, le Dr S_____ a expliqué avoir suivi l'assuré du 23 juillet au 17 décembre 2013 et ne l'avoir pas revu depuis. Lors du dernier examen, les plaintes de l'assuré pour diplopie, pour lesquelles celui-ci l'avait consulté, s'étaient nettement améliorées avec la mise en place de prismes sur ses lunettes. Aussi lui avait-il conseillé de reprendre une activité professionnelle.
16. Il ressort d'un rapport du Dr T_____ à l'OAI, daté du 10 avril 2014, que l'assuré a subi un examen de son champ visuel à l'hôpital ophtalmique Jules-Gonin de Lausanne. Évoquant les diagnostics avec effet sur la capacité de travail, ce médecin a indiqué que des spasmes de convergence étaient présents depuis août 2012 et des troubles de l'équilibre depuis juin 2012. L'assuré se plaignait de diplopie survenant facilement lorsqu'il effectuait un effort de concentration visuelle (lecture ou travail à l'ordinateur). Toutefois, les symptômes de diplopie s'étaient nettement améliorés par le port de prismes de Fresnel. Malgré cette mesure, l'assuré se plaignait toujours d'une fatigue importante survenant après trente à quarante-cinq minutes de lecture/travail à l'ordinateur, ce qui rendait impossible, aux dires de celui-ci, la poursuite du travail. Le Dr T_____ a néanmoins considéré qu'il n'existait pas de contre-indication médicale à l'exercice d'un travail d'informaticien, précisant que le rendement dans cette profession serait toutefois réduit d'environ 50%. S'agissant d'une activité adaptée au handicap, le Dr T_____ a considéré que la reprise d'une activité professionnelle était possible, du moins en théorie, moyennant adaptation du temps de travail et de la charge des activités.
17. Par avis du 8 août 2014, le SMR a considéré qu'au vu des nouveaux éléments médicaux reçus, la capacité de travail était de 50% dans l'ancienne activité d'informaticien, mais pleine dans une activité adaptée, c'est-à-dire ne nécessitant pas d'effort oculaire important, ce à partir du 8 juillet 2013.
18. Par décision du 11 août 2014, l'OAI a rejeté la demande de prestations. Selon les constatations faites dans le cadre de l'audition, la capacité de travail était de 100% « dans l'activité de formation », ceci avec une diminution de rendement de 50% en raison des limitations fonctionnelles. Toutefois, étant donné que le SMR avait confirmé l'existence d'une capacité de travail pleine et entière dans une activité

adaptée respectant les limitations fonctionnelles, ce depuis juillet 2013, l'OAI a indiqué qu'il s'en tenait à cet avis médical, ajoutant qu'il existait sur le marché du travail un certain nombre d'activités ne nécessitant pas de qualification particulière et qui étaient adaptées à l'état de santé de l'assuré.

Considérant qu'il était malaisé de déterminer avec précision le revenu sans invalidité en raison de l'absence d'activité professionnelle durable, l'OAI s'est fondé sur l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 2010, TA 1, ligne total pour un homme exerçant une activité à 100% de niveau 4, signalant que ce revenu était largement supérieur à tous les revenus que l'assuré avait perçu durant sa carrière professionnelle en Suisse. S'agissant du revenu avec invalidité, il convenait de se baser sur les mêmes données statistiques que pour l'évaluation du revenu sans invalidité puisque l'assuré présentait une capacité de travail résiduelle de 100% dans une activité adaptée.

Étant donné que les revenus avec et sans invalidité étaient basés sur la même table statistique, il était superflu de chiffrer ces derniers avec exactitude. Dans ce cas en effet, le degré d'invalidité se confondait avec le taux d'incapacité de travail. Ce dernier étant nul, il convenait de constater que le taux d'invalidité l'était également. En conséquence, les conditions d'octroi d'une rente et de mesures professionnelles n'étaient pas remplies.

19. Par acte du 15 septembre 2014, l'assuré a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice d'un recours contre la décision du 11 août 2014, concluant, sous suite de dépens, à son annulation et à ce que la chambre de céans dise et constate qu'il remplissait les conditions d'octroi d'une rente entière d'invalidité.

Les passages de la décision querellée sur le calcul d'invalidité étaient confus et il ne comprenait pas pourquoi l'OAI s'était dispensé de chiffrer les revenus avec et sans invalidité avec exactitude, ce d'autant qu'il bénéficiait d'une formation et d'une expérience solide comme informaticien de niveau 2.

Le rapport d'expertise de la CRR, du 1^{er} juillet 2013, ne revêtait pas valeur probante dans la mesure où les experts ne disposaient pas de tous les éléments nécessaires pour évaluer la situation au plus juste. Ce rapport ne tenait notamment pas compte des investigations du Dr S_____ qui, en août 2013, avait « précisément identifié la source du problème », après le séjour de l'assuré à la CRR. Par ailleurs, le Dr J_____ avait été entendu pour la dernière fois en juillet 2013.

À la lumière de ces éléments, le recourant a requis l'audition du Dr J_____. Dans la mesure où il n'avait toujours pas reçu copie de la totalité des pièces de l'OAI, il sollicitait également un délai pour compléter son recours et se réservait le droit de s'exprimer sur les propos du Dr T_____ et de demander l'audition de ce dernier, une fois en possession de l'ensemble du dossier. Dans tous les cas, le recourant considérait qu'il n'avait, en l'état, aucune capacité de gain dans quelque activité que ce soit.

20. Par acte du 16 octobre 2014, le recourant a complété ses écritures en relevant que le rapport de la CRR indiquait qu'il souffrait de vertiges mais n'en déterminait pas les causes. Il avait fallu attendre le mois d'août 2013, soit un mois après que la CRR eut rendu son rapport, pour trouver une explication à cette pathologie. S'agissant des examens effectués à la CRR, il convenait de souligner que Mme N_____ avait constaté un ralentissement des épreuves de dénomination continue et de légères difficultés attentionnelles lors d'une tâche complexe effectuée en fin de séance. Dans la mesure où ces résultats – en phase qui plus est avec le ressenti du recourant – pouvaient avoir une répercussion sur la capacité de travail et qu'ils avaient mis en évidence des troubles visuels conséquents, le recourant reprochait à cette logopédiste et psychologue spécialiste en neuropsychologie FSP, non seulement de ne pas s'être prononcée sur la capacité de travail, mais aussi de n'avoir pas suggéré d'investiguer les troubles en question.

Il reprochait également à la CRR de ne pas avoir pratiqué un autre examen dans la mesure où le Dr P_____ était parvenu à la conclusion que les examens pratiqués n'avaient pas permis de mettre en évidence une vestibulopathie périphérique expliquant actuellement ses plaintes. Dans le même ordre d'idées, il faisait grief aux experts de n'avoir pas donné suite à la suggestion de la Dresse O_____ d'effectuer une IRM des sacro-iliaques, ce d'autant que cette praticienne n'avait pu ni confirmer ni infirmer le diagnostic de rhumatisme psoriasique sur la base des éléments à sa disposition. Enfin, le recourant reprochait aux experts de n'avoir pas tenu compte, dans leurs conclusions, des constatations du physiothérapeute, M. Q_____, qui n'avait pas constaté d'évolution notable des capacités fonctionnelles et des fonctions organiques au terme de la prise en charge physiothérapeutique.

Ainsi, le recourant considérait que l'expertise de la CRR ne pouvait se voir reconnaître valeur probante. Il s'en est pris également à l'avis médical du SMR, daté du 8 août 2014, en tant qu'il prenait en compte uniquement les problèmes de vue. Or, pour pouvoir se prononcer valablement sur la capacité de travail exigible, il convenait de prendre en considération l'ensemble des atteintes à la santé, en particulier le rhumatisme psoriasique. S'agissant précisément de cette affection, le Dr J_____ avait considéré, en avril 2013, qu'il était prématuré d'envisager une reprise de l'activité professionnelle. Par ailleurs, ce médecin avait établi des certificats médicaux attestant d'une incapacité de travail entière à tout le moins jusqu'en décembre 2013. De plus, le Dr S_____ avait également attesté d'une telle incapacité du 26 novembre au 17 décembre 2013 (pièce 69 intimé, p. 5). Quant au Dr T_____, il avait certes attesté que la reprise d'une activité professionnelle était possible. Toutefois, en tant que neuro-ophtalmologue, celui-ci.

Au regard de ces éléments, le recourant a persisté dans ses conclusions prises le 15 septembre 2014 tout en sollicitant, à titre préalable, la mise sur pied d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire comportant un volet neuropsychologique, un volet rhumatologique et un volet ophtalmologique.

21. Par réponse du 13 novembre 2014, l'intimé a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. Il a par ailleurs soutenu que l'instruction du dossier permettait de statuer en pleine connaissance, de sorte que la mise en œuvre de mesures d'instruction complémentaires s'avérait inutile.
22. Par réplique du 9 décembre 2014, le recourant a repris en substance ses arguments précédents tout en soulignant que l'expertise de la CRR ne pouvait pas être prise en considération, car elle avait été effectuée avant que son problème de vue majeur ne fût diagnostiqué. De plus, il suivait actuellement un traitement extrêmement lourd afin de soulager son rhumatisme psoriasique, ce qui n'avait pas été pris en compte dans l'expertise. Or ce traitement pouvait pourtant occasionner une grande fatigue.

De l'avis du recourant, il ressortait des arguments de l'intimé que les experts auraient pu faire des examens approfondis mais qu'ils s'en étaient abstenus, estimant qu'ils étaient à même d'apprécier son cas sans procéder à de nouveaux examens. Aussi convenait-il de dénier toute valeur probante à l'expertise de la CRR et d'en ordonner une nouvelle.

En conséquence, le recourant a persisté dans ses conclusions, ajoutant qu'il souffrait d'un handicap visuel, physique et manuel qui l'empêchait d'exercer un travail à 100%, même dans une activité adaptée.
23. Par duplique du 13 janvier 2015, l'intimé s'est référé à ses précédentes écritures et a maintenu ses conclusions.
24. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.
2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).
3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Selon l'art. 38 al. 3 phr. 1 LPGA, applicable via par renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA, lorsque le délai échoit un samedi, un dimanche ou un jour férié selon le droit fédéral ou cantonal, son terme

est reporté au premier jour qui suit. Le droit cantonal déterminant est celui du canton ou la partie ou son mandataire a son domicile ou son siège (art. 38 al. 3 phr. 2 LPGA). Suite à la notification de la décision querellée le 15 août 2014, le délai de recours a commencé à courir le lendemain (art. 38 al. 1 LPGA) et est arrivé à échéance le dimanche 14 septembre 2014. Posté le 15 septembre 2014, le recours a été interjeté en temps utile.

Le présent recours respecte les exigences de forme et de contenu prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA).

Le recourant a qualité pour recourir (art. 59 LPGA).

Le présent recours est donc recevable.

4. À titre préliminaire, il y a lieu de déterminer l'objet du litige.

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

En l'espèce, la décision querellée refuse au recourant aussi bien le droit à des mesures d'ordre professionnel que celui à une rente. Cela étant, le recours dont est saisie la chambre de céans ne porte que sur le refus d'octroyer une rente. Partant, l'objet du litige se limite à la question du droit à une rente d'invalidité.

5. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).

-
6. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

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

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

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

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

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

principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

c. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

8. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).
9. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution

fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).

10. a. En l'espèce il ressort du rapport d'expertise de la CRR du 1^{er} juillet 2013, rendu au terme de plus d'un mois d'observation, d'exams multiples, d'évaluations et de séances de physiothérapie que le recourant ne présente sur le plan somatique, en particulier neurologique et rhumatologique, aucune atteinte incapacitante à la santé. Fondée sur l'ensemble du dossier, retraçant une anamnèse fouillée tout en tenant compte des plaintes du recourant, cette expertise comporte un status objectif détaillé et nuancé ainsi que des conclusions convaincantes en tant qu'elle retient aucune incapacité de travail durable dans l'exercice de la profession habituelle de nettoyeur à l'aéroport. Partant, elle doit se voir reconnaître pleine valeur probante.
- b. Le recourant soutient qu'on ne saurait aboutir à une telle conclusion parce que les experts de la CRR ne seraient pas allés au bout de leurs investigations.

Dans son rapport consécutif à la consultation de l'appareil locomoteur du 17 mai 2013, la Dresse O_____ a indiqué qu'elle ne retrouvait ni signe inflammatoire périphérique ni limitation des amplitudes du rachis et que le bilan biologique ne montrait pas de syndrome inflammatoire. Elle avait certes indiqué que les douleurs paraissaient trop systématisées et diffuses pour pouvoir confirmer ou infirmer le diagnostic de rhumatisme psoriasique et que l'on pouvait imaginer procéder à une IRM des sacro-iliaques. Cela étant, il convient de relever que le diagnostic de rhumatisme psoriasique a bel et bien été retenu par les experts en consilium, mais que ces derniers ont considéré, sur la base des observations rassurantes de la Dresse O_____, de radiographies du rachis cervical et lombaire et d'une IRM sacrale – non moins rassurantes – qu'il n'y avait rien, sur le plan rhumatologique, qui puisse limiter une reprise de l'activité professionnelle.

S'agissant du rapport du Dr P_____, on rappellera que les exams pratiqués par ce médecin n'ont pas permis de mettre en évidence une vestibulopathie périphérique expliquant actuellement les plaintes du patient. Il importe de souligner dans ce contexte que le bilan otoneurologique effectué par le Dr P_____ constitue précisément une investigation supplémentaire qui a été décidée par les experts, après qu'ils eurent constaté qu'il existait des discordances aux résultats des tests avec des mouvements du tronc qui n'étaient pas des réactions de rattrapage mais d'action motrice (pièce 48 intimé, p. 6). Or, ledit bilan n'a fait que confirmer leur impression clinique de l'absence de tout signe d'une atteinte vestibulaire et – en tenant compte de l'ensemble des investigations sur le plan neurologique – de l'absence d'explication concernant la persistance des plaintes du recourant (pièce 48 intimé, p. 7).

c. À bien suivre le recourant, des exams complémentaires auraient dû se poursuivre jusqu'à ce qu'ils concordent avec ses plaintes. Tel ne saurait être le cas. Selon la jurisprudence en effet, il est nécessaire mais il suffit que dans le cadre de la

mission d'instruction qui est la sienne, l'expert soit en mesure de se faire une idée suffisante de l'état de santé de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral 9C_914/2010 du 2 décembre 2010 consid. 3).

d. Le recourant reproche également aux experts de n'avoir pas tenu compte, dans leurs conclusions, du constat du physiothérapeute, M. Q_____, selon lequel il n'y avait pas eu d'évolution notable des capacités fonctionnelles et fonctions organiques au terme de la prise en charge physiothérapeutique. Ce grief est également infondé. Premièrement, il ressort du rapport de M. Q_____ que le recourant s'autolimitait pour tous les muscles clés testés et que ses plaintes étaient tant incohérentes qu'inconstantes. Deuxièmement, les experts ont précisément tenu compte du rapport de physiothérapie, en particulier du déconditionnement qui y est mentionné (« rapidement essoufflé et en sueur ») en concluant à une capacité de travail de 50% du 24 juin 2013 au 7 juillet 2013 « pour favoriser un reconditionnement professionnel » (pièce 48 intimé, p. 8) et sans limitation au-delà.

e. De plus, le recourant fait grief à Mme N_____ de ne pas s'être prononcée sur la capacité de travail alors qu'elle avait indiqué que les résultats d'ensemble étaient en phase avec le ressenti du patient. Par ailleurs, étant donné qu'elle avait mis en évidence des troubles visuels conséquents, il aurait fallu investiguer la question. Or, dans la mesure où ces troubles avaient été objectivés par le Dr S_____ qu'après l'expertise, ces éléments nouveaux remettaient en cause les conclusions des experts.

Ces reproches s'avèrent également dénués de pertinence. Premièrement, on ne saurait réduire la portée du rapport de Mme N_____ à cette seule assertion en faisant abstraction de son contexte, à savoir que « sur le plan cognitif, les résultats d'ensemble sont donc rassurants et en phase avec le ressenti du patient » (pièce 48 intimé, p. 18). Deuxièmement, s'il est vrai que la skew deviation, diagnostiquée par le Dr S_____ le 23 juillet 2013, a échappé aux experts de la CRR, il n'en demeure pas moins que le Dr S_____ a expliqué, en date du 17 février 2014, que les plaintes de diplopie s'étaient nettement améliorées avec la mise en place de prismes sur les lunettes et qu'il avait conseillé au recourant de reprendre une activité professionnelle. Troisièmement, le Dr T_____ indique certes – en lien avec les troubles oculaires – que le rendement du recourant serait réduit d'environ 50% s'il reprenait un travail d'informaticien, mais cette conclusion n'interfère en rien avec les conclusions des experts de la CRR qui retiennent une capacité de travail de 100% dans l'activité habituelle d'agent de nettoyage.

f. Dans ses écritures du 9 décembre 2014, le recourant indique enfin qu'il suit actuellement « un traitement extrêmement lourd » afin de soulager son rhumatisme psoriasique, ajoutant que cela n'avait pas été pris en considération dans l'expertise et que ce traitement pouvait pourtant occasionner une grande fatigue.

Ces objections s'avèrent également infondées. Il ressort du rappel anamnestique de l'expertise sur le plan ostéo-articulaire que le recourant était déjà sous traitement médicamenteux lorsqu'il a entamé son séjour à la CRR. Cette information est

également corroborée par le rapport du Dr J_____ du 8 avril 2013 (pièce 31 intimé, p. 1). Ainsi, pour autant que le traitement en question génère effectivement une grande fatigue, on ne saurait prétendre que celle-ci a échappé à l'appréciation des experts, ceux-ci ayant considéré de façon convaincante qu'il n'existait pas d'explication tangible aux limitations et restrictions avancées par ce dernier.

g. Ainsi, l'argumentation développée par le recourant n'est pas de nature à remettre en cause les conclusions claires et bien motivées du rapport d'expertise de la CRR. Pour le surplus, la question des troubles oculaires et de leurs répercussions a été également éclaircie à satisfaction de droit par les Drs S_____ et T_____. Le premier a en effet attesté que la mise en place de prismes sur les lunettes de l'intéressé avait amélioré la symptomatologie au point qu'il recommandait la reprise d'une activité lucrative. Le second a quant à lui relevé que si les plaintes de diplopie survenaient facilement lorsque le recourant effectuait un effort de concentration visuelle important (lecture ou travail à l'ordinateur), les symptômes relatifs à ce trouble s'étaient nettement améliorés grâce au port des prismes précités, au point qu'un travail d'informaticien pouvait être exercé. Se fondant sur les plaintes du recourant faisant état d'une fatigue importante survenant après 30 à 45 minutes de lecture/travail à l'ordinateur, le Dr T_____ a partant considéré que le rendement était diminué d'environ 50% en cas de reprise d'une activité d'informaticien.

Le recourant tente encore de tirer argument des arrêts de travail délivrés par le Dr U_____ les 11 octobre et 12 novembre 2013. Force est toutefois de constater que ces documents ne contiennent pas la moindre motivation et qu'en amont, soit le 29 juillet 2013, ce médecin faisait même état d'une légère amélioration depuis fin juin 2013, soit après l'expertise, au point qu'un retour au travail ultérieur était possible. Le Dr U_____ ne mettant en exergue aucun élément qui aurait été ignoré par les experts de la CRR, en particulier par la Dresse O_____, les certificats délivrés par ce rhumatologue traitant doivent céder le pas aux conclusions des experts de la CRR, en application des principes jurisprudentiels évoqués (cf. consid. 7c *supra*).

Au regard de ces éléments, l'état de santé du recourant et ses répercussions sur la capacité de travail exigible dans une activité adaptée a été suffisamment investigué. Partant, la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire ne se justifie pas.

C'est donc à juste titre que l'intimé a considéré que la capacité de travail exigible du recourant était de 100% dans une activité d'informaticien, ceci avec une diminution de rendement de 50%, mais qu'elle était pleine et entière dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles, soit une activité ne nécessitant pas d'effort oculaire important, ce à partir du 8 juillet 2013 (cf. rapport SMR du 8 août 2014).

11. Reste à déterminer le degré d'invalidité du recourant en procédant à la comparaison des revenus, le statut du recourant étant celui d'une personne active.

a. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en comparant les revenus sans et avec invalidité chiffrés aussi exactement que possible, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174).

Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381 consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant des ESS éditées par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2).

Quant au revenu d'invalidité, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb).

La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une

évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5).

b. En cas d'absence de désignation des activités compatibles avec les limitations du recourant, le Tribunal fédéral a jugé qu'il eût été certainement judicieux que l'office AI donnât au recourant, à titre d'information, des exemples d'activités adaptées qu'il peut encore exercer, mais qu'il convient néanmoins d'admettre que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre significatif sont adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière (arrêt du Tribunal fédéral 9C_279/2008 du 16 décembre 2008 consid. 4).

c. Dans l'hypothèse où un assuré présente une capacité de travail entière dans toute activité lucrative ou lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même table statistique, les revenus avant et après invalidité sont calculés sur la même base. Il est dès lors superflu de les chiffrer avec exactitude, le degré d'invalidité se confondant avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 43/05 du 30 juin 2006 consid. 5.2 et I 1/03 du 15 avril 2003 consid. 5.2).

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

activité de niveau 4 exercée à 100%. On rappellera que ce salaire statistique recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées, n'impliquant pas de formation particulière (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 171/04 du 1^{er} avril 2005 consid. 4.2, in REAS 2005 p. 240).

Quant au revenu d'invalidé, il convient de se référer aux mêmes données statistiques puisque le recourant n'exerce aucune activité lucrative et qu'il présente une capacité de travail de 100% dans ce même panel d'activités.

b. Dès lors qu'il est superflu de chiffrer précisément les revenus avec et sans invalidité en pareil cas (cf. consid. 11 *supra*), il reste uniquement à examiner s'il y a lieu de procéder à une réduction du revenu d'invalidé, ce que l'intimé s'est abstenu de faire dans la décision querellée.

Selon la jurisprudence, l'administration ou le juge ne saurait introduire par le biais de la déduction sur le salaire d'invalidé, une diminution de rendement de l'assuré dans le cadre de la capacité résiduelle de travail, alors que les médecins appelés à se prononcer sur celle-ci n'ont pas fait état d'une telle diminution (arrêt du Tribunal fédéral 9C_160/2014 du 30 juin 2014 consid. 5.1).

Vu qu'en l'espèce, aucune diminution de rendement n'est attestée en lien avec une activité adaptée – soit une activité ne nécessitant pas d'effort oculaire important –, les limitations découlant du handicap visuel du recourant ne sauraient être prises en considération à titre de réduction supplémentaire.

Pour le surplus, les autres critères admis par la jurisprudence ne sont pas non plus pertinents dans le cas particulier. Le recourant était âgé de 37 ans au moment de la décision, apte à travailler à plein temps et au bénéfice d'un permis de travail, de type B, accordé au titre du regroupement familial (époux d'une Suisse), de sorte que son âge, son taux d'occupation possible et sa nationalité ne sont pas de nature à le désavantager, en termes salariaux, par rapport à d'autres travailleurs pour le type d'activités entrant en considération.

13. Compte tenu de ce qui précède, le recours doit être rejeté.

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

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

Statuant

A 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

Le président

Sylvie SCHNEWLIN

Raphaël L. _____

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