

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3165/2014

ATAS/999/2015

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 21 décembre 2015

10^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE

recourant

contre

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

intimé

Siégeant : Mario-Dominique TORELLO, Président; Georges ZUFFEREY et Pierre-Bernard PETITAT, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1953, célibataire et père d'un enfant majeur né en 1993, est titulaire d'un diplôme de commerce. Il a travaillé de 1978 à 1991 pour la comptabilité de diverses banques genevoises. Il est inscrit depuis 1992 comme titulaire de l'entreprise individuelle B_____, dont le but est la comptabilité, la gestion, la fiscalité et la révision comptable. Assisté par l'Hospice général depuis 1995, il a travaillé pendant cinq mois en 1996 pour C_____, puis de 1997 à 2010 pour le service genevois des tutelles d'adultes, activité exercée en contre-prestation du revenu minimum cantonal d'aide sociale. Il n'a plus repris d'activité depuis 2010.
2. Le 6 février 2013, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI, l'office ou l'intimé), en invoquant une perte de la vision de l'œil droit, survenue le 26 décembre 2011.
3. Le 15 février 2013, à la demande de l'OAI de Genève, l'Office valaisan de l'assurance-invalidité lui a transmis son dossier. Il en ressort que l'assuré a été victime d'un accident en août 1974 : alors qu'il manœuvrait une tractopelle sur un chantier de la rive droite du barrage de Mauvoisin, il a été percuté au dos et projeté au sol par une grosse pierre qui s'était détachée de la montagne. Suite à cet événement, l'assuré a souffert d'un délabrement osseux du bassin. L'assurance-invalidité lui a accordé une formation d'employé de bureau, de septembre 1975 à juin 1976, mieux adaptée à ses douleurs sciatiques résiduelles, puis un placement en qualité de réceptionniste dans un hôtel, interrompu prématurément le 7 novembre 1976 au motif qu'il avait abandonné son poste de travail.
4. Le docteur D_____, médecin généraliste de l'assuré depuis 2008, a transmis à l'OAI un rapport le 12 avril 2013. Il a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de perte de la vision de l'œil droit avec décollement de la rétine en 2011, et sans incidence sur celle-ci, d'éthylo-tabagisme depuis 1990. La reprise d'une activité professionnelle ne lui paraissait pas envisageable, eu égard aux problèmes d'alcoolisme dont avait souffert l'assuré. En outre, il a fait état de limitations fonctionnelles en lien avec le port de charges supérieures à cinq kilogrammes, les montées d'échelles et le maintien de la position assise, debout, accroupie ou à genoux.
5. Par courrier du 23 avril 2013, le service d'ophtalmologie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : les HUG) a indiqué ne pas être en mesure de remplir le questionnaire de l'OAI, l'assuré ne l'ayant consulté qu'à deux reprises, en dernier lieu en février 2012.

Il a joint un rapport de consultation ambulatoire du 23 janvier 2012 des Drs E_____, F_____ et G_____, médecins aux HUG, dont il ressort que l'assuré, après avoir souffert le 26 décembre 2011 de douleurs et d'une vision

perturbée par un voile gris, a finalement refusé de se soumettre à une opération chirurgicale de l'œil droit.

6. Par rapports des 30 avril et 8 mai 2013, la doctoresse H_____, ophtalmologue du Centre de l'œil de la Servette, a confirmé le diagnostic de décollement total de la rétine droite. Elle n'avait rencontré l'assuré qu'une seule fois et n'était pas en mesure d'estimer sa capacité de travail, question qui lui paraissait être du ressort d'un médecin du travail. Elle a joint son rapport d'examen, mentionnant une pseudophakie bilatérale et une acuité visuelle de l'œil gauche de 9/10, tandis que l'œil droit pouvait seulement distinguer la lumière de l'obscurité.
7. Le 17 juin 2013, à la demande du service médical régional (ci-après : le SMR), l'OAI a invité les Drs H_____ et D_____ à se prononcer sur les limitations fonctionnelles et la capacité de travail.
8. Le 17 juillet 2013, le Centre de l'œil de la Servette a retourné le questionnaire de l'OAI, complété par l'inscription manuscrite suivante : « nous ne sommes pas en mesure de vous répondre étant donné que vous ne nous fournissez aucun tableau des barèmes d'incapacité de travail. Veuillez prévoir une expertise avec votre service médical, comme cela a été suggéré par votre collaborateur ».
9. Le 4 septembre 2013, le Dr D_____ a répondu que l'assuré souffrait d'une amaurose et ne pouvait travailler qu'à 30%.
10. Invité par l'OAI à justifier médicalement son appréciation de la capacité de travail, le Dr D_____ a exposé le 23 décembre 2013 qu'il s'était trompé et qu'en réalité, c'était l'incapacité de travail qu'il estimait à 30%. Il a ajouté « c'est, je crois, le pourcentage standard pour la perte d'un œil. Je précise cependant que l'assuré est aux services sociaux depuis 1990 pour une réinsertion impossible suite à un éthylo-tabagisme important [...] ».
11. Le docteur I_____, médecin au SMR, a émis un avis le 11 août 2014 : elle s'était entretenue par téléphone avec l'ophtalmologue-traitant de l'assuré, la Dresse H_____, laquelle lui avait indiqué que la capacité de travail pouvait être entière dans toute activité ne nécessitant pas d'effort visuel, et ne dépassait pas 70% dans toute activité supposant l'usage d'un ordinateur pour lire ou écrire. En définitive, le SMR retenait, à compter du mois de mai 2013, une capacité de travail de 70% dans l'activité habituelle et de 100% dans toute autre activité ne nécessitant pas une vision binoculaire.
12. Le 1^{er} septembre 2014, l'OAI a transmis à l'assuré un projet de refus de prestations. L'office faisant siennes les conclusions du SMR, il a considéré que l'assuré bénéficiait depuis mai 2013 d'une capacité de travail de 70% dans son activité habituelle et de 100% dans toute activité adaptée. Il renonçait à exiger de lui qu'il recherche une activité adaptée à plein temps, vu l'imminence de sa retraite et l'investissement qu'aurait nécessité une réadaptation professionnelle.

À l'issue du délai de carence d'un an au 1^{er} décembre 2012, l'assuré était totalement incapable d'exercer toute activité professionnelle, de sorte qu'il avait théoriquement droit au versement d'une demi-rente (sic) d'invalidité. Sa demande étant tardive, son droit ne pouvait toutefois naître qu'après l'écoulement d'un délai de six mois depuis le dépôt de celle-ci. À cette date, son degré d'invalidité, qui se confondait avec son incapacité de travail, s'élevait à 30%, insuffisant pour ouvrir droit à une quelconque rente.

13. Par courrier du 18 septembre 2014, l'assuré s'est opposé au projet, en reprochant à l'OAI de ne pas l'avoir fait examiner par un médecin et d'avoir fait abstraction de ses douleurs dorsales. Par ailleurs, il contestait tout dépôt tardif de sa demande.
14. Le 19 septembre 2014, l'office lui a répondu que ses griefs avaient déjà été pris en compte par le SMR et que s'il entendait contester son analyse, il lui incombait de transmettre des rapports probants. Partant, il lui a fixé un délai au 10 octobre 2014 pour transmettre de nouvelles pièces médicales.
15. Par décision formelle du 13 octobre 2014, l'OAI, constatant qu'aucune nouvelle pièce ne lui avait été transmise, a confirmé son refus d'accorder toute prestation. Il a repris la motivation développée dans son projet, en relevant que l'assuré n'avait fait état, dans son opposition, d'aucun élément nouveau.
16. Par acte du 15 octobre 2014, l'assuré a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice de Genève d'un recours contre cette décision.

Il a déploré que l'intimé, qui lui demandait de fournir des preuves de son invalidité, ait renoncé à ordonner un examen médical. De plus, l'office n'avait pas tenu compte de ses douleurs dorsales, lesquelles étaient consécutives à son accident de 1974 et l'avaient cantonné depuis à des professions administratives. Par ailleurs, il contestait avoir déposé sa demande tardivement, arguant que cela n'était pas de sa faute si ses médecins avaient tardé à transmettre leurs rapports à l'administration. S'agissant de sa retraite, elle ne pouvait être qualifiée d'imminente puisqu'elle n'interviendrait pas avant quatre ans. Enfin, ses ressources financières modestes ne lui permettraient pas d'acquitter d'éventuels frais liés à la procédure de recours.
17. Dans sa réponse du 17 novembre 2014, l'intimé a conclu au rejet du recours : le recourant n'y invoquait aucun argument susceptible de conduire à une appréciation différente du cas.
18. En décembre 2014, le recourant a transmis à la chambre de céans un rapport d'examen du 26 novembre 2014 de la doctoresse J_____, ophtalmologue, faisant état d'une opacité de la capsule postérieure de l'œil gauche et proposant une capsulotomie par laser YAG (intervention visant à traiter des complications suite à une chirurgie de la cataracte).
19. Invité par la chambre de céans à se déterminer, l'intimé, par écritures du 8 janvier 2015, a persisté dans ses conclusions en rejet du recours.

Il a joint un avis actualisé du SMR du 7 janvier 2015, observant que l'intervention de capsulotomie n'avait généralement pas d'effets durables sur la santé. Le SMR confirmait pour le surplus son appréciation d'août 2014.

20. Le 30 janvier 2015, le recourant a versé à la procédure une attestation du docteur K_____, ophtalmologue, certifiant d'une part que la rétine de l'œil gauche présentait une dégénérescence et risquait de se décoller, ce qui empêchait tout traitement de sa cataracte, et, d'autre part, que l'œil gauche présentait une « capacité de travail » de 50 à 70%.
21. Le 19 février 2015, l'intimé a produit un nouvel avis du SMR, considérant que l'attestation du Dr K_____ n'était pas suffisamment étayée pour qu'il modifie ses conclusions.
22. Par pli du 23 février 2015, la chambre de céans a invité le Dr K_____ à lui indiquer si l'intervention de capsulotomie lui paraissait possible et, le cas échéant, quel serait son effet sur la capacité de travail.
23. Le recourant a transmis à la chambre de céans un rapport subséquent du Dr K_____, daté du 27 février 2015. Son patient avait perdu la vue du côté droit et souffrait d'une légère opacification de la capsule postérieure de l'œil gauche. L'acuité visuelle de l'œil gauche était de 0.7. Un traitement lui paraissait contre-indiqué en raison de zones dégénératives périphériques et d'un fort risque de décollement de rétine lié aux tractions vitréo-rétiniennes qu'engendrerait une intervention au laser. Si la rétine de l'œil gauche se décollait, l'assuré deviendrait aveugle.
24. Par écritures du 24 mars 2015, l'intimé a maintenu ses conclusions en rejet. Il a fait valoir que l'opacification de l'œil gauche avait été signalée par la Dresse J_____ pour la première fois le 26 novembre 2014, postérieurement à la décision litigieuse, de sorte qu'elle excédait l'objet du litige. Il a joint un nouvel avis du SMR, confirmant une fois de plus son appréciation.
25. Par pli du 25 avril 2015, le recourant a persisté dans son argumentation.
26. Cette écriture a été transmise pour information à l'intimé le 28 avril 2015. Il ne s'est pas déterminé.
27. 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. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable à la présente procédure.
3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA).
4. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité.
5. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assurée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).
6. 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).

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. L'assuré a droit à une rente lorsqu'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (cf. art. 28 al. 1 let. b et c LAI, en sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008 – 5^{ème} révision AI). 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.

Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance 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, mais pas avant le mois qui suit le 18^{ème} anniversaire de l'assuré. En d'autres termes, l'assuré n'a droit à l'intégralité des prestations que s'il a présenté sa demande dans le délai de six mois

à partir de la survenance de l'incapacité de gain. S'il le fait plus tard, il perd son droit pour chaque mois de retard (arrêt du Tribunal fédéral 9C_432/2012 du 31 août 2012 consid. 3.3 ; Michel VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI) – Commentaire thématique, 2011, n°2187 ss).

8. 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).

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).

Quant au revenu d'invalide, 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'invalide 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).

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 (ATFA non publié I 43/05 du 30 juin 2006 consid. 5.2 et I 1/03 du 15 avril 2003 consid. 5.2).

9. 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; 133 V 450 consid. 11.1.3; 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 au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier 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; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées).

Cela étant, on ne peut se fonder sur une appréciation du SMR que si celle-ci remplit les conditions relatives à la valeur probante des rapports médicaux. Il faut en particulier qu'elle prenne en compte l'anamnèse, décrive la situation médicale et ses conséquences, et que ses conclusions soient motivées. Les médecins du SMR doivent également disposer des qualifications personnelles et professionnelles requises par le cas (ATF 125 V 351 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_323/2009 consid. 4.3.1 et les références citées). Il convient en général de se montrer réservé par rapport à une appréciation médicale telle que celle rendue par le SMR, dès lors qu'elle ne repose pas sur des observations cliniques auxquelles l'un de ses médecins aurait personnellement procédé, mais sur une appréciation fondée exclusivement

sur les informations versées au dossier (arrêt du Tribunal fédéral 9C_ 578/2009 du 29 décembre 2009 consid. 3.2 in fine).

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).

10. a. Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (arrêt 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Dans la conduite de la procédure, l'assureur dispose d'un large pouvoir d'appréciation en ce qui concerne la nécessité, l'étendue et l'adéquation de recueillir des données médicales (arrêt du Tribunal fédéral 8C_667/2012 du 12 juin 2013 consid. 4.1).

b. Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire (art. 61 let. c LPGA). Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 I 183 consid. 3.2). Le devoir du juge de constater les faits pertinents ne dispense donc pas les parties de collaborer à l'administration des preuves en donnant des indications sur les faits de la cause ou en désignant des moyens de preuve (ATF 130 I 184 consid. 3.2, 128 III 411 consid. 3.2).

c. 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).

d. Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe

de simplicité et de rapidité de la procédure, ni la maxime inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136). À l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87). La récente jurisprudence du Tribunal fédéral prévoyant que la Cour ordonne une expertise au besoin ne saurait en effet permettre à l'assurance de se soustraire à son obligation d'instruire (ATF 137 V 210 ; cf. notamment ATAS/588/2013 du 11 juin 2013 ; ATAS/454/2013 du 2 mai 2013 ; ATAS/139/2013 du 6 février 2013).

11. Il n'y a pas lieu de revenir sur la méthode d'évaluation de l'invalidité et le statut d'actif retenus dans la décision litigieuse, lesquels ne sont pas contestés par le recourant.
12. En revanche, il convient d'examiner sa capacité de travail et, pour ce faire, d'examiner la valeur probante des rapports versés au dossier.

Dans un rapport du 11 août 2014, complétant un rapport de synthèse du 27 novembre 2013, la Dresse I_____, médecin auprès du SMR, a conclu que l'assuré disposait d'une capacité de travail de 70% dans toute activité impliquant l'usage d'un ordinateur – y compris son activité habituelle de comptable - et de 100% dans toute autre activité ne nécessitant ni efforts visuels, ni vision binoculaire.

Le recourant conteste implicitement la valeur probante de ce rapport, qui ne tiendrait notamment pas compte de douleurs lombaires consécutives à un accident survenu en 1974. Il reproche également à l'intimé d'avoir insuffisamment instruit son dossier en renonçant à ordonner un examen médical.

13. En l'espèce, les rapports de synthèse établis par le SMR ne reposent pas sur des observations cliniques auxquelles ses médecins auraient personnellement procédé, mais exclusivement sur le dossier et sur un entretien téléphonique avec la Dresse H_____.

Force est de constater que ces rapports succincts ne répondent pas aux réquisits jurisprudentiels relatifs à la valeur probante. En effet, ils n'exposent pratiquement pas l'anamnèse du cas et se fondent sur des conclusions de la Dresse L_____ qui ne sont pas motivées : cette dernière n'explique pas pourquoi elle chiffre à 30% l'incapacité de travail dans l'activité habituelle, et n'indique pas si ce taux résulte d'une diminution de rendement ou repose sur d'autres considérations.

De surcroît, on rappellera qu'avant son entretien téléphonique avec le SMR, la Dresse L_____ avait préconisé la mise en œuvre d'une expertise administrative et indiqué à deux reprises qu'elle n'était pas en mesure de se prononcer sur la capacité de travail car l'intimé ne lui avait pas fourni de « tableau des barèmes d'incapacité

de travail ». C'est avec légèreté que l'intimé a repris telles quelles et sans plus ample instruction les conclusions de cette ophtalmologue, dans la mesure où elle avait expressément fait part de ses difficultés pour se déterminer. Une certaine réserve s'imposait d'autant plus que ses déclarations trahissaient une méconnaissance de la notion d'incapacité de travail. Il ne lui incombait en effet pas de chiffrer cette incapacité de manière abstraite sur la base d'un barème, mais au contraire, de déterminer concrètement et d'un point de vue médical si l'assuré était incapable d'exercer son activité habituelle de comptable, le cas échéant à quel taux. On précisera que l'exercice d'une activité relevant d'un autre domaine d'activité n'est pas considéré comme exigible par l'intimé, vu l'âge avancé du recourant.

Partant, une pleine valeur probante ne peut être reconnue aux conclusions de la Dresse H_____ et aux rapports de synthèse du SMR.

Figurent également au dossier deux rapports des 12 avril 2013 et 7 janvier 2014 du Dr D_____, concluant à une incapacité de travail de 30% dans toute activité, taux qui correspondrait selon lui au « pourcentage standard » pour la perte d'un œil.

Ce médecin généraliste se réfère implicitement au barème figurant à l'annexe 3 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents [OLAA - RS 832.202], prévoyant que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité due en cas de perte de la vue d'un côté s'élève à 30% du gain assuré. Comme le relève à juste titre l'intimé, c'est à tort que le Dr D_____ s'est fondé sur ce barème, car il lui appartenait de se prononcer sur l'existence d'une éventuelle incapacité de travail, notion qui n'a aucun rapport avec l'indemnité pour atteinte à l'intégrité au sens de l'art. 24 al. 1 LAA. Cela étant, la chambre de céans ne se fondera pas, à l'instar de l'intimé, sur les conclusions du Dr D_____.

14. Pour les motifs qui précèdent, la chambre de céans estime que la cause est insuffisamment instruite, de sorte qu'elle n'est pas en mesure de statuer définitivement sur la capacité de travail et son évolution, partant sur le degré d'invalidité et le droit à la rente, ce d'autant moins que les derniers rapports des Drs J_____ et K_____ suggèrent une possible aggravation, non datée, des atteintes oculaires de l'assuré, vu l'opacification attestée de son œil gauche et la diminution de son acuité visuelle de 0.9 à 0.7.
15. En revanche, contrairement à ce que laisse entendre l'assuré, le dossier ne contient pas d'indice qui justifierait d'approfondir l'instruction s'agissant des douleurs lombaires dont il se prévaut et qui résulteraient de son accident de 1974.

En effet, dans sa demande de prestations déposée en 2013, le recourant n'a pas fait état d'autres atteintes que ses problèmes de vue. En outre, bien qu'il ait été invité par l'intimé à le faire, le recourant n'a pas été en mesure de produire un quelconque rapport médical faisant état d'une limitation de la capacité de travail en lien avec des problèmes lombaires. Enfin, le recourant a été capable, suite à un reclassement professionnel visant précisément à lui offrir une activité adaptée à ses douleurs séquellaires, de travailler pendant plus de douze ans (de 1978 à 1991) pour diverses

banques genevoises, apparemment à 100% la plupart du temps au vu des revenus figurant dans son extrait de compte individuel AVS. Il paraît donc fort vraisemblable que ses douleurs ne l'empêcheraient pas d'exercer une activité de même nature que celle qu'il a exercée pendant douze ans.

16. En définitive, le recours sera partiellement admis, la décision du 13 octobre 2014 annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour instruction complémentaire, étant rappelé qu'il n'appartient pas au juge de suppléer aux carences de l'administration. Cette instruction complémentaire sera mise en œuvre par une expertise en ophtalmologie confiée à un expert indépendant, selon la procédure prévue à l'art. 44 LPGa.

L'expert se prononcera sur la capacité de travail et son évolution, en tenant compte de l'ensemble des rapports médicaux versés au dossier, y compris ceux produits par le recourant à l'appui de son recours.

17. La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice, un émolument de CHF 200.- est mis à charge de l'intimé (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. L'admet partiellement et annule la décision du 13 octobre 2014.
3. Renvoie le dossier à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants.
4. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
5. 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

Florence SCHMUTZ

Mario-Dominique TORELLO

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