

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3514/2010

ATAS/755/2011

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 17 août 2011

4<sup>ème</sup> Chambre

En la cause

Monsieur M\_\_\_\_\_, domicilié à Genève, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Pierre GABUS

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE  
GENEVE, sis rue de Lyon 97, 1203 Genève

intimé

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Christine LUZZATTO et Hans KERN, Juges  
assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. Monsieur M\_\_\_\_\_ (ci-après l'intéressé ou le recourant), né en 1953, ressortissant vénézuélien, a fréquenté l'école primaire et secondaire dans son pays. L'intéressé, qui a appris les professions de danseur et de couturier, a travaillé au Venezuela comme employé dans une banque de 1969 à 1973, puis dans une organisation culturelle et enfin comme danseur, de 1978 à 1990.
2. L'intéressé est arrivé en Suisse le 12 décembre 1996.
3. Le 15 novembre 2002, à la demande de son assureur-maladie PHILOS, l'intéressé a déposé une demande de prestations auprès de l'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (ci-après OAI) visant à l'octroi de mesures médicales.
4. Dans un rapport du 10 octobre 2002, le Dr A\_\_\_\_\_, ophtalmologue FMH, médecin chirurgien, a diagnostiqué un glaucome très avancé des deux côtés, pratiquement absolu à l'œil gauche, une cataracte à l'œil droit, un status après opération de la cataracte de l'œil gauche, un status après sclérectomie bilatérale (17 février 1998 et 28 avril 1998) et status après opération de la cataracte de l'œil droit (3 septembre 2002). Il existait une indication chirurgicale de réintervention pour le glaucome. Selon le praticien, il ne pensait pas que la sclérectomie profonde, opération filtrante et non perforante pour le glaucome, soit pratiquée au Venezuela, car les chirurgiens pratiquant régulièrement cette opération travaillent en Suisse, en France et en Russie. Cette intervention devait être pratiquée en anesthésie topique (sans piqûre, cette dernière risquant de précipiter la cécité) et lui-même maîtrisait cette technique depuis plus de dix ans.
5. Par décision du 20 janvier 2003, l'OAI a refusé l'octroi de mesures médicales, au motif qu'au moment de la survenance d'invalidité qui pouvait être fixée en octobre 2002, l'intéressé n'avait pas la qualité d'assuré puisqu'il ne comptait ni une année de cotisation à l'AVS/AI, ni dix ans de résidence ininterrompue en Suisse. Cette décision, non contestée, est entrée en force.
6. Le 18 mars 2009, l'intéressé a déposé une nouvelle demande de prestations pour adultes, en raison d'une aggravation de son état de santé en 2007. Il indiquait être homme au foyer depuis 1997 à ce jour, en incapacité de travail à 100 % depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2007. Il a joint copie d'un courrier du 9 mars 2009 du Dr A\_\_\_\_\_ à l'attention du Centre d'information et de réadaptation de l'ABA, aux termes duquel il suit l'intéressé depuis 1997 et que depuis ce moment-là, il y a eu une constante péjoration de l'acuité visuelle et du champ visuel, qui s'est encore confirmée lors du dernier rendez-vous du 23 février. L'intéressé souffre d'une grave atteinte ophtalmologique qui le limite dans toutes ses activités et a une répercussion importante sur sa capacité à travailler.

7. Le Dr B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale, médecin traitant du recourant depuis 2006, a indiqué dans son rapport du 14 avril 2009 que le patient souffre de cécité de l'œil gauche et d'une vision basse de l'œil droit sur glaucome. Le pronostic est décrit comme mauvais. S'agissant des limitations fonctionnelles, elles étaient nombreuses, depuis 2006. L'intéressé avait besoin d'un moyen auxiliaire comme pour une personne aveugle. Une reprise de travail n'était pas possible. Le patient présentait de nombreuses limitations fonctionnelles, depuis 2006. Pour le surplus, le médecin renvoyait à l'avis de l'ophtalmologue.
8. Dans son rapport à l'attention de l'OAI du 13 mai 2009, le Dr A\_\_\_\_\_ a diagnostiqué une neuropathie optique glaucomateuse bilatérale évolutive, depuis 1997 chez son patient, qu'il soignait depuis juin 1997. L'incapacité de travail en qualité de styliste et de couturier est de 50% à 75% depuis juin 1997 ; le patient avait des difficultés à travailler sur les tissus, un manque de perspective et une vision des couleurs en partie altérée. L'activité habituelle était encore exigible et l'on pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle à 50%, dès que les conditions de travail optimales seraient réunies, à savoir les conditions d'éclairage, l'organisation du plan de travail et un endroit relativement protégé. Ces mesures pouvaient améliorer la rentabilité et la productivité tout en assurant un meilleur confort. Le Dr A\_\_\_\_\_ a joint en annexe un rapport qu'il avait établi en date du 14 février 2005, attestant que le patient souffrait de séquelles graves et importantes d'une atteinte du nerf optique, de l'iris et du cristallin. Une cataracte à l'œil gauche avait nécessité une opération au Venezuela, à une date non précisée.
9. Le 13 mai 2009, la CAISSE CANTONALE GENEVOISE DE COMPENSATION a procédé à l'affiliation de l'intéressé avec effet rétroactif au 1<sup>er</sup> octobre 2004 (mois suivant la date d'obtention d'une autorisation régulière de séjour en Suisse), au titre de personne sans activité lucrative.
10. Par avis du 15 juin 2009, le Service médical régional AI (ci-après SMR) retient une capacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle de styliste, depuis janvier 2007, et de 100 % dans une activité adaptée, à traduire en termes de métier par un spécialiste de la réadaptation.
11. Le 25 juin 2009, l'intéressé a été mis au bénéfice d'une orientation professionnelle afin de déterminer les possibilités de réinsertion professionnelle.
12. Dans une note du 6 juillet 2009, la collaboratrice du service de réadaptation professionnelle mentionne qu'à Genève, l'intéressé n'a exercé que des occupations bénévoles. En revanche au Venezuela, il a travaillé comme danseur et couturier. Depuis 1996, il ne travaille plus. Sa situation sociale n'est pas optimale, il est sans revenu.
13. A la demande de l'OAI, le Dr A\_\_\_\_\_ a précisé ce qui suit en date du 9 juillet 2009 : « acuité visuelle sc de l'œil gauche/œil droit en 1997 0,9-1,0/0,6,

acuité visuelle sc œil droit/œil gauche 2009 : 0,8/0,4. Champ visuel : (maculaire = 10° centraux, le champ visuel normal est mesuré à 30°) œil droit seulement, œil gauche non mesurable ». Il a joint en annexe les résultats de ses examens.

14. Le 26 novembre 2009, un rapport d'évaluation basse vision a été établi par un ergothérapeute spécialisé en basse vision du Centre d'information et de Réadaptation de l'Association pour le bien des aveugles et malvoyants (ci-après ABA). Ce spécialiste a relevé que l'intéressé est gravement handicapé de la vue, qu'il souffre d'un glaucome terminal compliqué par un strabisme divergent de l'œil gauche ayant pour conséquence une réduction massive du champ visuel, limité au mieux aux 5° centraux. La vision binoculaire est donc impossible par défaut de convergence des yeux. Pour éviter une diplopie et des problèmes de repérage spatial, l'œil droit semble être privilégié au niveau cérébral, ce qui limite d'autant plus le champ visuel. Il a proposé d'évaluer les capacités de l'assuré dans le cadre d'une activité concrète aux Etablissements publics pour l'intégration (EPI). L'éventualité d'une activité dans un atelier protégé semblait être une piste à approfondir.
15. L'assuré a effectué un stage d'observation professionnelle aux EPI du 8 février 2010 au 9 mai 2010. Dans leur rapport du 26 avril 2010, les EPI ont conclu que, raisonnablement, dans le circuit économique normal, il n'existe pas d'activité productive pour non-voyant adaptée à la situation de l'assuré, même à un poste de travail ergonomiquement adéquat. Seules des activités en milieu protégé à mi-temps peuvent être envisagées, avec pour principal objectif le maintien d'une insertion socioprofessionnelle et un mieux-être affectif. La mesure a été interrompue à la demande de leur médecin consultant et l'assuré a été sorti des effectifs le 16 mars 2010. Une entrée en atelier protégé est à envisager au plus vite, par exemple dans des activités de « multiservices » pour des tâches et à un poste de travail bien adaptés.
16. Le Dr C \_\_\_\_\_, spécialiste FMH ORL, a rendu un rapport en date du 10 mai 2010. Il a diagnostiqué une surdité de perception à droite, ancienne, vraisemblablement consécutive à une surdité brusque. Son audition à gauche est dans les limites de la norme. Il n'y a pas d'indication ni besoin d'un appareillage acoustique et il n'y a pas non plus de mesures préventives spécifiques à proposer à l'assuré.
17. Par avis du 14 juillet 2010, le SMR, sous la plume du Dr D \_\_\_\_\_, a retenu un glaucome sévère des deux yeux et une surdité droite entraînant une incapacité de travail totale depuis 1990, avant l'arrivée de l'intéressé en Suisse.
18. Le 17 août 2010, l'OAI a notifié à l'intéressé un projet de décision de refus de prestations, auquel il s'est opposé en date du 14 septembre 2010, par l'intermédiaire d'ABA.

19. Par décision du 17 septembre 2010, l'OAI a refusé à l'intéressé l'octroi d'une rente ainsi que des mesures d'ordre professionnel. S'agissant du droit à la rente, l'OAI a constaté en se référant à l'appréciation du SMR que le cas d'assurance est réputé survenu avant l'arrivée en Suisse, de sorte que les conditions d'assurance ne sont pas remplies. Cependant, un degré d'invalidité de 100% dans toute activité lui est reconnue depuis 1990, raison pour laquelle l'OAI proposait à l'assuré de s'adresser au SERVICE DES PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES afin qu'il examine un éventuel droit à des prestations. Quant aux mesures professionnelles, elles ne sont pas envisageables et ne seraient pas de nature à améliorer sa capacité de gain.
20. L'assuré, par l'intermédiaire de son avocat, interjette recours le 15 octobre 2010. Dans son mémoire complémentaire du 31 janvier 2011, le recourant relève en premier lieu qu'il séjourne en Suisse de manière ininterrompue depuis 1996. S'agissant des répercussions de son atteinte à la santé sur la capacité de travail, le recourant rappelle que même s'il souffrait de glaucome et de cataracte avant son arrivée en Suisse, sa capacité de travail était, selon le Dr A\_\_\_\_\_, entre 1997 et 2006, de 70 %, et qu'elle a diminué progressivement jusqu'à 50 % entre 2006 et 2009. Par conséquent, depuis son arrivée en Suisse et jusqu'en 2006, son atteinte à la santé n'entraînait pas d'incapacité de travail déterminante du point de vue de la rente. Ce n'est qu'entre 2006 et 2009 que la situation s'est péjorée, ce que le SMR relève d'ailleurs. Le recourant considère que la position de l'OAI est incompréhensible, en contradiction avec les rapports médicaux et sa décision de refus de mesures médicales du 20 janvier 2003, dans laquelle il fixait la survenance de l'invalidité en octobre 2002. Selon le Dr A\_\_\_\_\_ et le SMR, le moment de l'incapacité de travail générant un droit à la rente doit être fixé entre 2006 et 2009. Par ailleurs, depuis 2009, il est impossible de lui proposer une activité rentable. Le recourant a joint une attestation établie par le Dr A\_\_\_\_\_ le 13 septembre 2010, confirmant qu'il était suivi à son cabinet depuis 1997 en raison d'un glaucome bilatéral traité et opéré. L'intervention a permis de stabiliser le champ visuel qui se dégradait progressivement. A ce moment, la capacité professionnelle était estimée à environ 70 %. Pendant le suivi, depuis 2006, le médecin a assisté à une baisse de celle-ci jusqu'à atteindre approximativement 50 % en 2009, selon son rapport à l'AI du 27 mars 2009. Le recourant conclut à l'annulation de la décision et à l'octroi d'une rente entière depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2007.
21. Dans sa réponse du 22 février 2011, l'intimé relève que selon le Dr A\_\_\_\_\_, l'incapacité de travail était de 50 % à 75 % depuis qu'il suit le recourant, à savoir depuis le mois de juin 1997, soit de plus de 40 % en moyenne. Par ailleurs, depuis son arrivée en Suisse, le recourant n'a jamais été en mesure d'exercer une activité lucrative. Or, à ce moment-là, le recourant ne comptait pas une année entière de cotisations. De plus, il n'a été affilié à la caisse de compensation qu'en 2009, avec effet rétroactif eu 1<sup>er</sup> octobre 2004. Selon les éléments au dossier, la première demande de prestations de 2002 mentionnait une atteinte oculaire depuis 1990 et l'utilisation d'une canne blanche pour malvoyant depuis 1997. Enfin, le Dr

C\_\_\_\_\_ indique dans son rapport du 10 mai 2010 que la perte de l'acuité visuelle a été rapidement progressive sur six mois et qu'elle a eu lieu il y a environ 20 ans, soit en 1990. L'OAI conclut au rejet du recours.

22. Après communication de la réponse au recourant, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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).

Dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 229 consid. 1.1 et les références). Les règles de procédure s'appliquent quant à elles sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b). La LPGA s'applique par conséquent au cas d'espèce.

3. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement sur la question de savoir s'il remplissait les conditions d'assurance lors de la survenance de l'invalidité.

4. Selon l'art. 6 al. 2 LAI, dans sa teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1997, les étrangers ont, sous réserve de l'art. 9 al. 3 LAI, droit aux prestations de l'assurance-invalidité aussi longtemps qu'ils conservent leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse, mais seulement s'ils comptent, lors de la survenance de l'invalidité, au moins une année entière de cotisations ou dix ans de résidence ininterrompue en Suisse. Demeurent réservées les dispositions dérogatoires des conventions bilatérales de sécurité sociale conclues par la Suisse avec un certain nombre d'Etats pour leurs ressortissants respectifs.

---

Selon l'art. 8 al. 1 LPGA (et 4 al. 1 LAI), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'assuré a droit à une rente d'invalidité si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI; voir également art. 29 al. 1 let. b LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007).

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008 (5<sup>ème</sup> révision AI), a droit à une rente ordinaire de l'assurance-invalidité l'assuré qui, lors de la survenance de l'assurance-invalidité, compte trois années au moins de cotisations (cf. art. 36 al. 1 LAI).

5. a) D'après l'art. 4 al. 2 LAI, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Ce moment doit être déterminé objectivement, d'après l'état de santé; des facteurs externes fortuits n'ont pas d'importance. Il ne dépend en particulier ni de la date à laquelle une demande a été présentée, ni de celle à partir de laquelle une prestation a été requise, et ne coïncide pas non plus nécessairement avec le moment où l'assuré apprend, pour la première fois, que l'atteinte à sa santé peut ouvrir droit à des prestations d'assurance (ATF 126 V 5 consid. 2b p. 9, 157 consid. 3a p. 160, 118 V 79 consid. 3a et les références p. 82).

S'agissant du droit à une rente, la survenance de l'invalidité se situe au moment où celui-ci prend naissance conformément à l'art. 29 al. 1 aLAI, en vigueur jusqu'au 13 décembre 2007, soit dès que l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 pour cent au moins (variante I) ou dès qu'il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 pour cent au moins pendant une année sans interruption notable (variante II), mais au plus tôt le premier jour du mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 2 aLAI). Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008, à teneur de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b), au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins.

b) A teneur de l'art. 28 al. 1<sup>er</sup> LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% 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 ; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1<sup>bis</sup> LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40% au moins.

Selon l'art. 28 al. 1<sup>er</sup> LAI dans sa teneur en vigueur du 1<sup>er</sup> janvier 2004 au 31 décembre 2007, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins (cf. art. 28 al. 2 LAI dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008).

6. En l'espèce, la Cour de céans relève à titre liminaire que la Suisse n'a pas conclu de convention de sécurité sociale avec le Venezuela, pays d'origine du recourant. Seul le droit interne est ainsi applicable.

Pour l'intimé, la survenance de l'invalidité est à fixer en 1990, soit avant l'entrée en Suisse du recourant, de sorte qu'il ne remplit pas les conditions d'assurance.

Le recourant conteste cette appréciation, au motif qu'entre 1997 et 2006 sa capacité de travail était de 70 % et qu'elle a diminué progressivement jusqu'à 50 % entre 2006 et 2009. Il allègue au surplus que la position de l'intimé est en contradiction avec sa décision de refus de mesures médicales de 2003, qui fixait la survenance de l'invalidité en octobre 2002. Ce dernier argument n'est toutefois pas déterminant, dès lors que la survenance de l'invalidité et les conditions d'assurance doivent être examinées pour chaque prestation entrant en ligne de compte. Or, en 2003, l'intimé s'est uniquement prononcé sur les mesures médicales sollicitées par le recourant.

7. Il n'est pas contesté en l'occurrence que le recourant présente depuis longtemps une grave affection des yeux. Ce qui est litigieux, c'est la question de savoir depuis quand et dans quelle mesure son état de santé entraîne des répercussions sur sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels.

Selon le Dr B\_\_\_\_\_, médecin traitant du recourant depuis 2006, le patient présente une cécité de l'œil gauche et une vision basse de l'œil droit sur glaucome. Les limitations fonctionnelles sont nombreuses depuis 2006. Ce médecin ne s'est toutefois pas prononcé quant à la capacité de travail, renvoyant à l'avis de l'ophtalmologue.

Le Dr A\_\_\_\_\_, qui suit le recourant depuis 1997, indiquait en 2002 que son patient souffrait d'un glaucome très avancé des deux côtés, pratiquement absolu à l'œil gauche. Il mentionnait également des opérations (cataracte de l'œil gauche, sclérectomie bilatérale les 17 février 1998 et 28 avril 1998, cataracte de l'œil droit le 3 septembre 2002) et préconisait une nouvelle intervention pour le glaucome. Il ne se prononçait pas sur la capacité de travail. En 2009, ce spécialiste a diagnostiqué une neuropathie optique glaucomateuse bilatérale évolutive, depuis 1997. S'agissant de l'incapacité de travail, il a indiqué qu'elle était de 50 à 70 % dans l'activité de styliste et de couturier, depuis juin 1997. Le recourant avait en effet de la peine à travailler sur les tissus, en raison du manque de perspective et une vision des couleurs en partie altérée. Une reprise de travail à 50 % était toutefois possible, dès que les conditions optimales seraient réunies, en aménageant

le poste de travail (conditions d'éclairage, organisation du plan de travail, endroit relativement protégé), ce qui améliorerait la rentabilité et la productivité tout en assurant un meilleur confort. Il ne se prononçait pas sur la capacité de travail dans une activité adaptée.

Quant au SMR, il a, dans un premier temps, retenu une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle, mais une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2007. Par la suite, à l'issue du stage d'orientation professionnelle, il a conclu à une incapacité de travail totale dans toute activité depuis 1990.

La Cour de céans peine à comprendre comment le SMR est parvenu à une telle conclusion. En effet, si le recourant a présenté une incapacité de travail dans son activité habituelle, ce n'est qu'à partir de juin 1997 selon le Dr A\_\_\_\_\_, et encore à un taux imprécis, oscillant entre 50 à 70 %. Aucune pièce au dossier ne permet de conclure que tel était déjà le cas en 1990, alors qu'il était encore au Venezuela. Par ailleurs, force est de constater que le Dr A\_\_\_\_\_ ne s'est jamais prononcé sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée, depuis 1997. Il a cependant précisé dans une attestation du 12 septembre 2010, que l'intervention avait permis de stabiliser le champ visuel qui se dégradait progressivement et qu'à ce moment, sa capacité professionnelle était estimée à environ 70 %. Durant le suivi, depuis 2006, il a assisté à une baisse de celle-ci jusqu'à atteindre approximativement 50 % en 2009 et se réfère à son rapport adressé à l'AI en date du 27 mars 2009.

L'intimé se fonde encore sur le rapport du Dr C\_\_\_\_\_ du 10 mai 2010 adressé au médecin traitant du recourant, qui mentionne que le patient a perdu de l'acuité visuelle, rapidement progressive, sur six mois, il y a environ vingt ans. Cette affirmation, qui résulte apparemment de l'anamnèse, ne saurait cependant être retenue sans autre. En effet, le Dr C\_\_\_\_\_, spécialiste ORL n'a posé aucun diagnostic ophtalmologique, mais uniquement le diagnostic relevant de sa spécialité et au surplus, il ne se prononce nullement sur la capacité de travail du recourant. Ce rapport ne saurait ainsi avoir valeur probante quant à la survenance de l'invalidité, contrairement à ce que l'intimé semble soutenir.

Ce qui importe, c'est de savoir si, depuis quand et dans quelle mesure l'état de santé du recourant influait sur sa capacité de travail, l'empêchant le cas échéant d'exercer une activité lucrative. Ce moment doit être déterminé de façon précise. Selon les documents figurant au dossier, le recourant a eu un parcours professionnel atypique, centré sur la culture, l'artistique et les loisirs. Il travaille comme projectionniste dans un cinéma à l'âge de 14 ans, devient auditeur dans une banque, se lance dans une carrière professionnelle de danseur professionnel, puis ouvre son atelier de couture, créant des costumes et des décors durant six ans. Il suit encore différents cours à l'université, notamment pour enseigner la culture et la

planification, l'administration et l'animation culturelle. En Suisse, le recourant a effectué quelques stages dans le domaine de la haute couture, mais n'a trouvé aucune situation stable, si ce n'est des activités bénévoles. A cet égard, l'on ignore si cette situation était un choix de vie, si elle résultait déjà de son état de santé ou si elle était due à sa situation ; selon les données de l'Office cantonal de la population, il apparaît que le recourant ne possédait pas de titre de séjour en Suisse avant le mois de mai 2003 (livret L-OLE) et qu'une autorisation de séjour accordée aux autres étrangers sans activité lucrative (Livret B) lui a été délivrée le 6 septembre 2004. La Cour de céans relève aussi que l'intimé n'indique pas de façon précise quel est le statut retenu pour le recourant, actif ou non actif. Si le statut retenu est celui d'une personne active, ce qui est décisif, ce n'est pas le fait que l'assuré exerce une activité lucrative, mais de savoir quelle est sa capacité de travail et de gain dans une activité raisonnablement exigible. Enfin, s'il est considéré comme une personne non active, il importe alors de savoir si et depuis quand il a été empêché d'accomplir ses travaux habituels dans une mesure ouvrant droit à une rente.

En l'état actuel du dossier, la Cour de céans n'est pas en mesure de se prononcer et de tirer des conclusions définitives quant à la survenance de l'invalidité et le droit aux prestations du recourant. La cause sera retournée à l'intimé, afin qu'il procède à une instruction complémentaire, sans délai. Il lui incombera de déterminer exactement quel est le statut du recourant, puis d'interroger à nouveau l'ophtalmologue afin qu'il produise le ou les compte-rendus opératoires et se prononce clairement sur la capacité de travail dans une activité adaptée, voire dans l'accomplissement des travaux habituels, depuis 1997, et décrive précisément son évolution dans le temps, compte tenu de l'affection évolutive. Il conviendra aussi de tenir compte du problème de surdité. Le cas échéant, l'intimé recourra à une expertise ophtalmologique.

8. Au vu de ce qui précède, le recours est admis et la décision annulée. La cause est renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision.
9. Le recourant, représenté par un mandataire, a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, fixée en l'occurrence à 1'500 fr. (art. 89H al. 3 de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA ; RS E 5 10)).
10. Un émoulement de 500 fr. est mis à charge de l'intimé, qui succombe (art. 69 al.1bis LAI).

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet et annule la décision du 17 septembre 2010.
3. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.
4. Condamne l'intimé à payer au recourant la somme de 1'500 fr. à titre de participation à ses frais et dépens.
5. Met un émolument de 500 fr. à la charge de l'intimé.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDE

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