

200.2020.800.AI
N° AVS
NIG/REN

Tribunal administratif du canton de Berne
Cour des affaires de langue française

Jugement du 26 septembre 2021

Droit des assurances sociales

C. Tissot, président
A.-F. Boillat et M. Moeckli, juges
G. Niederer, greffier

A. _____
recourant

contre

Office AI Berne
Scheibenstrasse 70, case postale, 3001 Berne
intimé

relatif à une décision de ce dernier du 30 septembre 2020



En fait:

A.

A. _____, né en 1996, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) pour assurés âgés de moins de 20 ans révolus auprès de l'Office AI Berne le 28 septembre 2007 en raison d'une baisse importante de l'acuité visuelle. Cet office a alors alloué des mesures médicales, des moyens auxiliaires, des mesures d'intervention précoce et des mesures de réadaptation. Il a également reconnu le droit à une allocation pour impotence de degré faible du 1^{er} août 2010 au 31 juillet 2014. Le 2 juin 2014, l'assuré a déposé une demande de prestations pour adultes en invoquant une perte de la vue, une rétinite pigmentaire et un tremblement sensoriel.

B.

A la suite de cette nouvelle demande, l'Office AI Berne a notamment accordé à l'assuré une mesure de formation professionnelle initiale en vue d'obtenir un CFC d'employé de commerce. Le 11 septembre 2015, il a de plus reconnu le droit à la poursuite de l'allocation pour impotence de degré faible au-delà du 31 juillet 2014 et jusqu'à nouvel avis. L'assuré a obtenu son CFC d'employé de commerce le 2 juillet 2019 et l'Office AI Berne a encore alloué d'autres mesures d'ordre professionnel, auxquelles il a mis un terme le 19 septembre 2019. Par décision du 30 septembre 2020, écartant des objections du 9 février 2020 et confirmant une préorientation du 31 janvier 2020, l'Office AI Berne a exclu tout droit à une rente en se fondant en particulier sur un avis du Service médical des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR) du 21 septembre 2020.

C.

Par envoi du 25 octobre 2020, l'assuré a recouru contre la décision du 30 septembre 2020 auprès du Tribunal administratif du canton de Berne

(TA), en concluant implicitement à l'annulation de cet acte. Dans sa réponse du 4 décembre 2020, l'intimé a conclu au rejet du recours.

En droit:

1.

1.1 La décision du 30 septembre 2020 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et nie le droit du recourant à une rente d'invalidité. L'objet du litige porte sur l'annulation de cette décision et sur l'octroi d'une rente. Est particulièrement critiquée par le recourant l'appréciation de sa capacité de travail par l'intimé, qui s'est en particulier écarté des conclusions de ses neurologue et ophtalmologue traitants.

1.2 Interjeté en temps utile, dans les formes minimales prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente et par une partie disposant de la qualité pour recourir, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1]; art. 69 al. 1 let. a de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20]; art. 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

1.3 Le jugement de la cause incombe à la Cour des affaires de langue française du TA dans sa composition ordinaire de trois juges (art. 54 al. 1 let. c et 56 al. 1 de la loi cantonale du 11 juin 2009 sur l'organisation des autorités judiciaires et du Ministère public [LOJM, RSB 161.1]).

1.4 Le Tribunal examine librement la décision contestée et n'est pas lié par les conclusions des parties (art. 61 let. c et d LPGA; art. 80 let. c ch. 1 et 84 al. 3 LPJA).

2.

2.1 Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA dans sa teneur en vigueur [en français] jusqu'au 31 décembre 2020; voir art. 82a LPGA).

2.2 Selon l'art. 28 al. 1 LAI, a droit à une rente l'assuré dont la capacité de gain ou la capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), qui a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qui au terme de cette année est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. b et c). Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins et à trois quarts de rente s'il est invalide à 60%. Pour un degré d'invalidité de 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente et pour un degré d'invalidité de 40% au moins, il a droit à un quart de rente.

2.3 Pour pouvoir évaluer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, en cas de recours) a besoin de documents que le médecin et éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données fournies par le médecin constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore exiger de l'assuré (ATF 140 V 193 c. 3.2, 132 V 93 c. 4; SVR 2018 IV n° 27 c. 4.2.1). En revanche, il n'appartient pas au médecin de s'exprimer sur le degré d'une rente éventuelle, étant donné que la notion d'invalidité n'est pas seulement déterminée par des facteurs médicaux, mais également des facteurs économiques (cf. art. 16 LPGA).

2.4 Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans avoir examiné l'ensemble des preuves disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 125 V 351 c. 3a).

2.5 L'administration en tant qu'autorité de décision et le juge, en cas de recours, ne peuvent considérer un fait comme établi que lorsqu'ils sont convaincus de son existence. En droit des assurances sociales, pour autant que la loi n'en dispose pas autrement, le juge doit fonder sa décision sur les faits qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. La simple possibilité de l'existence d'un fait ne suffit pas. Le juge doit bien plus retenir les éléments qui, parmi les faits possibles, lui paraissent les plus probables (ATF 144 V 427 c. 3.2).

3.

3.1 Dans la décision attaquée, l'intimé a notamment pris en compte l'avis du SMR et celui de l'employeur auprès duquel le recourant avait été placé à l'essai et a considéré que celui-ci était apte à exercer une activité d'employé de commerce à plein temps avec une diminution de rendement de 20%. Il a ensuite fixé le taux d'invalidité en comparant le revenu que le recourant pourrait percevoir dans une telle activité, sur la base de données statistiques et en prenant en compte un abattement de 15%, avec le revenu qui aurait pu être obtenu sans atteinte à la santé, également déterminé au moyen de chiffres statistiques. Ce faisant, l'intimé a arrêté le taux d'invalidité à 29% et constaté que celui-ci était insuffisant pour ouvrir un droit à une rente.

3.2 Le recourant conteste la décision de l'intimé, dès lors que celui-ci n'a pas pris en considération les rapports de ses neurologue et ophtalmologue traitants, attestant d'une péjoration de son état de santé et retenant un rendement d'au plus 60%. Il ajoute qu'il doit fournir un effort si

important au travail, que la fatigue lui cause des céphalées, des tremblements et des hémorragies nasales, de même que, parfois, des pertes d'équilibre. Le recourant critique également le fait que l'intimé se soit fondé sur le rapport de l'employeur auprès duquel il était placé à l'essai, dans la mesure où celui-ci n'est pas un professionnel de la santé.

4.

Le dossier permet de constater les éléments principaux suivants.

4.1

4.1.1 Le 13 mars 2007, une clinique ophtalmologique d'un hôpital universitaire a posé les diagnostics de dégénérescence rétinienne des deux côtés, d'origine peu claire et de type tapéto-rétinienne, ainsi que d'amblyopie amétrope des deux côtés en présence d'un fort astigmatisme composé myopique. Elle a indiqué que la vision de loin était de 0.8 et la vision de près de 0.5 des deux côtés (voir aussi dossier [dos.] AI 7/6, où est évoquée, le 26 avril 2007, une dystrophie des cônes et des bâtonnets). Le 25 janvier 2008, le département d'orthoptique d'un second hôpital universitaire a retenu le diagnostic de rétinite pigmentaire (depuis 2006 et d'origine congénitale). Dans ce rapport, il a notamment été précisé que l'état de santé du recourant s'était dégradé.

4.1.2 Après avoir attesté, le 21 septembre 2007, que le recourant souffrait d'une dégénérescence rétinienne d'origine non définie qui entraînait une diminution de l'acuité visuelle de 50% des deux côtés avec la meilleure correction, l'ophtalmologue traitante du recourant a confirmé la présence d'une telle infirmité congénitale, ainsi que d'une amblyopie des deux côtés le 30 octobre 2007. Dans un rapport médical du 4 mai 2010, elle a posé le diagnostic de rétinopathie diffuse touchant les cônes et les bâtonnets (présente depuis la naissance), en évoquant une réduction du champ et de l'acuité visuels. Estimant l'état stationnaire, elle a écrit que son patient avait des difficultés à se déplacer (principalement lors du crépuscule), à lire et à écrire, une fatigue scolaire importante étant en outre signalée. L'acuité visuelle de loin a été évaluée à 0.63 à droite et à 0.5 à gauche, ainsi que,

de près, à 0.3 des deux côtés. Elle a ajouté que la vision de bas contraste était mauvaise et que le champ visuel était très variable, avec une diminution marquée.

4.1.3 Dans un certificat médical du 6 août 2009, un médecin d'un hôpital ophtalmique a posé le diagnostic de rétinopathie dégénérative héréditaire progressive (congénitale). Dans un rapport du 5 août 2009, ce médecin a constaté que l'acuité visuelle de loin (corrigée et non améliorable) était de 60% difficile à droite et de 50% difficile à gauche. Il a précisé que la rétinopathie était certainement issue d'une maladie héréditaire dégénérative progressive, qu'elle touchait davantage les bâtonnets que les cônes et qu'elle était accompagnée d'une maculopathie bilatérale. Il a réservé son pronostic et considéré qu'aucun traitement ne pouvait être proposé, la situation pouvant se détériorer. Le 30 avril 2019, l'hôpital ophtalmique a écrit que l'acuité visuelle de loin était de 5% (améliorable à 10%), que la rétinopathie avait nettement progressé depuis juin 2009 et qu'elle affectait désormais la périphérie et la macula, les lésions au fond de l'œil étant très nettement supérieures à celles constatées en 2009. Il a ajouté que l'importance de la maculopathie des yeux pouvait aussi être objectivée et qu'elle expliquait certainement la diminution des performances visuelles. Une IRM a été conseillée et a permis d'exclure une atteinte des voies visuelles (voir dos. AI 226/2). Il a encore établi un rapport en ce sens à l'intimé le 15 mai 2019.

4.1.4 Le 3 janvier 2013, un neurologue a rendu compte d'une consultation effectuée à la même date en raison d'un tremblement, symptôme qui avait déjà fait l'objet d'une consultation en 2009 et lors de laquelle il avait été conclu à un tremblement essentiel, d'origine inconnue. Le neurologue a relevé que cette affection gênait l'écriture/le dessin et a noté la présence de pertes d'équilibre (sans épisode de chutes). Il a conclu à un tremblement essentiel sans lien avec les troubles visuels, sans effet sur la capacité de travail à moyen terme et ne justifiant alors aucun traitement.

4.1.5 Dans un rapport médical du 12 février 2015, le nouvel ophtalmologue du recourant a posé les diagnostics de rétinite pigmentaire, myopie, astigmatisme et atteinte des cônes. Il a confirmé que l'état de santé de son patient demeurait inchangé, mais a toutefois déclaré que

celui-ci avait besoin de l'aide régulière d'une tierce personne pour les gestes de la vie quotidienne, depuis l'enfance. Ce spécialiste a en effet rapporté des difficultés de déplacement (plus marquées dans la pénombre) et rappelé que la vision centrale n'était pas optimale (même corrigée), bien qu'elle permettait un travail de bureau. Une activité d'employé de bureau a été conseillée, mais en prenant en compte un grand nombre d'adaptations, telles par exemple un travail dans un milieu suffisamment éclairé, n'exigeant pas trop de déplacements, en position assise et permettant des horaires adaptés en fonction de la fatigue visuelle (voir aussi dos. AI 120/3 et 128/2). Par un certificat médical du 17 mars 2020, produit à l'appui des objections du 9 février 2020, l'ophtalmologue du recourant a posé le diagnostic de rétinopathie de type rod-cône et d'astigmatisme myopique fort bilatéral, en précisant que l'acuité visuelle était très basse tant de loin (0.1 à droite et 0.12 à gauche) que de près (0.12 des deux côtés) et encore diminuée en cas de fatigue, après quelques heures. Il a ajouté que le recourant subissait aussi une erreur réfractive, qu'il disposait d'un champ visuel très diminué et que des tremblements s'ajoutaient au tableau clinique (pouvant entraîner des pertes d'équilibre le soir). Il a conclu que seul un travail à 60% était adapté.

4.1.6 Avec ses objections, le recourant a également produit un rapport d'un second neurologue, du 20 mars 2020, dans lequel celui-ci a relevé un minime tremblement postural bilatéral non significatif, de même qu'une légère instabilité proprioceptive à la marche (liée au déficit visuelle). Il a conclu qu'il existait une simple exagération du tremblement physiologique et que les épisodes de troubles de l'équilibre en cas de fatigue découlaient d'une sur-sollicitation des nerfs proprioceptifs (due à la perte de la vision), aucune atteinte neurologique n'étant à signaler.

4.2

4.2.1 Le 19 février 2015, le centre de formation professionnelle dans lequel le recourant a effectué une mesure de réadaptation sous forme de formation professionnelle initiale a indiqué que celui-ci était en mesure d'obtenir un CFC d'employé de commerce. Il a déclaré que le travail du recourant était bon dans les tâches répétitives, mais que dans celles requérant de la réflexion et de l'analyse le recourant avait plus de peine. Le

centre a estimé la diminution du rendement entre 20 et 25% du fait d'un besoin de recourir à un appareil de zoom. Le centre s'est encore exprimé le 21 décembre 2015 au sujet de l'apprentissage et a écrit que la qualité du travail était satisfaisante, mais inconstante (du fait de la fatigue et d'une motivation fragile), le recourant ayant en outre du mal à respecter les délais. Dans un écrit du 16 février 2016, il a rappelé ces difficultés, mais conclu que l'évolution était satisfaisante, l'assuré répondant aux attentes de l'entreprise.

4.2.2 Au terme de son rapport d'assessment du 15 décembre 2017, un centre pour personnes malvoyantes a expliqué que le recourant présentait une acuité visuelle de 0.2 et que la vitesse de lecture était réduite, la vision étant massivement tubulaire, le besoin de contraste/de luminosité très accru et la vision des couleurs moyennement atteinte. Ce centre a ajouté que le besoin d'agrandissement était de 3.2 fois à droite et de 8 fois à gauche (2.5 fois pour les deux yeux). L'atteinte a dès lors été jugée moyenne à sévère. Il a relevé que la lecture de documents sur papier était impossible, si bien que le recourant devait les convertir sous forme électronique, ce qui n'était pas efficient. L'actualisation des moyens auxiliaires, une analyse de leur utilisation sur le lieu de travail et un accompagnement (soutien de formation à ces moyens) ont été recommandés. En outre, il a été indiqué qu'en vue des examens de fin d'apprentissage, il était souhaitable que le recourant bénéficie d'un supplément de temps de 50%.

4.2.3 Au terme du placement à l'essai, l'employeur auprès duquel cette mesure a été menée a rédigé un rapport le 24 janvier 2020, dans lequel les performances du recourant ont été évaluées sur une échelle de 1 (le meilleur) à 6 (le moins bon). Il en découle en particulier que le recourant a obtenu une majorité de bonnes appréciations (2/6), s'agissant de son engagement, de son autonomie, du soin apporté au matériel et de sa fiabilité mais aussi en matière de qualité et de rendement (le rythme de travail étant toutefois estimé à 3/6, tout comme les connaissances professionnelles, la maîtrise du français, sa résistance et son attention).

4.3 Le 21 septembre 2020, un spécialiste en médecine du travail et généraliste du SMR a retenu le diagnostic de rétinite pigmentaire bilatérale

héréditaire dégénérative progressive. Il a souligné qu'en dépit de la forte diminution de l'acuité visuelle, le recourant avait pu terminer une formation de bureau, en utilisant les moyens auxiliaires à sa disposition. Le spécialiste a relevé que la vue ne s'était plus détériorée depuis lors, ajoutant que le tremblement rapporté n'était pas significatif et qu'il était lié à l'affection visuelle selon le neurologue traitant. Il a retenu que l'aggravation décrite par l'ophtalmologue et ophtalmo-chirurgien traitant, de même que son estimation de la capacité de travail de 60% ne pouvaient pas être confirmées (même si une péjoration devait être attendue au cours des prochaines années, voire décennies). Selon lui, aucun élément médical ne permettait d'expliquer pourquoi le recourant ne pourrait pas continuer d'exercer l'activité qu'il avait apprise. Au contraire, le spécialiste du SMR a considéré que l'avis de l'ancien employeur, d'après qui le recourant serait apte à travailler à 100% avec une réduction de rendement de 20%, était plausible. Il a donc jugé qu'une activité adaptée était exigible à raison de 8,5 heures par jour, avec une réduction de rendement de 20%.

5.

La décision attaquée se fonde sur ce dernier rapport de synthèse du SMR du 21 septembre 2020. Se pose donc en premier lieu la question de la force probante de ce document.

5.1 La valeur probante d'un rapport médical dépend du fait 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 du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Ainsi, ni la provenance du moyen de preuve, ni l'appellation du mandat confié au médecin (rapport ou expertise) ne sont déterminantes pour la force probante d'un tel document (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 134 V 231 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a).

5.2 Les rapports du SMR (art. 49 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]) ne constituent pas des expertises

au sens de l'art. 44 LPGA. Ces rapports, qui peuvent même être établis sans que la personne soit examinée personnellement sur la seule base du dossier médical (art. 49 al. 1 et 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral [TF] 9C_323/2009 du 14 juillet 2009 c. 4.3.1 et les références), ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner à la procédure. En raison de leur fonctionnalité différente de celle des expertises, les rapports du SMR ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR, pour autant qu'ils satisfassent aux exigences définies par la jurisprudence en matière d'expertise médicale (ATF 125 V 351 c. 3a), y compris en ce qui concerne les qualifications médicales nécessaires (TF 9C_105/2009 du 19 août 2009 c. 4.2; SVR 2009 IV n° 53 c. 3.3.2 [passage de texte non publié du c. 3.3.2 de l'ATF 135 V 254 = TF 9C_204/2009]). Les médecins du SMR sont donc parfaitement fondés à s'appuyer sur le dossier médical pour évaluer les conditions médicales du droit aux prestations. Tel est notamment le cas lorsqu'il s'agit principalement d'apprécier un état de fait médicalement établi et que la confrontation directe du médecin avec la personne assurée passe au second plan (TF 9C_323/2009 du 14 juillet 2009 c. 4.3.1 et références). Dans l'examen de la force probante, est avant tout déterminant le fait que l'expertise soit complète au niveau du contenu et que son résultat soit concluant, points à analyser lors de l'examen matériel (TF 8C_819/2013 du 4 février 2014 c. 3.3, 8C_942/2009 du 29 mars 2010 c. 5.2).

5.3 En l'espèce, d'un point de vue formel, on doit en tout premier lieu constater qu'il n'est pas possible de juger si le rapport du SMR du 21 septembre 2020 repose sur un examen complet du dossier médical. En effet, ce rapport ne se réfère qu'aux avis du premier neurologue du 3 janvier 2013 (qui est néanmoins reproduit incomplètement au dossier; voir dos. AI 213/5 s.), de l'ophtalmologue et ophtalmo-chirurgien traitant du 17 mars 2020, du second neurologue du 20 mars 2020, de l'hôpital ophtalmique du 10 (recte: 15) mai 2019, ainsi qu'au rapport d'IRM du 5 juillet 2019. L'anamnèse (familiale, personnelle, sociale et professionnelle) et la description du contexte médical sont par ailleurs très succinctes. De même, à mesure que les atteintes à la santé entrant en ligne de compte

pour examiner la présence d'une éventuelle diminution de la capacité de gain relèvent du domaine ophtalmologique et du domaine neurologique, il n'est pas exclu que les qualifications médicales de l'auteur du rapport du SMR (en médecine interne générale et en médecine du travail) soient insuffisantes pour satisfaire aux conditions jurisprudentielles relatives à la force probante des rapports médicaux. Sur le vu des considérants qui suivent, ces questions peuvent cependant demeurer indécises.

5.4

5.4.1 Sur le plan matériel, ainsi que le recourant l'a justement évoqué, le rapport du SMR met surtout en opposition l'appréciation de la capacité de travail formulée par l'ophtalmologue et ophtalmo-chirurgien traitant, qui a retenu une capacité de travail limitée à 60%, avec celle découlant du dernier rapport établi par l'employeur ayant formé l'intéressé au cours de son apprentissage (CFC) d'employé de commerce. Or, ce dernier rapport retient une capacité de travail de 100%, avec une diminution de rendement de 10 à 15%. Le spécialiste du SMR a défendu le point de vue émanant du dernier employeur, en expliquant principalement que l'aggravation de l'état visuel rapportée par l'ophtalmologue et ophtalmo-chirurgien traitant ne pouvait être objectivée et, partant, admise. Pour justifier ce résultat, le spécialiste du SMR s'est ainsi uniquement basé sur le fait que le recourant avait été capable de mener à bien une formation d'employé de commerce, en dépit de ses graves troubles visuels (grâce aux moyens auxiliaires mis à sa disposition), ainsi que sur l'avis du 20 mars 2020 du second neurologue, qui a mis en relation les tremblements affectant le recourant avec l'atteinte visuelle. Le spécialiste du SMR a également tenu compte du fait que l'IRM cérébrale effectuée n'avait pas révélé d'anomalie (ce qu'il y a lieu de confirmer, voir dos. AI 226/2).

5.4.2 Néanmoins, en procédant de la sorte, le spécialiste du SMR a ignoré que l'avis du second neurologue était en contradiction avec celui établi le 3 janvier 2013 par le premier spécialiste de cette discipline consulté. En effet, celui-ci avait exprimé l'opinion que le tremblement affectant le recourant était d'origine inconnue et sans rapport avec la rétinite pigmentaire, à l'instar de ce qui avait également été retenu par un service de neuro-pédiatrie d'un hôpital universitaire en 2009. De surcroît,

même si le premier neurologue avait certes indiqué que le tremblement était très discret, il n'avait pas pour autant exclu complètement que cette atteinte puisse impacter la capacité de travail, n'ayant nié tout effet sur la capacité de travail qu'à moyen terme. Par ailleurs, il n'avait pas non plus écarté définitivement la nécessité de procéder à des examens supplémentaires. Enfin, ce spécialiste avait en tous les cas souligné qu'une telle atteinte était généralement de nature progressive, sur un mode très lent (dos. AI 213/4 s.). Partant, en présence de deux rapports neurologiques contradictoires et même si celui du second neurologue, du 20 mars 2020, est notablement plus récent, le spécialiste du SMR ne pouvait se contenter de reprendre, du reste sans discussion, les conclusions de ce dernier neurologue, qui ne s'imposent dès lors pas à un degré de vraisemblance prépondérante (voir c. 2.5). Au demeurant, on relèvera encore que le spécialiste du SMR n'a pas examiné personnellement le recourant, ne s'est pas procuré le rapport du service de neuro-pédiatrie de 2009 cité dans le rapport neurologique du 3 janvier 2013, ni n'a cherché à obtenir la page manquante de ce dernier rapport. L'avis du SMR est d'autant moins probant qu'il découle du "Protokoll per 04.12.2020" (voir p. 28) qu'une consultation a encore eu lieu en 2018 auprès d'un troisième neurologue et qu'il a été mis en relief que la cause des tremblements consistait en une dégénérescence neurosensorielle, ce que le SMR n'a toutefois aucunement mentionné.

5.4.3 L'absence de valeur probante vaut également s'agissant des conclusions tirées par le SMR de l'avis du dernier employeur. En effet, dans un courrier électronique du 10 avril 2019 (dos. AI 217/1) et contrairement à ce que retient ce service, l'employeur ne conclut pas à une diminution de rendement de 20%, mais uniquement de 10 à 15%. Le rapport du SMR ne permet pas de comprendre pourquoi celui-ci a retenu un taux de 20%. De même, le rapport du dernier employeur (voir c. 4.2.3), sous la forme d'une évaluation des performances à l'aide de rubriques standardisées, s'avère très succinct. Il se limite à indiquer que le recourant a eu très peu d'absences, qu'il s'est intéressé à tout, qu'il s'est montré très à l'aise en comptabilité et qu'il a été un collaborateur très agréable (dos. AI 254/2). L'autonomie, le rendement, le rythme de travail et la qualité de celui-ci n'ont par ailleurs été appréciés que globalement, pour l'ensemble

des tâches effectuées et par une simple croix. Il faut aussi noter que le dernier employeur a répondu à l'intimé qu'il était "très difficile [...] de faire une évaluation très précise" du rendement (dos. AI 217/1). Il a d'ailleurs nuancé son estimation en relatant que le recourant n'avait pas eu de problèmes à accomplir ses tâches "comme un apprenti de commerce, voire un employé de commerce". De plus, à mesure que le dernier employeur a évalué la capacité de travail à 100% avec une baisse de rendement de 10/15%, en tenant notamment compte du fait que l'intéressé avait besoin de plus de temps pour l'ensemble de ses tâches et qu'il lui était très pénible de travailler toute la journée sur un écran (dos. AI 217/2), cette appréciation contraste avec celle du centre de formation et d'intégration professionnelle, qui avait conclu à une diminution du rendement de 20 à 25% le 19 février 2015, puis de 25 à 30% le 1^{er} avril 2015, au seul motif que le recourant était ralenti par l'utilisation d'une aide à la lecture (voir c. 4.2.1; dos. AI 121/3 et 125/2; voir aussi dos. AI 152/4 s.). L'évaluation du dernier employeur est d'autant moins convaincante que le centre précité avait aussi rapporté, le 17 décembre 2014, au cours de la 2^{ème} année de formation en tant qu'assistant de bureau (soit un cursus moins exigeant que celui d'employé de commerce) que l'intéressé était peu autonome, qu'il formulait de nombreuses demandes pendant son travail, que la qualité de ce travail n'était pas suffisante et que la rentabilité était dans la moyenne, mais variable selon l'intérêt ou la difficulté (dos. AI 121). Qui plus est, le SMR n'a discuté ni de l'avis d'une formatrice du dernier employeur, qui avait expliqué au cours d'une séance du 27 juin 2017, que même si le rendement était difficile à évaluer, celui-ci se situait entre 50% et 75%, ni le point de vue du dernier employeur exprimé les 29 octobre et 4 novembre 2019, selon lequel le rendement se situait autour de 80% pour les tâches accomplies uniquement sur ordinateur, mais de 50% pour les tâches de classement et d'archivage ("Protokoll per 04.12.2020", p. 35). Il n'a pas non plus pris en compte le fait que, selon l'école professionnelle du recourant, la vue de celui-ci semblait avoir baissé au cours de la dernière année de formation ("Protokoll per 04.12.2020", p. 18 s. et 21 s., voir aussi p. 28). Enfin, on ne saurait ignorer que le centre de formation professionnelle avait attesté (au terme du rapport de coaching du 16 février 2016) que le dernier employeur s'était montré bienveillant envers le recourant. Il avait d'ailleurs laissé du temps à disposition de celui-ci pour faire ses devoirs au cours de

son apprentissage, ainsi que pour préparer ses examens et effectuer ses révisions (dos. AI 203/1, 217/1 et 217/3; ce qui n'était pas autorisé pour les autres apprenants; "Protokoll per 04.12.2020", p. 19). Le dernier employeur avait au demeurant initialement déclaré qu'il était "sceptique quant à la [...] réussite [d]es examens" ("Protokoll per 04.12.2020", p. 23). L'intéressé a d'ailleurs échoué lors de la première passation de ses examens et aucune place de travail n'a pu lui être proposée par son ancien employeur, une fois son CFC d'employé de commerce obtenu.

5.4.4 Dans ces circonstances, on ne saurait donc admettre que l'évaluation de la capacité de travail du dernier employeur (dont les organes ne sont du reste pas médecins, voir à ce propos: ATF 140 V 193 c. 3.2; SVR 2017 IV n° 75 c. 4.1.1) s'impose au degré de preuve requis (voir c. 2.5). Ce faisant, en tant que le SMR s'est essentiellement basé sur cette évaluation s'agissant de la capacité de travail, il s'est livré à un raisonnement qui n'est ni probant, ni convaincant. Les conclusions du SMR ne sauraient ainsi l'emporter face à celles de l'ophtalmologue/ophtalmo-chirurgien traitant (voir c. 4.1.5). Cela vaut d'autant plus que le SMR ne s'est pas non plus prononcé au sujet de l'état de fatigue du recourant (qui diminuerait encore son acuité visuelle après quelques heures, voir c. 4.1.5 et 4.1.6).

5.4.5 Il convient finalement encore de relever que l'avis de l'ophtalmologue traitant, selon lequel le recourant présente une capacité de travail de 60%, n'est pas non plus probant pour permettre de statuer valablement sur le taux d'invalidité de l'assuré. Cet avis n'est pas suffisamment circonstancié pour servir à lui seul de base pour déterminer l'état de santé du recourant, ainsi que sa capacité de travail et de rendement exigible objectivement, le cas échéant avec une description d'un profil d'activité. Il manque également une description de l'évolution de cette capacité de travail pour la période couverte par la demande.

6.

Sur le vu de tout ce qui précède, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée. La cause doit être renvoyée à l'intimé pour une

instruction médicale complémentaire mettant en œuvre une expertise pluridisciplinaire, à tout le moins ophtalmologique et neurologique, prenant en compte tous les aspects médicaux affectant le recourant, après que la documentation médicale aura été complétée et actualisée (notamment par la production du rapport de 2009 du service de neuro-pédiatrie de l'hôpital universitaire précité, par l'obtention de la page manquante du rapport du 3 janvier 2013 et par le versement au dossier du rapport relatif à la consultation neurologique de début 2018; voir "Protokoll per 04.12.2020", p. 28 in initio). Dans ce contexte, l'intimé veillera aussi à clarifier l'ampleur de l'état de fatigue affectant le recourant, de même que les répercussions de celui-ci sur sa capacité de travail. Sur la base médico-théorique ainsi arrêtée, l'intimé procédera ensuite à une nouvelle évaluation de l'invalidité jusqu'à la date de sa nouvelle décision.

7.

7.1 Les frais de la procédure devant le TA, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de l'intimé, qui succombe (art. 69 al. 1^{bis} LAI et 108 al. 1 et al. 2 phr. 2 LPJA; JAB 2009 p. 186 c. 4). L'avance de frais du recourant lui est restituée.

7.2 Le renvoi de la cause à l'administration pour complément d'enquête et nouvelle décision, dans un litige concernant une rente AI, est considéré comme un gain de cause pouvant donner droit à l'octroi de dépens au sens de l'art. 61 let. g LPGA (ATF 137 V 57 c. 2.1, 132 V 215 c. 6.2). Cette règle s'applique indépendamment de la question de savoir si la partie recourante a conclu au renvoi ou si sa conclusion au renvoi a été prise à titre principal ou à titre subsidiaire (SVR 2017 KV n° 9 c. 9.1). Malgré ce gain de cause, il ne se justifie toutefois pas d'allouer de dépens – pas non plus sous forme d'indemnité de partie – au recourant, ce dernier n'ayant pas été représenté en justice et les efforts déployés dans le cadre de la présente procédure ne dépassant pas la mesure de ce que tout un chacun consacre à la gestion courante de ses affaires personnelles (art. 61 let. g LPGA; ATF 127 V 205 c. 4b et les références).

Par ces motifs:

1. Le recours est admis et la décision de l'Office AI Berne du 30 septembre 2020 annulée. La cause est renvoyée à cette autorité pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
2. Les frais de procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de l'Office AI Berne. L'avance de frais de Fr. 800.- versée par le recourant sera restituée lorsque le présent jugement sera entré en force.
3. Il n'est pas alloué de dépens, ni d'indemnité de partie.
4. Le présent jugement est notifié (R):
 - au recourant,
 - à l'intimé,
 - à l'Office fédéral des assurances sociales.

Le président:

Le greffier:

Voie de recours

Dans les 30 jours dès la notification écrite de ses considérants, le présent jugement peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public auprès du Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, au sens des art. 39 ss, 82 ss et 90 ss de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110).