

200.2020.95.AI

N° AVS
NIG/REN

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

Jugement du 11 mai 2021

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente
M. Moeckli et C. Tissot, juges
G. Niederer, greffier

A. _____
représenté par Me B. _____
recourant

contre

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

relatif à une décision de ce dernier du 20 décembre 2019



En fait:

A.

A. _____, né en 1972, marié et père de deux enfants mineurs, est entré en Suisse en 2002. Au bénéfice d'une formation d'ingénieur mécanicien, il a travaillé en dernier lieu en cette qualité et à 100% jusqu'au 31 mai 2014, date à laquelle il a perdu son emploi. Il a ensuite bénéficié de prestations de l'assurance-chômage.

Dans le contexte d'une incapacité de travail à 100% intermittente depuis juillet 2013, attestée dans le dernier emploi depuis janvier 2014 et après une communication par formulaire de détection précoce adressée à l'Office AI Berne et datée du 20 janvier 2014 par l'assuré, ce dernier a déposé une demande de prestations pour adultes (mesures professionnelles et rente) de l'assurance-invalidité (AI) au moyen d'un formulaire du 20 février 2014, en invoquant souffrir de rétinopathie diabétique bilatérale sévère et d'ischémie rétinienne décelées en 2013.

B.

Saisi de cette demande, l'Office AI Berne a pris en charge les coûts d'une évaluation technique pour personne malvoyante, obtenu les rapports établis à l'issue de cette mesure et requis des documents médicaux d'une clinique ophtalmologique. Il a ensuite accordé une mesure professionnelle du 25 août au 9 novembre 2014 (formation technique initiale pour personne malvoyante; prolongée jusqu'au 25 janvier 2015). Le 3 novembre 2014, après avoir consulté le Service médical des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR), qui s'était déterminé dans un rapport du 30 octobre 2014, l'Office AI Berne a rendu l'assuré attentif à son devoir de collaborer. Il lui a par ailleurs accordé le 27 janvier 2015 des indemnités journalières pour un délai d'attente, une orientation professionnelle le 13 février 2015, puis, par communication du 18 mai 2015, un stage en vue d'un reclassement à partir du 1^{er} juin 2015. L'Office AI Berne a aussi alloué à l'assuré des moyens auxiliaires, le 24 juillet 2015. Sur recommandation du SMR et après avoir à

nouveau sommé l'assuré de collaborer, l'Office AI Berne a mis en œuvre une expertise bidisciplinaire (ophtalmologique et psychiatrique) auprès d'un Centre d'observation médical de l'AI (COMAI, en l'occurrence le COMAI C. _____ à D. _____), qui a délivré ses conclusions le 8 septembre 2015. Suivant l'avis du SMR, l'Office AI Berne a en outre octroyé à l'assuré une allocation pour impotence de degré faible. Dans une communication du 16 décembre 2015, l'Office AI Berne a par ailleurs mis un terme à la mesure d'observation professionnelle (stage en entreprise). Il a ensuite accordé un quart de rente d'invalidité à l'assuré par décision du 29 avril 2016, prononcée nonobstant les objections formées par l'intéressé, représenté par un mandataire professionnel, contre une préorientation au contenu similaire datée du 11 janvier 2016. Le recours formé contre cet acte par l'assuré, défendu par un nouvel avocat et averti du risque que le maintien d'un tel recours aboutisse à une réforme de la décision à son détriment, a été rejeté par le Tribunal administratif du canton de Berne (TA) par jugement du 11 janvier 2017 (VGE IV/2016/483), dans lequel le droit à un quart de rente a été nié.

C.

A nouveau saisi du cas, l'Office AI Berne a accordé de nouvelles mesures professionnelles puis, après avoir encore une fois rendu l'assuré attentif à son obligation de collaborer, mis un terme à celles-ci malgré les objections de l'intéressé et de son avocat contre une préorientation au contenu identique, du 1^{er} mars 2017. L'Office AI Berne a alors actualisé le dossier médical (notamment par des rapports de deux cliniques ophtalmologiques, d'un cabinet médical et d'un centre hospitalier). En se fondant sur des avis du SMR des 22 novembre 2017, 11 et 16 janvier 2018, l'Office AI Berne a aussi recueilli un rapport neurologique et organisé une expertise psychiatrique, dont les conclusions ont été fournies le 18 mars 2019. Il a encore recueilli un rapport d'enquête pour l'allocation d'impotence du 31 octobre 2019 et actualisé une nouvelle fois la documentation médicale. L'Office AI Berne a alors confirmé le droit de l'assuré à une allocation pour impotence de degré faible. Par décision du 20 décembre 2019, il a reconnu

le droit de l'assuré à trois-quarts de rente d'invalidité depuis le 1^{er} février 2017, confirmant une préorientation au contenu similaire du 17 juin 2019.

D.

Par acte du 3 février 2020, le recourant a recouru contre la décision du 20 décembre 2019 auprès du TA, en concluant en substance à l'annulation de cette dernière, en tant qu'elle se limite à ne reconnaître qu'un droit à trois-quarts de rente, voire au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision, le tout sous suite de frais et dépens. Représenté par un nouveau mandataire professionnel, le recourant a requis le bénéfice de l'assistance judiciaire (limitée aux frais de procédure) par envoi du 17 février 2020. Au moyen d'une prise de position du 3 mars 2020 et dans le délai prolongé qui lui a été imparti pour ce faire par ordonnance du 18 février 2020, le recourant a encore complété sa requête et produit deux rapports médicaux. La requête d'assistance judiciaire a été rejetée par décision incidente du 4 mars 2020. A la même date, le recourant a versé au dossier deux nouvelles pièces justificatives (PJ). Il a versé l'avance de frais et également produit un document le 2 avril 2020. Dans sa réponse du 20 avril 2020, l'intimé a conclu au rejet du recours. Répliquant par envoi du 27 avril 2020, auquel était joint un nouveau rapport médical, le recourant a confirmé ses conclusions. L'intimé en a fait de même dans sa duplique du 12 mai 2020. Par écrit du 20 mai 2020, l'avocat du recourant a finalement informé le TA qu'il renonçait à produire une note d'honoraires et qu'il laissait le soin à ce dernier de fixer le montant des dépens éventuels.

En droit:

1.

1.1 La décision du 20 décembre 2019 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et reconnaît le droit du recourant à trois-quarts de rente à partir du 1^{er} février 2017. L'objet du litige porte sur l'annulation de cette décision en tant qu'elle n'alloue que trois-quarts de rente, ainsi que sur l'octroi d'une rente entière d'invalidité, voire au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Sont particulièrement critiqués par le recourant le fait que l'intimé n'a pas tenu compte des effets de ses troubles neurologiques sur sa capacité de travail, de même que l'avis de ce dernier, selon lequel il serait en mesure de mettre à profit sa capacité de travail résiduelle.

1.2 Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente et par une partie disposant de la qualité pour recourir, représentée par un mandataire dûment constitué, 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. 15 et 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. 83 LPGA). Contrairement à l'incapacité de travail, est déterminante ici, non pas l'aptitude de la personne assurée à accomplir un travail dans son domaine professionnel, mais la capacité de gain qui, après l'application des mesures de traitement et de réadaptation, subsiste, pour elle, dans une profession quelconque entrant en ligne de compte sur un marché équilibré du travail. La perte ou la réduction de cette capacité est considérée comme une incapacité de gain (ATF 130 V 343 c. 3.2.1). 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 (art. 7 al. 2 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 LPG).

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).

3.

3.1 Dans la décision attaquée, l'intimé a retenu qu'en raison des problèmes de vue du recourant, ainsi que de la diminution de sa capacité de concentration et de sa tolérance à l'effort, celui-ci pouvait assumer une activité légère en position changeante (avec un plan de travail amovible) à 80% avec une réduction du rendement de 25%, dès lors que la vitesse d'exécution est limitée. L'intimé a précisé qu'aucune activité nécessitant une position debout ou assise stricte n'était exigible, de même que les travaux au niveau des épaules, le port de charges loin du corps, les tâches accomplies sur une échelle ou un échafaudage, en antéflexion du tronc, ainsi qu'en position agenouillée ou accroupie. L'intimé a ensuite fixé le taux d'invalidité en comparant le revenu que le recourant pourrait percevoir dans une activité adaptée (sur la base de données statistiques, après indexation et adaptation du montant à un horaire de travail habituel, de même qu'en tenant compte d'un abattement de 5% du fait que les domaines d'activité possibles sont réduits) avec le revenu qui a été perçu auprès du dernier

employeur, parvenant ainsi à un taux de 60% ouvrant un droit à trois-quarts de rente. Dans sa réponse, l'intimé a ajouté que, selon le SMR, la situation ophtalmologique devait être considérée comme un état terminal, si bien que les rapports produits à l'appui du recours ne pouvaient faire état d'une aggravation en la matière. L'intimé a donc indiqué qu'il n'y avait aucune lacune dans l'instruction médicale. En duplique, il a relevé qu'une nouvelle consultation survenue en janvier 2020 n'avait pas permis de déceler des éléments qui pourraient influencer la capacité de travail et il a indiqué que le fait que le recourant consulte régulièrement un ophtalmologue n'a aucune conséquence sur l'exercice d'une activité lucrative au taux retenu.

3.2 Dans son recours du 3 février 2020, l'intéressé soutient en revanche que l'intimé n'a pas tenu compte du rapport neurologique versé au dossier, qui a mis en évidence une possible neuropathie débutante des membres inférieurs. Selon le recourant, cette affection limite aussi sa capacité de travail. Partant, il affirme que la décision entreprise a été rendue prématurément et que l'instruction aurait dû se poursuivre. Par ailleurs, dans ses écrits subséquents des 3 mars et 27 avril 2020, le recourant relève que même s'il a été retenu par l'intimé et par le TA (dans son jugement du 11 janvier 2017) qu'il est hypothétiquement capable d'exercer à plein temps une activité adaptée à son état de santé (à savoir un travail qui convient à une personne non-voyante), se pose encore la question de savoir si l'exercice d'une telle activité est possible sur le premier marché de l'emploi. En effet, le recourant rappelle qu'il est sujet à un fort taux d'absentéisme puisqu'il a besoin de se rendre environ trois fois par semaine en urgence à l'hôpital pour une prise en charge de plusieurs heures en raison de ses problèmes oculaires. Il écrit par conséquent que sa situation se distingue de celle des autres personnes atteintes de cécité, relevant qu'il n'est quant à lui pas en mesure de mettre à profit sa capacité de travail résiduelle auprès d'un employeur qui imposerait des exigences de rendement et de résultat. D'après le recourant, seul un travail en milieu protégé serait dès lors envisageable. Le recourant rappelle d'ailleurs que cet avis a aussi été évoqué par l'expert psychiatre le 18 mars 2019.

4.

En l'espèce, le dossier permet de constater les faits principaux suivants.

4.1 Avec sa demande de prestations, le recourant a, parmi de nombreux autres documents médicaux et professionnels, joint un rapport d'une clinique ophtalmologique universitaire du 25 juillet 2013, dans lequel les diagnostics d'endophtalmie, de status après une opération de la cataracte le 19 juillet 2013 et d'une ponction effectuée d'urgence le lendemain (à gauche), de coagulation pan-rétinienne et remplacement du cristallin (pseudophakie) en juin 2013 (à droite), ainsi que de rétinopathie diabétique avec œdème maculaire traités par injections intravitréennes (des deux côtés) ont été retenus (dos. AI 12/7 et 309/87 ss; voir aussi dos. AI 309/83, 309/93, 309/97 et 309/104). Le recourant a aussi remis un rapport d'une polyclinique universitaire pour l'endocrinologie, la diabétologie et la nutrition clinique, du 19 janvier 2014, dans lequel ont en particulier été posés les diagnostics de diabète mellitus, le plus probablement de type 2 (depuis environ 2012), de pseudophakie à droite, de status après quatre injections intravitréennes (la dernière le 31 octobre 2013) et de status après une coagulation pan-rétinienne le 10 juillet 2013. De même, il a produit des documents médicaux d'une clinique ophtalmologique privée, dont il ressort que les diagnostics d'ischémie sévère pré/proliférante (le plus probablement diabétique), ainsi que de maculopathie diabétique (aux deux yeux) ont été posés, de même que de pseudophakie (le 21 juin 2013; dos. AI 11/16), de status après injections intravitréennes (dos. AI 11/2-15), une coagulation pan-rétinienne (à droite) et un état inflammatoire postopératoire après une vitrectomie (à gauche; voir dos. AI 11/4, 11/12-16).

4.2 Le 17 avril 2014, un ophtalmologue/ophtalmo-chirurgien de la clinique ophtalmologique précitée a posé le diagnostic (impactant la capacité de travail) de rétinopathie diabétique ischémique "sévérissime" avec risque de cécité bilatérale. Il a écrit que la vue du recourant était insuffisante pour travailler, la lecture étant presque impossible et le travail à l'écran, de même que la vérification de micro-pièces exclus lorsque la rétine est très gonflée. Il a ajouté que le rendement était réduit lorsque la vue baisse simultanément des deux côtés (entre les injections) mais jugé

que le travail exercé restait exigible à 100% tant que la vision le permettait, le pronostic étant cependant défavorable à long terme et une reprise de l'activité professionnelle n'étant pas à attendre (la vision étant très fluctuante). Il a conseillé une reconversion vers un travail administratif moins contraignant pour la vue.

4.3 Une organisation d'aide aux malvoyants a rédigé un rapport le 14 mai 2014 et indiqué que le recourant souffrait d'une soudaine réduction de la vue depuis 2013, ne parvenant plus à reconnaître les caractères d'écriture, souffrant d'une fatigabilité importante en cas d'effort visuel, d'éblouissement, de migraines et de sécheresse des yeux. En outre, il a été relaté que le recourant devait régulièrement interrompre son travail afin de subir des injections. Le 15 mai 2014, l'organisation a précisé que le recourant devait porter des lunettes et nécessitait un grossissement de 1,5 fois à droite et de 1 fois à gauche à une distance de 25 cm (l'acuité visuelle étant de 0.2 des deux côtés). Selon ce document, le recourant ne serait de plus capable de lire ou d'utiliser un ordinateur que pendant 1 heure à la fois, puis aurait besoin de faire une pause (de 10 à 15 minutes). Sa vision subirait aussi de fortes fluctuations durant la journée. Ainsi, l'atteinte a été jugée moyennement grave et le suivi d'un cours pour malvoyant, de même qu'un examen du poste de travail ont été conseillés (voir dos. AI 65/1 et 100/8). Dans son rapport final du 11 février 2015 (dos. AI 100/1), l'organisation a écrit que le handicap du recourant n'avait pas pu être déterminé au vu des absences de celui-ci et qu'il n'avait pas été possible de fournir des moyens auxiliaires appropriés.

4.4 La clinique ophtalmologique a adressé un nouveau rapport à l'intimé le 5 février 2015 et a posé le diagnostic (avec effet sur la capacité de travail) de rétinopathie diabétique non proliférante avec œdème maculaire ischémique sévère fluctuant (voir aussi dos. AI 96/4). Elle a précisé que le recourant souffrait de limitations visuelles massives et que la situation s'était détériorée depuis le 17 avril 2014, l'acuité visuelle ayant baissé et le champ de vision étant instable et significativement réduit. Selon cet écrit, l'état n'était du reste pas définitif. Des mesures professionnelles ont toutefois été jugées indiquées, soit une adaptation de la place de travail. Une incapacité de travail à 100% a été attestée pour une durée

indéterminée. Le 5 juin 2015, la clinique a encore posé les diagnostics (avec effet sur la capacité de travail) de rétinopathie diabétique non proliférante avec ischémie sévère, d'œdème maculaire diabétique (aux deux yeux), de status après une uvéite antérieure granulomateuse récidivante et d'ischémie postopératoire d'une partie du bulbe antérieur après une vitrectomie (à gauche). Elle a alors confirmé que la vue s'était détériorée depuis le 10 juillet 2013, jusqu'à une acuité visuelle de 0.12 aux deux yeux et un champ de vision inférieur à 20°. Une incapacité de travail à 100% a été attestée depuis le 4 juillet 2013.

4.5 Les conclusions de l'expertise bidisciplinaire (en ophtalmologie et psychiatrie) réalisée le 17 août 2015, ont été rédigées le 8 septembre 2015. Dans son volet psychiatrique, l'expert n'a retenu aucun diagnostic. Il a écrit que le recourant lui avait confié qu'il se sentait bien psychologiquement et a ajouté qu'aucune anomalie n'avait été constatée, les seules restrictions présentes étant celles liées à la vue. Partant, il a retenu qu'il n'existait pas de limitation de la capacité de travail d'un point de vue psychiatrique. Quant à l'expert ophtalmologue, il a retenu les diagnostics, pour les deux yeux (avec effet sur la capacité de travail), de trouble de l'humidification (ch. H19.3 de la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'Organisation mondiale de la santé), de pseudophakie de la lentille de la chambre postérieure de l'œil (ch. Z96.1 CIM-10), de rétinopathie diabétique non proliférante (ch. H36.0 CIM-10), d'œdème maculaire diabétique et de lésion de la rétine périphérique après une photo-coagulation pan-rétinienne. D'après l'expert, la réduction de l'acuité visuelle a été causée par l'œdème maculaire ainsi que par l'ischémie centrale et la diminution du champ de vision par une lésion liée à la photo-coagulation. L'expert a aussi relaté que le recourant ne disposait plus d'aucune vision stéréo. Il a conclu que, d'un point de vue ophtalmologique, le recourant présentait un statut de personne aveugle et qu'il subissait une réduction de la capacité de travail de 80% pour toute activité professionnelle exploitable dans le marché libre du travail et exigeant des facultés visuelles moyennes. Dans leurs conclusions interdisciplinaires, les experts ont confirmé leur appréciation, notamment celle selon laquelle le profil d'exigibilité correspond à celui d'une personne aveugle, sans limitation supplémentaire sous l'angle psychiatrique.

4.6 Le 7 février 2016, la clinique ophtalmologique a confirmé ses diagnostics (y compris diverses mesures thérapeutiques intervenues entretemps) et répété que l'évolution était fluctuante. Elle a ajouté que la situation était influencée par une hypertonie artérielle mal maîtrisée. Selon ce rapport, une nouvelle aggravation de l'acuité visuelle est survenue en juin 2015 du côté droit, en raison d'une hémorragie du corps vitré. Elle a précisé que la vision continuait de se détériorer malgré la mise en place d'une thérapie maximale et qu'une amélioration apparaissait très invraisemblable. La clinique a relevé que l'acuité visuelle était de 0.1 des deux côtés et le champ visuel de 10°, si bien qu'aucune activité ne pouvait être exercée.

4.7 Un cardiologue a retenu les diagnostics de douleurs thoraciques atypiques et de cardiopathie hypertensive (après avoir exclu une maladie coronarienne; dos. AI 271/22 et 298/4 ss) le 1^{er} décembre 2016. Suspectant une décompensation hypertensive ou une micro-angiopathie, il a conseillé d'adapter la thérapie anti-hypertensive et d'optimiser celle visant le diabète.

4.8 Une médecin praticienne d'un cabinet médical a aussi remis un rapport à l'intimé, le 20 février 2017 et retenu les diagnostics de trouble peu clair de la marche, de diabète mellitus de type 2, de maladie coronarienne, de cardiopathie hypertensive et d'infection à l'estomac (voir dos. AI 271/19 et 364/85). Elle a confirmé que l'état de santé s'était aggravé depuis 2015 et qu'il n'y avait pas lieu d'attendre d'amélioration, ajoutant qu'une activité adaptée était exigible (à temps partiel, sans utilisation d'un ordinateur et avec une luminosité suffisante) mais à 20% au regard des fréquentes absences dues aux consultations médicales (voir aussi dos. AI 286/24).

4.9 Le 28 février 2017, un neurologue a surtout posé le diagnostic de trouble fonctionnel de la marche (dès 2013; voir dos. AI 309/30-33, 309/58 et 309/105). Il a écrit que ce trouble se manifestait par une faiblesse de la jambe et par des problèmes de coordination, si bien que le recourant ne pouvait se déplacer qu'à raison de 10-15 minutes avant de devoir faire une pause. Il a ajouté que les problèmes visuels étaient certainement en cause, voire que l'affection revêtait un caractère psychogène, le statut neurologique étant normal et aucune lésion organique n'ayant été décelée.

4.10 Un endocrinologue/diabétologue a remis un rapport à l'intimé le 29 mai 2017 et notamment retenu le diagnostic de diabète mellitus de type 2, d'insuffisance rénale et de sensible handicap de la vue (voir dos. AI 309/14). Il a ajouté que le recourant souffrait d'hypertension artérielle, de dyslipidémie et d'une maladie de reflux, relevant que le diabète n'était pas encore maîtrisé et pronostiquant une intensification de la thérapie. Il a relevé que l'atteinte visuelle constituait le problème principal, le recourant étant presque aveugle.

4.11 Le 7 juin 2017, un spécialiste en ophtalmologie de la clinique universitaire a posé les diagnostics (avec effet sur la capacité de travail) de kérato-conjonctivite sicca, de rétinopathie diabétique avec œdème maculaire (aux deux yeux) et d'inflammation chronique de la chambre antérieure de l'œil gauche. Il a précisé que l'acuité visuelle (corrigée) était de 0.1 des deux côtés et que le recourant n'était plus en mesure de lire ou de conduire. Réservant son pronostic, il a attesté une incapacité de travail à 100% dès le 28 avril 2017.

4.12 Le 5 août 2017, la médecin praticienne précitée a confirmé ses diagnostics et ajouté que le recourant présentait à présent un léger trouble dépressif, la qualité de vie de son patient s'étant nettement détériorée. Le pronostic a été jugé mauvais et une incapacité de travail à 100% attestée dès juin 2014, pour une durée indéterminée.

4.13 Dans un rapport du 13 novembre 2017, une spécialiste en neurologie du SMR a retenu le diagnostic (avec effet sur la capacité de travail) de diabète mellitus de type 2 et les atteintes en découlant dont les affections ophtalmologiques, de même que (sans effet sur la capacité de travail) de trouble fonctionnel de la marche, de syndrome radiologique isolé et de status après une possible radiculite. Elle a relevé que le recourant présentait des sensations électriques dans tout le corps depuis 2013 et rappelé qu'une IRM avait mis en lumière de petites lésions hyperintenses. Elle a toutefois souligné que, selon l'avis d'une neurologue consultée en 2013, le statut neurologique était alors normal (dos. AI 309/105-109 et PJ 8 du courrier du recourant du 3 mars 2020). Elle a conseillé la réalisation d'un consilium neurologique en vue de détecter une éventuelle polyneuropathie.

4.14 La spécialiste en psychiatrie/psychothérapie du SMR (après s'être entretenue avec l'ophtalmologue traitant, la spécialiste en réadaptation, avoir résumé la documentation médicale et avoir procédé à un examen personnel) s'est prononcée le 27 novembre 2017 et n'a pas retenu de diagnostic psychiatrique, écrivant toutefois que le recourant était sujet à d'importantes ruminations et que sa résistance psychique commençait à diminuer. Elle a conclu qu'un traitement psychiatrique/psychopharmacologique n'était pas indiqué et spécifié que le profil d'exigibilité issu du rapport d'expertise bidisciplinaire demeurait valide mais qu'il fallait décharger le recourant des facteurs de stress et de contrainte afin de ne pas le déstabiliser sur le plan psychique et de causer la perte irréversible de ses excellentes ressources psychiques (voir dos. AI 334, 336 et 338).

4.15 Un spécialiste en rhumatologie et en médecine interne du SMR s'est aussi déterminé le 11 janvier 2018. Après avoir rappelé les diagnostics retenus dans la documentation figurant au dossier, il a relaté que le recourant présentait une acuité visuelle corrigée de 0.1 des deux côtés avec un champ visuel de 10° et précisé que la situation actuelle, s'agissant des problèmes oculaires, constituait un état terminal. Il a ajouté que l'intéressé ne présentait aucune limitation objective sur le plan cardiaque, avancé que les restrictions découlant de sa légère insuffisance rénale étaient déjà prises en compte dans le profil d'exigibilité provenant de l'expertise et écrit qu'il en allait de même au niveau ostéo-articulaire. En confirmant ce profil, le spécialiste a donc conclu qu'une activité légère s'exerçant en position changeante (avec un plan de travail amovible), n'exigeant pas de position debout ou assise stricte, ni de devoir travailler au niveau des épaules, sur une échelle/un échafaudage, en positions répétées en antéflexion du tronc, agenouillée ou accroupie, ni le port de charges loin du corps, était exigible à 80% avec une réduction de rendement de 25% (du fait d'une vitesse d'exécution réduite).

4.16 La spécialiste en psychiatrie et psychothérapie du SMR a résumé les rapports de ce service en date du 16 janvier 2018 et conclu que, sur le plan psychiatrique, il convenait d'attendre la fin des traitements ophtalmologiques et les résultats du consilium neurologique, puis d'établir si la situation était stable ou si elle s'était dégradée depuis le dernier examen.

La spécialiste a en effet expliqué qu'il fallait tenir compte de cet aspect dans la mise en œuvre de mesures de réadaptation.

4.17 La clinique ophtalmologique universitaire précitée a posé les diagnostics de rétinopathie diabétique proliférante avec œdème maculaire diabétique (aux deux yeux) ainsi que d'uvéite récidivante avec inflammation chronique de la chambre antérieure (à gauche) le 18 juillet 2018. Selon ce rapport, sans correction, le recourant serait capable de compter sur ses doigts (avec chaque œil). En outre, il a été indiqué qu'une stabilisation était espérée grâce aux injections mais qu'une détérioration était probable. Elle a précisé que seul un emploi adapté à une personne aveugle était exigible, la capacité de travail étant entière dans une telle activité.

4.18 Le 26 octobre 2018, la spécialiste en psychiatrie/psychothérapie du SMR a encore commenté un rapport neurologique d'un centre hospitalier, du 15 janvier 2018, dans lequel il a été conclu qu'il existait un doute sur la présence d'une polyneuropathie sensitive débutante. La spécialiste a écrit que le recourant ne présentait pas de déficit neurologique au niveau des mains et des doigts, si bien qu'il fallait retenir qu'il était pour l'heure capable de lire en braille. Néanmoins, elle a ajouté que ce rapport n'indiquait pas à partir de quand la situation allait se dégrader et qu'il n'était pas possible de définir s'il se justifiait économiquement que le recourant apprenne le braille.

4.19 Un second expert spécialisé en psychiatrie/psychothérapie a délivré un rapport le 18 mars 2019 et posé le diagnostic (sans effet sur la capacité de travail) de dysthymie (ch. F34.1 CIM-10). Il a notamment évoqué que le recourant se plaignait d'une souffrance psychologique quotidienne, soit de préoccupations quant à son avenir, qu'il était sujet à des ruminations mortifères envahissantes, à un moral changeant, à une perte d'estime de soi, ainsi qu'à un sentiment de honte et de culpabilité. Il a toutefois relevé que le recourant ne présentait pas d'idée suicidaire, de ralentissement psychomoteur et d'altération de son attention ou de sa concentration. Il a dès lors retenu que la capacité de travail était de 100% sur le plan psychique/psychiatrique et a confirmé l'appréciation du SMR. Le pronostic a néanmoins été jugé défavorable à moyen et à long terme.

4.20 Le 12 avril 2019, la spécialiste du SMR a résumé que la capacité de travail du recourant était de 20% depuis le 17 décembre 2013, avec une réduction de rendement de 25% dès 2016/2017. Elle a encore confirmé le profil d'exigibilité posé par le spécialiste en rhumatologie et en médecine interne de ce service puis, sur le plan psychiatrique/psychothérapeutique, renvoyé au rapport d'expertise du 18 mars 2019 (voir aussi dos. AI 434/4).

4.21 Dans un rapport d'enquête pour l'allocation d'impotence, du 31 octobre 2019, il a été spécifié que le recourant poursuivait ses traitements par injection et que ceux-ci étaient suivis d'une période de quatre semaines durant laquelle sa vision était davantage réduite, si bien qu'il nécessitait alors une aide plus importante. Le rapport indique encore que le recourant a besoin de soins permanents le jour (voir aussi dos. AI 446/2) et d'une aide pour se déplacer à l'extérieur. Il ne serait pas non plus apte à tenir le ménage ainsi que d'assumer les autres tâches quotidiennes mais pourrait toutefois se mouvoir à l'intérieur, se nourrir et faire sa toilette (son épouse l'assistant cependant de manière régulière: voir également dos. AI 443/5 et 458/6).

4.22 Devant le TA, le recourant a déposé des rapports des cliniques ophtalmologiques, des 2 octobre (demande d'un deuxième avis) et 13 novembre 2019 (deuxième avis), ainsi qu'un courrier à l'avocat du 10 mars 2020, dont il ressort que le nouveau diagnostic de décompensations récurrentes de la pression intraoculaire a été retenu et que depuis janvier 2017, la vision s'est restreinte de 0.05 à 0.04. Il en découle aussi que le recourant se présente régulièrement pour des contrôles mais que la situation n'est pas stable et qu'il n'y a pas lieu d'attendre que la pression intraoculaire puisse être maîtrisée. Enfin, le recourant a produit un rapport de la clinique universitaire, du 17 février 2020, dans lequel le diagnostic précité a été confirmé. Ce document répète que l'acuité visuelle du recourant lui permet de compter sur ses doigts et spécifie que des contrôles mensuels sont nécessaires, la thérapie étant cependant bien tolérée.

5.

La décision attaquée se fonde essentiellement sur les rapports d'expertise des 8 septembre 2015 et 18 mars 2019, de même que sur les rapports du SMR des 11, 16 janvier et 26 octobre 2018. Se pose ainsi la question de la force probante de ces documents médicaux.

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 LPG. 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 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, à juste titre, le recourant ne critique pas la force probante des rapports d'expertise, ni celle des écrits du SMR. En effet, les experts, dont les qualifications ne sauraient être remises en cause, ont procédé à un examen personnel du recourant, ont pris en compte ses plaintes subjectives, son anamnèse détaillée (familiale, personnelle, sociale et professionnelle) ainsi que l'ensemble des documents médicaux versés en procédure (voir en particulier dos. AI 161.1/4-7 et 421.1/4-10). Les résultats ont dès lors été arrêtés en pleine connaissance du dossier. Les conclusions des experts et des spécialistes du SMR sont par ailleurs détaillées, étayées et elles ne laissent pas apparaître d'élément permettant de soupçonner des lacunes lors de la genèse de ces documents médicaux. Partant, d'un point de vue formel, ces différents rapports répondent aux exigences posées par la jurisprudence, s'agissant de la valeur probante de telles pièces.

5.4

5.4.1 D'un point de vue matériel et sur le plan psychique/psychiatrique tout d'abord, il apparaît que, dans la dernière expertise du 18 mars 2019, le second expert consulté a retenu le diagnostic (sans effet sur la capacité de travail) de dysthymie, en expliquant de façon pertinente que le recourant s'était plaint d'une souffrance psychique durant l'entretien et qu'il s'était montré mal à l'aise et renfermé sur lui-même. L'expert a souligné de manière compréhensible que l'intéressé avait peu de loisirs (si ce n'est de marcher au bras d'un proche) et que ses relations sociales étaient en régression depuis des années. Il a aussi relaté que le recourant ne pouvait se projeter dans l'avenir et que ses problèmes de vue étaient une source de morosité ainsi que d'abattement. L'expert a encore précisé de façon probante que la souffrance morale de l'intéressé avait totalement englobé

son quotidien et son futur (dos. AI 421.1/12 s.), que son incapacité à reprendre son métier l'avait assombri et qu'il se sentait ostracisé, rejeté et empreint d'un sentiment d'incomplétude. Néanmoins, l'expert s'est également montré convaincant en soulignant que le recourant ne présentait aucune altération de la mémoire, de l'attention, de la vigilance ou de ralentissement psychomoteur, qu'il ne souffrait pas d'angoisses récurrentes, qu'il n'avait pas d'idées suicidaires (mais des préoccupations de ruine) et qu'il conservait de l'appétit et un sommeil adéquat. L'expert a en outre posé son diagnostic après avoir exclu ceux d'état de stress post-traumatique, de fonctionnement anxieux, d'attaque de panique, de phobie, de trouble obsessionnel ou de l'adaptation, de même que de modification durable de la personnalité (dos. AI 421.1/14 s.). Partant, la conclusion tirée de ce volet de l'expertise, à savoir que le recourant présente une capacité de travail entière d'un point de vue psychiatrique, est cohérente. Cela vaut d'autant plus que l'expert s'est expressément rallié à l'avis exprimé le 27 novembre 2017 par la spécialiste en psychiatrie/psychothérapie du SMR (dos. AI 421.1/16) qui, même si elle n'avait alors pour sa part retenu aucun diagnostic, avait également conclu que le recourant était sujet à des ruminations qui ne justifiaient pas un traitement et qu'il devait être préservé sur le plan psychique (voir c. 4.14).

5.4.2 Quant à l'aspect somatique, dans le rapport d'expertise du 8 septembre 2015, on peut constater que l'expert ophtalmologue a posé ses diagnostics après avoir constaté que l'acuité visuelle corrigée du recourant était de 0.05 à droite et de 0.1 à gauche (s'agissant de la vision à distance), ainsi que de moins de 0.1 des deux côtés (concernant la vision de près). Il a du reste confirmé que le recourant ne disposait plus d'une vision stéréo (dos. AI 161.1/12). C'est donc de façon probante qu'il a retenu que, du point de vue ophtalmologique, le recourant devait être assimilé à une personne aveugle et qu'il présentait une réduction de 80% de sa capacité de travail pour toute activité imposant des exigences moyennes en matière visuelle. L'expert a aussi spécifié de manière logique que les places de travail comportant un danger potentiel (par l'utilisation de machines ou l'usage d'échafaudages) n'étaient pas appropriées (dos. AI 161.1/13). Partant, les conclusions de cet expert ne sauraient être critiquées. Ces dernières correspondent du reste aux différents avis qui ont

été exprimés à la suite de l'expertise par les cliniques ophtalmologiques ayant suivi le recourant (voir c. 4.6 et 4.11), de même que par la médecin praticienne consultée par l'intéressé (qui a toutefois également motivé la réduction de la capacité de travail à 20% du fait des absences nécessitées par les consultations médicales, voir c. 4.8) et par la fondation auprès de laquelle le recourant a accompli une mesure relative au marché du travail, organisée par les organes de l'assurance-chômage au printemps 2017 (dos. AI 337/8; voir aussi dos. AI 207/2). Ce faisant, l'appréciation formulée par le spécialiste en rhumatologie et en médecine interne du SMR, selon qui l'état de santé du recourant présente un développement de lésions irréversibles aux yeux, qui entraîne des limitations majeures de l'exigibilité et n'a de cesse de s'aggraver malgré les traitements prodigués (dos. AI 344/3 s.) apparaît cohérente. De même, en rappelant que, selon l'expertise bidisciplinaire, le recourant doit être appréhendé comme une personne aveugle (en termes d'exigibilité) et en expliquant que l'état de santé ophtalmologique a atteint un état terminal d'un point de vue assécurologique (du fait notamment qu'il n'existe pas de chance d'amélioration), le spécialiste du SMR s'est prononcé de façon convaincante. Il en a fait de même en signalant qu'il n'existait pas d'atteinte cardiologique, néphrologique ou angiologique susceptible d'avoir un impact sur la capacité de travail ou sur le rendement. En effet, les rapports cardiologiques figurant au dossier ne permettent pas d'infirmier une telle affirmation (voir c. 4.7), à l'instar de ceux émis par l'endocrinologue et diabétologue du recourant (voir c. 4.10). Le recourant n'a par ailleurs pas prétendu le contraire dans son recours et ses écrits subséquents. Enfin, en retenant qu'une activité adaptée à une personne aveugle ne peut s'avérer physiquement contraignante et que, par conséquent, seules des tâches légères doivent être prises en considération, le spécialiste du SMR a formulé un avis concluant. Il en va de même des explications de ce service, selon lesquelles une baisse de rendement de 25% doit encore être prise en considération, du fait que les tâches et la vitesse d'exécution du recourant sont limitées (dos. AI 344/5; voir aussi p. 18 s. du "Protokoll per 20.04.2020", notes des 17.07.2015 et 29.07.2015). Enfin, on ne voit rien non plus à redire au fait que ce spécialiste a retenu que le profil d'exigibilité permettait déjà de tenir compte des lésions dégénératives au niveau lombaire (dos. AI 344/4 s., voir également dos. AI 309/50 et 309/113 ainsi

que 421.1/11 in initio). Par conséquent, le profil d'exigibilité formulé par ce spécialiste, dans son rapport du 11 janvier 2018, précise de façon probante celui émis par les experts.

5.4.3 S'agissant de savoir si l'intimé a omis de tenir compte des constatations obtenues sur le plan neurologique (qui démontreraient la présence d'une possible neuropathie débutante des membres inférieurs), comme l'intéressé le soutient dans son recours et son envoi du 17 février 2020, il sied de constater ce qui suit. Le 11 janvier 2018, le spécialiste en rhumatologie et en médecine interne du SMR a souligné qu'une polyneuropathie périphérique était à envisager. Ce spécialiste ne s'est toutefois pas prononcé au sujet de l'existence éventuelle de complications neurologiques dues au diabète, expliquant que ce point devait (et allait) être examiné plus spécifiquement par un(e) neurologue (dos. AI 344/4). C'est ainsi que l'intimé a d'abord diligencé un consilium neurologique (voir dos. AI 338/23, 365/1 et 384/1) et obtenu le rapport d'un spécialiste en neurologie d'un centre hospitalier (voir c. 4.18), qui a alors confirmé qu'il existait un doute sur une polyneuropathie sensitive débutante. Certes, il est vrai que ce rapport a surtout été requis dans le but de déterminer si le recourant disposait d'une sensibilité suffisante au niveau des mains et s'il était en mesure d'apprendre le braille (dos. AI 364/2), de sorte que, par sa spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, le SMR s'est ensuite limité à retenir que l'existence d'une neuropathie débutante des membres inférieurs n'était pas pertinente pour l'apprentissage du braille (dos. AI 367/1). Néanmoins, l'intimé ne s'est pas contenté de ce résultat, puisqu'il a encore mis en œuvre l'expertise psychiatrique du 18 mars 2019. En effet, le but de cette mesure était essentiellement d'éclaircir la question de savoir si le problème neurologique du recourant (à savoir un trouble de la marche), revêtait un caractère psychogène (dos. AI 397/1), comme cela avait été retenu le 28 février 2017 par le spécialiste en neurologie du centre hospitalier consulté par l'intimé (voir c. 4.9), celui-ci ayant insisté sur le fait que ce trouble n'était pas dû à une cause neurologique objectivable (dos. AI 364/48). S'il est vrai que l'expertise du 18 mars 2019 ne discute pas expressément cet aspect, force est cependant de constater que l'expert a bel et bien tenu compte du rapport précité de la neurologue (qu'il a cité et résumé parmi la documentation médicale pertinente, voir dos. AI 421.1/6).

Dans ces circonstances, on ne saurait dès lors retenir, comme le fait le recourant, que l'intimé n'a pas pris en considération la problématique de la neuropathie débutante des membres inférieurs. Au contraire, il découle du dossier que l'intimé a établi à suffisance (soit à un degré de vraisemblance prépondérante, degré de preuve déterminant en droit des assurances sociales; voir ATF 144 V 427 c. 3.2, 138 V 218 c. 6) que le recourant ne subissait aucune diminution (venant empirer celle découlant déjà de son affection visuelle) de sa capacité de travail en lien avec son trouble de la marche. Par conséquent, il apparaît que les conclusions tirées des rapports d'expertise des 8 septembre 2015 et 18 mars 2019, en lien avec les écrits du SMR des 11, 16 janvier et 26 octobre 2018, sont complètes, cohérentes et convaincantes, de sorte qu'il y a lieu de leur accorder une pleine valeur probante.

6.

6.1 Reste à examiner le grief du recourant, selon lequel il ne serait pas en mesure de mettre à profit sa capacité de travail résiduelle (voir p. 2 de la prise de position du recourant du 3 mars 2020).

6.2 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). Le revenu de l'activité raisonnablement exigible de l'assuré doit être déterminé en se référant aux conditions d'un marché du travail équilibré. Cette notion théorique et abstraite sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Le marché du travail équilibré se caractérise par un certain équilibre entre l'offre et la demande de main-d'œuvre et comprend un marché du travail qui présente un éventail des activités les plus diverses, en ce qui concerne aussi bien les exigences professionnelles et intellectuelles requises que l'engagement physique. Cette notion comprend également les emplois dits de niches, à savoir des offres de poste et de travail, dans lesquelles les personnes handicapées

peuvent compter sur une bienveillance sociale de la part de l'employeur. On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Le point de savoir si une mesure peut être exigée d'un assuré doit être examiné au regard de l'ensemble des circonstances objectives et subjectives du cas concret (SVR 2017 IV n° 64 c. 4.1, 2008 n° 62 c. 5.1).

6.3 En l'espèce, il convient de souligner que selon un rapport établi par la fondation dans laquelle le recourant a accompli une mesure relative au marché du travail (organisée par l'assurance-chômage) prévue du 19 avril au 16 mai 2017 mais interrompue le 22 avril 2017, celui-ci a eu besoin de soutien et de plusieurs explications durant l'accomplissement de ses tâches car il ne parvenait pas à voir les instructions imaginées (voir aussi dos. AI 161.1/12). Il ressort en outre de ce document que, même si la qualité de son travail correspondait aux attentes (s'agissant en l'occurrence d'un travail de feutrage), le rythme de travail était néanmoins inférieur à la moyenne (voir aussi en ce sens: dos. AI 161.1/8 et 161.1/12, ainsi que dos. AI 421.1/12 § 4). La fondation a conclu que les travaux nécessitant l'utilisation des yeux et des mains (petits travaux) n'étaient pas adaptés, de même que les tâches exercées sur ordinateur, qui étaient suivies d'une aggravation des symptômes pouvant aller jusqu'à exiger une hospitalisation (dos. AI 337/7 s.; voir aussi dos. AI 260/1 et p. 21 du "Protokoll per 20.04.2020", note du 29.09.2015). Dès lors, la fondation a écrit qu'une reconversion dans le domaine administratif (projetée initialement, voir dos. AI 99/1, 135/1 et p. 2, 15, 17 et 24 du "Protokoll per 20.04.2020") n'était désormais plus d'actualité (voir p. 22 s. du "Protokoll per 20.04.2020"). On notera d'ailleurs qu'après s'être inscrit à l'assurance-chômage, les organes de cette dernière ont fini par réduire leurs exigences, s'agissant du nombre de recherches d'emploi minimum, par manque de perspectives réalistes (dos. AI 367/5). De plus, une fois qu'ils ont pris connaissance du rapport de la fondation précitée, les organes de l'assurance-chômage ont renoncé à orienter le recourant dans le domaine commercial et ont préconisé une reconversion professionnelle dans un domaine socio-éducatif, voire dans un "autre domaine de type HES ou universitaire" (voir aussi dos. AI 135/1). En effet, selon la fondation et en ce qui concerne les compétences du recourant, il a été expliqué que le point fort de celui-ci constituait sa facilité de contact et ses facultés de management (négociation, organisation du

travail, gestion de projet, coordination des activités mais également maîtrise des langues et connaissances interculturelles). Or, la fondation a signalé que le recourant devait se rendre régulièrement en consultation pour suivre ses thérapies (notamment deux à quatre fois par mois pour des injections lorsque la pression oculaire est trop élevée) et qu'il présentait ensuite des absences imprévisibles pouvant aller jusqu'à dix jours (voir aussi en ce sens: dos. AI 421.1/17 § 2 et 135/1, de même que c. 4.22). La fondation a donc retenu que les compétences principales du recourant nécessitaient une présence et une disponibilité que ce dernier ne pouvait garantir et, partant, qu'elles étaient difficiles à mettre en pratique, si bien que la réinsertion du recourant s'annonçait compliquée. Du rapport d'enquête pour l'allocation d'impotence du 31 octobre 2019, il apparaît de plus que le recourant a besoin de l'aide de son épouse pour se voir administrer des gouttes oculaires 19 fois par jours (larmes artificielles et traitement de son uvéite, ainsi que pour la réduction de la pression oculaire), pour le contrôle de son taux de glycémie, pour des injections d'insuline à raison de quatre à cinq fois durant la journée, de même que pour préparer les médicaments et les ingérer au bon moment. Ces constatations ont du reste été confirmées par la médecin praticienne du recourant (dos. AI 446/2) et par la fondation précitée (dos. AI 337/7 s.). Partant, dans ces circonstances, force est de reconnaître avec le recourant (voir p. 2 de la prise de position du 3 mars 2020 et la réplique du 27 avril 2020), que les perspectives de réinsertion de l'intéressé, même sur un marché du travail équilibré, apparaissent très limitées. Cet avis correspond du reste à celui qui avait été formulé par les experts, tant en 2015 (dos. AI 161.1/14) qu'en 2019 (dos. AI 421.1/18). En particulier, la seule piste envisagée, soit l'enseignement, semble difficile à concrétiser, le recourant n'étant pas en mesure de lire, d'écrire ou d'utiliser un ordinateur (donc de préparer, de suivre et de commenter un support de cours, d'établir et de corriger des examens écrits ou de surveiller une classe lors d'épreuves ou d'exercices; voir c. 5.4.2 et dos. AI 161.1/11 et 421.1/10). On peine d'autant plus à imaginer que le recourant puisse assumer une telle activité que l'intéressé ne dispose d'aucune formation pédagogique et qu'un travail de nature administrative a expressément été jugé inadapté (l'enseignement exigeant en principe tout de même de devoir accomplir un certain nombre de tâches administratives, notamment rendre des rapports, dresser des

listes et des bulletins de notes ou encore rédiger de la correspondance). Par ailleurs, pour les mêmes raisons, on ne voit pas quelle autre profession le recourant pourrait entreprendre (pour une liste des principaux métiers accomplis par des personnes malvoyantes: voir p. 23 de l'étude sur le handicap visuel et le marché du travail de l'université de Zurich et de la HES SO, disponible à l'adresse: www.zhaw.ch/fr → Recherche; voir aussi VGE IV/2011/37 du 2 mai 2011 c. 3.2 et 5.3.2, IV/2012/130 du 15 juin 2012 c. 4.3.2, IV/2007/68569 du 5 novembre 2009 c. 6.1, IV/2005/66192 du 20 février 2006 c. 3.4). De surcroît, ainsi que la psychiatre/psychothérapeute du SMR l'a souligné de façon pertinente dans son rapport du 16 janvier 2018, le recourant ne souffre pas d'une atteinte visuelle congénitale ou acquise durant l'enfance, à laquelle il aurait pu s'adapter au fil des ans (voir c. 4.3). Il ne dispose par conséquent d'aucune stratégie compensatoire correspondante (dos. AI 338/27). Certes, le TA avait relevé en 2017 que le recourant, âgé de moins de 50 ans et qui dispose d'importantes ressources (notamment d'une formation, de qualifications, ainsi que de compétences sociales, comme relevé ci-avant), pouvait utiliser des moyens auxiliaires et acquérir les stratégies et facultés nécessaires afin de prévenir une incapacité totale de travail (voir VGE IV/2016/483 du 11 janvier 2017 c. 3.4.1). Cependant, l'aggravation de l'état de santé de l'intéressé survenue depuis ce jugement (dos. AI 344/3 s.) ne lui permet plus dorénavant de recourir à de tels moyens (un agrandissement, un appareil de lecture ou un synthétiseur vocal, moyens qui avaient été jugés adaptés et efficaces par l'organisation d'aide aux malvoyants, lors de l'examen de la place de travail du recourant en 2015; voir dos. AI 168/2 s.). Il s'ensuit que la question de savoir si le recourant n'a pas entrepris tous les efforts qui pouvaient être exigés de lui lors de la formation technique initiale pour personne malvoyante que lui a accordée l'intimé (question à laquelle la spécialiste du SMR a dans l'intervalle répondu par la négative au moyen d'une motivation détaillée et convaincante, voir dos. AI 338/27 s.) ne joue plus aucun rôle à ce stade. En conclusion et au vu de tout ce qui précède, il sied d'admettre que les activités accessibles au recourant n'existent que sous une forme particulièrement restreinte, même sur un marché du travail équilibré, si bien que selon la vraisemblance prépondérante, il semble d'emblée exclu pour l'intéressé de trouver un emploi (voir SVR 2017 IV n° 64 c. 4.1, 2011 IV n° 6 c. 4.2.4). Partant, il convient de reconnaître que

le recourant n'est pas en mesure de mettre à profit sa capacité de travail résiduelle sur un tel marché. C'est donc à tort que l'intimé a déterminé le taux d'invalidité du recourant en lui imputant un revenu d'invalidé. Cette manière de procéder ne saurait d'ailleurs être compensée par la prise en compte d'un abattement de 5% sur le revenu statistique d'invalidé (que l'intimé a du reste précisément justifié par le fait que les domaines d'activités possibles sont réduits).

6.4 En conséquence, il apparaît d'emblée que le taux d'invalidité du recourant est supérieur à celui de 70% ouvrant le droit à une rente entière d'invalidité (voir c. 2.3). En effet, en procédant à une comparaison des revenus (voir c. 6.2) avec un revenu d'invalidé nul, le taux d'invalidité est de 100%, quel que soit le montant du revenu sans invalidité. Le recourant a donc droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} février 2017, soit dès le mois suivant le jugement qui, en raison d'un défaut de collaboration à l'instruction du dossier, avait annulé le quart de rente alloué par décision du 29 avril 2016. On peut en effet admettre qu'au cours de cette procédure de recours, le recourant a changé d'attitude, ce qui s'est concrétisé par l'élaboration et la signature d'un plan de réadaptation, à la première étape duquel le recourant a participé dès le 23 janvier 2017 (dos. AI 216/1, 228/2 et 242). Quand bien même l'état ophtalmologique s'est encore détérioré depuis janvier 2017, les rapports médicaux établis depuis décembre 2010 (voir c. 4.7 à 4.12) montrent déjà que la perspective d'un emploi sur le marché ordinaire du travail à cette époque n'était plus réaliste, ce que la synthèse des médecins du SMR a rétroactivement confirmé (voir c. 4.20).

7.

7.1 En conclusion, le recours est admis en tant que le recourant peut prétendre une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} février 2017 (et non à trois-quarts de rente). L'intimé procédera au calcul du montant des rentes dues (y compris les rentes pour enfants).

7.2 Les frais de la procédure de recours, 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 LPJA; JAB 2009 p. 186 c. 4). L'avance de frais versée sera restituée.

7.3 Le recourant, qui obtient gain de cause dans la présente procédure et qui est représenté par un mandataire professionnel, a droit à l'octroi de dépens (art. 61 let. g LPGA et art. 104 al. 1 LPJA). Ce dernier ayant renoncé à produire une note d'honoraires, les dépens, à mettre à la charge de l'intimé, sont fixés à un forfait de Fr. 1'500.- (TVA comprise), vu la complexité objective de la procédure judiciaire et la pratique du TA dans des cas semblables (voir notamment la Circulaire du 16 décembre 2009 sur la fixation des honoraires et des dépens dans les litiges en matière d'assurances sociales en cas de représentation par un organisme reconnu d'utilité publique, consultable sur le site internet du TA: www.justice.be.ch/ta → Téléchargements & publications).

Par ces motifs:

1. Le recours est admis et la décision attaquée annulée en tant qu'elle n'octroie pas plus que trois-quarts de rente d'invalidité. Une rente entière d'invalidité est allouée au recourant à partir du 1^{er} février 2017. L'intimé fera procéder au calcul et au versement de cette prestation, ainsi que des rentes pour enfants qui en dépendent et rendra la ou les décision(s) nécessaire(s).
2. Les frais judiciaires, 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. L'Office AI Berne versera au recourant un montant de Fr. 1'500.- (débours et TVA compris) au titre de dépens pour la procédure judiciaire.
4. Le présent jugement est notifié (R):
 - au mandataire du recourant,
 - à l'intimé,
 - à l'Office fédéral des assurances sociales,et communiqué (A):
 - à E._____.

La présidente:

Le greffier:

Voie de recours

Dans les 30 jours dès la notification 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).