

S1 24 133

ARRÊT DU 1^{ER} JUIN 2026

**Tribunal cantonal du Valais
Cour des assurances sociales**

Composition : Candido Prada, président ; Frédéric Fellay et Matthieu Sartoretti, juges ;
Alice Vanay, greffière

en la cause

A. _____, recourant, représenté par Maître Ophélie Hauser, avocate au sein d'Inclusion
Handicap, Berne

contre

OFFICE CANTONAL AI DU VALAIS, Sion, intimé

(quotité de la rente d'invalidité, devoir d'instruction, abattement)

Faits

A. A._____, né le xx.xx.1994, a déposé, le 12 juin 2019, une demande de prestations d'assurance-invalidité pour adultes, en particulier d'allocation pour impotent, en raison d'une neuropathie optique de Leber sur mutation génétique 11778. Il a étendu cette demande à des mesures d'ordre professionnel et à une rente d'invalidité le 28 juin suivant, précisant avoir suivi une formation à plein temps auprès du Centre de formation professionnelle technique de LIEU_1 d'août 2009 à novembre 2012, avant de devoir l'interrompre pour des raisons médicales (pièces 2 et 9 du dossier d'assurance-invalidité, d'où toutes les pièces mentionnées ci-dessous sont tirées).

Le 24 juillet 2019, la Dresse B._____, spécialiste FMH en ophtalmologie, a rapporté le diagnostic de neuropathie optique de Leber, l'anamnèse familiale étant positive. Son patient présentait les symptômes de cécité légale et de photophobie, pour lesquels aucun traitement n'était envisagé. Il avait dû interrompre son apprentissage en troisième année et n'avait pas d'activité lucrative. Selon l'ophtalmologue, il n'y avait pas de réelles limitations dans l'accomplissement des tâches ménagères, l'assuré étant toutefois inapte à la conduite. La possibilité d'une réadaptation professionnelle, de même que le taux d'occupation et le rendement dépendaient du travail exercé (pièce 22).

Le 31 octobre 2019, le Prof. C._____, spécialiste FMH en neuro-ophtalmologie à l'Hôpital ophtalmique Jules-Gonin, a transmis à l'OAI son rapport du 10 février 2014. Il en ressort notamment que, si l'assuré était porteur d'une mutation homoplasique 11778, le praticien ne trouvait pas de signe objectif de neuropathie optique pouvant expliquer la diminution de son acuité visuelle. Il pensait qu'une certaine composante fonctionnelle non organique était surajoutée chez son patient (pièce 34).

Dans son avis du 20 novembre 2019, le Dr D._____, spécialiste en médecine interne au Service médical régional Rhône (ci-après : SMR), a indiqué que l'incapacité de travail était totale dans l'activité antérieure depuis novembre 2012 et que l'atteinte visuelle avait certainement empêché l'assuré de mener à bien sa formation dans le domaine de la micromécanique robotique. D'un point de vue médico-théorique, celui-ci pouvait toutefois exercer à plein temps, depuis toujours, une activité adaptée proscrivant une forte luminosité, le travail de nuit ou avec des couleurs, les conditions en clair/obscur et la conduite automobile. Il appartenait au Service de réadaptation de l'OAI (ci-après : Service REA) de vérifier l'existence d'une telle activité sur le premier marché du travail puis d'évaluer sur le terrain une certaine diminution de rendement (pièce 43).

Constatant que des mesures d'intervention précoce n'étaient pas possibles, notamment en raison de la crise sanitaire du COVID-19, l'OAI a informé l'assuré, par communication du 20 mai 2020, qu'il poursuivait l'instruction administrative de sa demande de prestations AI (pièces 70 et 71).

Au vu des nombreuses incohérences relevées par le Service REA, le SMR a demandé, le 27 mai 2020, qu'une expertise ophtalmologique soit effectuée afin de préciser l'atteinte à la santé de l'assuré, ainsi que ses limitations fonctionnelles et sa capacité de travail, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée (pièces 72 et 74).

Le 13 août 2020, le Dr E._____, spécialiste FMH en ophtalmologie à la Clinique de l'œil, a rendu un rapport d'expertise soulignant qu'il existait indéniablement des incohérences significatives entre le diagnostic présumé et les résultats des examens cliniques et paracliniques du 12 août précédent. Etant donné ces résultats et le caractère subjectif de l'acuité visuelle, l'expert a conclu qu'il n'y avait pas d'éléments objectifs habituellement décrits dans la littérature lui permettant de retenir le diagnostic de neuropathie optique de Leber. Il a néanmoins précisé que le risque pour l'assuré de développer cette maladie était de 50 %. Dans ce contexte d'incohérence et de plausibilité douteuse, l'estimation de la capacité de travail et des limitations fonctionnelles dans toute activité ne pouvait s'effectuer que sur la base d'une enquête familiale élargie, ainsi que d'examens complémentaires électrophysiologiques et d'une évaluation psychiatrique (pièce 89).

Le 2 octobre 2020, le médecin du SMR a indiqué que les informations en sa possession étaient insuffisantes pour répondre aux questions habituelles. Il a dès lors demandé à l'expert de procéder à des investigations complémentaires à l'Hôpital ophtalmique Jules-Gonin puis de rédiger un complément d'expertise (pièce 92).

Dans un compte-rendu envoyé le 18 novembre 2020 à l'expert, le Prof. C._____ a indiqué avoir examiné l'assuré le 9 novembre précédent, rappelant l'avoir déjà eu en consultation en janvier 2014. Le spécialiste a rapporté ce qui suit : « ce patient est porteur d'une mutation homoplasmique au locus 11778 de son ADN mitochondrial et il est issu d'une famille dont sept membres présentent une baisse de vision. [...] La présentation est atypique puisque l'acuité visuelle est très abaissée, alors que la vision des couleurs est préservée et que la tomographie par cohérence optique (TCO ou OCT) ne montre aucune diminution de l'épaisseur du RNFL (« retinal nerve fiber layer ») ou du RGCL (« retinal ganglion cell layer »). Depuis l'avènement du dépistage génétique, de plus en plus de cas de neuropathie optique de Leber atypique sont mis en évidence

et il est probable que ce jeune patient en fasse partie. Je relève que les tests de dépistage d'atteinte non organique que j'ai pratiqués ont tous été effectués correctement et que les résultats sont compatibles avec une vraie dysfonction visuelle. La photophobie présentée par ce patient est assez importante et atypique pour une neuropathie optique. Je souligne qu'il ne s'agit pas seulement d'une plainte subjective mais que l'examen à la lampe à fente et celui du fond de l'œil étaient douloureux pour ce patient, avec la conséquence d'un épiphora assez marqué. La photophobie était suffisamment importante pour qu'un électrorétinogramme (ERG) multifocal ne puisse pas être effectué » (pièce 94).

Le Dr E._____ a fait parvenir son rapport complémentaire à l'OAI le 3 décembre 2020 (pièce 99). Il a relevé qu'étaient décrits dans le rapport du 18 novembre 2020 un champ visuel sans scotomes et non évocateur d'une neuropathie optique de Leber, un nerf optique cliniquement non évocateur de cette neuropathie, une OCT normale non évocatrice d'une telle affection ainsi qu'une vision des couleurs préservée. La seule incohérence notable entre l'expertise d'août 2020 et les examens de novembre suivant concernait le nombre d'individus atteints de la maladie de Leber dans la famille de l'assuré, qui était passé de trois à sept entre ces deux dates. L'expert a ajouté que l'intéressé avait refusé des examens de potentiels évoqués visuels (PEV) et d'ERG sous prétexte d'une photophobie importante. Sur ce point, le Dr E._____ a fait valoir que, dans la mesure où l'assuré portait en permanence des verres solaires très sombres, il était tout à fait normal d'être ébloui lors d'une exposition à la lumière. L'argument de la photophobie douloureuse, elle-même atypique pour une neuropathie optique de Leber, ne pouvait pas être retenu. Seuls les examens susmentionnés, refusés par l'intéressé, auraient permis de diagnostiquer la maladie en question. L'expert a conclu que, pour l'heure et jusqu'à preuve du contraire, il n'existait aucun élément objectif clinique et/ou paraclinique propre à établir une neuropathie optique de Leber, que la capacité de travail était totale, sans limitations fonctionnelles, mais que l'état ophtalmologique devait être considéré comme instable, au vu de la probabilité de 50 % de développer la maladie en présence de la mutation 11778 (pièce 98).

Le 4 décembre 2020, le médecin du SMR a estimé qu'il n'y avait pas de raison de s'écarter de l'avis de l'expert, que l'assuré ne présentait aucune atteinte incapacitante à la santé et que, en conséquence, sa capacité de travail avait toujours été entière dans toute activité adaptée à ses compétences (pièce 96).

B. Dans un projet de décision établi le 9 décembre 2020, l'OAI a proposé le refus d'une rente d'invalidité et de mesures d'ordre professionnel, estimant que l'assuré ne

présentait aucune atteinte à la santé physique, mentale ou psychique d'une gravité telle qu'elle justifiait une incapacité de travail. Rien ne l'empêchait d'exercer une activité lucrative à plein temps avec un rendement normal (pièce 100).

Par courrier du 19 janvier 2021, complété le 26 janvier suivant, l'assuré a formulé des objections au sujet du projet précité. Il a reproché à l'expert de n'avoir pas mentionné la perte de son acuité visuelle constatée en 2012 déjà par plusieurs ophtalmologues et confirmée en août 2020 par le Prof. C._____, précisant que c'était cette diminution de sa vue qui était handicapante au quotidien (pièces 101 et 104).

Par décision du 3 février 2021, l'OAI a refusé à l'assuré l'octroi d'une rente d'invalidité et de mesures d'ordre professionnel, considérant que les objections des 19 et 26 janvier 2021 n'étaient pas de nature à modifier ses conclusions (pièce 105).

C. Le 2 mars 2021, l'assuré a interjeté recours céans contre la décision du 3 février précédent, concluant, sous suite de frais et dépens, au renvoi du dossier à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Il a fait valoir que l'expert avait nié toute incapacité de travail non pas sur des bases médicales, mais sur la base d'un prétendu manque de collaboration. Le Dr E._____ avait balayé sans explication toutes les limitations pourtant dûment constatées par le Prof. C._____ et n'avait pas non plus tenu compte de la baisse de l'acuité visuelle toutefois constatée par d'autres ophtalmologues. Le recourant a également invoqué que les conclusions de l'expert, non probantes, ne pouvaient être retenues et que l'OAI aurait dû poursuivre l'instruction du dossier (pièce 114).

Dans sa réponse du 1^{er} juin 2021, l'OAI a conclu à l'admission du recours et à l'annulation de la décision attaquée. Il a exposé que les critiques du recourant avaient été soumises au SMR et que, dans son avis du 11 mai 2021, celui-ci avait reconnu l'absence de détermination de l'expert sur l'existence d'une forme atypique de la neuropathie optique de Leber suggérée par le Prof. C._____, de même que la nécessité de modifier les appréciations médicales antérieures et de procéder à des mesures d'instruction complémentaires, soit à une nouvelle expertise ophtalmologique, voire à une expertise psychiatrique en l'absence d'atteinte à la santé ophtalmologique (pièces 119 et 121).

Par jugement du 17 août 2021, la Cour de céans a admis le recours et annulé la décision du 3 février 2021, renvoyant le dossier à l'OAI pour instruction complémentaire, conformément aux recommandations du médecin du SMR (nouvelle expertise ophtalmologique réalisée en milieu universitaire avec les différentes investigations jugées utiles par l'expert ; en cas de confirmation de l'absence d'atteinte à la santé

ophtalmologique, une évaluation psychiatrique devait être envisagée), voire à celles du recourant (autres mesures proposées par le Dr E._____, mise en œuvre d'une nouvelle expertise ou mise en place des mesures d'observation abandonnées en 2020 du fait de la pandémie). Comme allégué par le recourant, le complément d'expertise était lacunaire et n'avait pas force probante, de sorte que l'intimé ne pouvait pas valablement se fonder sur ce rapport pour rendre la décision querellée (pièce 125).

D. Dans son avis du 22 septembre 2021, le médecin du SMR a indiqué qu'il convenait de planifier une nouvelle expertise ophtalmologique en milieu universitaire vu la complexité du cas afin de préciser, par le biais d'une anamnèse familiale détaillée, d'un examen clinique approfondi et d'examens complémentaires spécialisés (OCT, PEV-ERG, ERG multifocal, autres examens éventuellement nécessaires selon l'expert) si l'assuré présentait effectivement une atteinte à la santé ophtalmologique de type neuropathie optique de Leber ou d'une autre origine, quelles étaient les répercussions fonctionnelles qui en découlaient et quelle était la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée respectant lesdites limitations fonctionnelles. L'expert devait également se prononcer sur la date à laquelle était survenue l'éventuelle atteinte à la santé du point de vue ophtalmologique (pièce 127).

L'expertise a été confiée à la Prof. F._____, médecin cheffe au sein du service d'ophtalmologie du département des neurosciences cliniques des Hôpitaux Universitaires de LIEU_1 (ci-après : HUG). L'assuré a été examiné le 11 mars 2022 de 9 à 15 heures. Il ressort du rapport du 23 août 2022, co-signé par la susnommée et le Dr G._____, médecin interne au sein du même service, que l'intéressé présentait une baisse de vision bilatérale à 1/10^{ème}, ainsi qu'une mutation ponctuelle homoplasmique ou locus 11778 de son ADN mitochondrial, dont les effets typiques pourraient être une neuropathie optique de Leber. Pour cette raison, il présentait un risque de 50 % de développer cette pathologie. Toutefois, après une révision approfondie de la littérature, les experts ont retenu que le diagnostic de neuropathie optique de Leber semblait incompatible avec les examens cliniques et paracliniques effectués (notamment l'examen des cellules ganglionnaires), mais également avec l'évolution des résultats des examens paracliniques, lesquels restaient inchangés entre 2014 et 2022. La situation ne s'était ni aggravée ni améliorée depuis l'apparition des troubles. Ainsi, aucun élément objectif habituel, tel qu'une lésion organique des voies visuelles antérieures et des yeux, ne permettait d'établir que l'assuré présentait une neuropathie optique de Leber. En revanche, les experts ont attesté la présence, depuis 2012, d'un handicap visuel qui ne s'expliquait pas par une lésion organique. Selon eux, un travail où la conduite était

nécessaire n'était sûrement pas adapté au handicap visuel de l'assuré. Il en allait de même d'un travail de près et minutieux. S'agissant de la durée de travail, les praticiens se sont ralliés à l'appréciation de l'intéressé, qui pensait être capable de travailler au maximum 6 heures par jour, entre 3 et 4 jours par semaine, en raison d'un risque de fatigue important, ajoutant que la performance de l'assuré serait probablement réduite en raison de la baisse de vision subjective et de l'épiphora. Dans un même paragraphe, les experts ont fixé la capacité de travail à 40 %, puis à 100 % dans toute activité. Comme la baisse de l'acuité visuelle subjective n'avait pas été objectivée par les examens effectués, une amélioration semblait probable. Les experts ont conclu en réitérant que l'importante baisse de vision ne pouvait pas être expliquée par une atteinte organique mais probablement par une atteinte fonctionnelle à investiguer (pièce 155).

Dans son avis du 8 septembre 2022, le SMR a considéré que le rapport d'expertise ophtalmologique du 23 août précédent n'était pas suffisamment précis, les experts ayant notamment omis de se prononcer sur l'hypothèse d'une neuropathie optique atypique retenue par le Prof. C. _____ dans son rapport du 18 novembre 2020. Le rapport d'expertise ne contenait par ailleurs aucun diagnostic remplissant les critères de la CIM-10, et tant les limitations fonctionnelles que la capacité de travail étaient celles estimées par l'assuré. Une contradiction a été relevée s'agissant de la capacité de travail, laquelle avait été arrêtée à 40 % puis à 100 %. Pour éclaircir ces différents points, il était indispensable d'adresser des questions complémentaires aux experts (pièce 159).

Par pli du 8 septembre 2022, l'OAI a donné la possibilité à l'assuré de formuler d'éventuelles questions à l'attention des experts (pièce 158).

Le 20 septembre 2022, l'intéressé a relevé, à titre liminaire, que le Dr G. _____ n'était pas l'expert mandaté par l'OAI, puisqu'il s'agissait de la Prof. F. _____. Or, cette dernière n'avait jamais vu ni discuté avec l'assuré alors que c'était justement l'expérience de la praticienne qui était recherchée. Au surplus, l'intéressé a rappelé que le SMR avait indiqué qu'à défaut de problème organique, il serait nécessaire de mettre en œuvre une expertise psychiatrique. Le rapport d'expertise mentionnant un trouble fonctionnel, il était indispensable de compléter l'appréciation par une telle expertise. Enfin, l'assuré a demandé que les questions des limitations fonctionnelles et de la capacité de travail soient clarifiées (pièce 160).

Les experts ont répondu aux questions complémentaires de l'OAI le 12 décembre 2022. Ils ont tout d'abord réitéré n'avoir trouvé aucune lésion organique des voies visuelles antérieures ni des yeux pouvant expliquer la baisse de vision objectivée de l'assuré, ainsi

qu'aucune atteinte de type neuropathie ophtalmique de Leber, l'état des cellules ganglionnaires excluant fortement ce diagnostic. En revanche, était présent un handicap visuel (avec une acuité visuelle autour de 1/10^{ème}) qui pouvait être expliqué par une atteinte de type fonctionnel. Selon la classification internationale CIM-10, ce type d'atteinte était représenté par le code H53.1 de la section 7. La Prof. F. _____ et le Dr G. _____ ne retenaient pas le diagnostic de neuropathie optique de Leber atypique avancé par le Prof. C. _____ dans son rapport du 18 novembre 2020, dès lors que les nerfs optiques de l'assuré, de même que l'examen des cellules ganglionnaires, du RNFL et de l'OCT maculaire étaient dans la norme. De plus, pas de scotome central ou ceco-central n'était retrouvé à l'examen du champ visuel. Les limitations fonctionnelles objectives à prendre en compte étaient la baisse de vision et l'épiphora bilatérale, lesquelles entraînaient des répercussions notamment sur l'utilisation d'écrans (téléphone portable, ordinateur), sur la lecture de livres (2 ou 3 pages au maximum avant d'être trop fatigué), sur la perception du vent, du froid et de la lumière (fort éblouissement à la lumière naturelle et au soleil mais également impossibilité de travailler dans des endroits trop sombres). L'assuré ne pouvait pas conduire mais se déplaçait facilement avec les transports publics. Il était capable de s'habiller sans aide, de faire sa toilette et de préparer ses repas, pour autant que les conditions lumineuses le permettent. En conformité avec les déclarations de l'assuré, les experts ont indiqué que la capacité de travail médico-théorique était nulle dans un travail de près et minutieux, tels que micro-mécanicien. Dans une activité adaptée, une incapacité de travail autour de 60 % leur semblait justifiée (pièce 165).

Le 10 mars 2023, le SMR a considéré que le diagnostic de troubles de la vision sans substrat organique décelable (H53.1) imposait d'évaluer les répercussions fonctionnelles concrètes de la baisse sévère de l'acuité visuelle annoncée avant de se prononcer sur la capacité de travail de l'assuré. Une évaluation multidisciplinaire des capacités fonctionnelles pendant un court séjour à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) était préconisée (pièce 170).

L'assuré a été évalué à la CRR les 12, 13, 20 et 26 juin 2023. Il ressort du rapport d'évaluation pluridisciplinaire des capacités fonctionnelles du 28 juillet 2023 que l'assuré ne se disait pas déprimé et n'avait jamais nécessité de suivi psychothérapeutique ni de traitement psychotrope. Les tests neuropsychologiques n'avaient pas révélé de ralentissement ni de fatigabilité et n'avaient pas montré de signe évoquant un trouble visuel d'origine centrale. D'une façon générale, l'évaluation a objectivé de bonnes compétences cognitives, avec une légère faiblesse en mémoire verbale. Au chapitre de

la cohérence, il est relevé qu'en dépit d'un ton revendicateur à l'égard des assurances sociales et du marché du travail (avec une ambivalence, l'assuré reconnaissant avoir des capacités résiduelles à se réinsérer professionnellement mais refusant les différents stages proposés et se montrant fataliste quant à son employabilité sur le marché du travail libre), l'intéressé s'était impliqué correctement dans les différentes tâches requises. *In fine*, il n'y avait pas de limitation fonctionnelle d'un point de vue neuropsychologique, notamment dans la perspective de nouveaux apprentissages. L'évaluation ergothérapeutique d'une durée de 4 heures avait permis d'observer que l'éblouissement du soleil impactait de manière significative la vision des contrastes, la vision des bas contrastes étant diminuée. L'ensemble des activités testées, à savoir se déplacer dans des espaces publiques, utiliser un téléphone portable, faire des courses dans une grande surface commerciale et préparer un repas, avaient bien été réalisées, mais à une vitesse ralentie avec des mécanismes de compensation. Sur le plan neuro-ophtalmologique, une acuité visuelle bilatérale fortement abaissée subjectivement avait été observée. En revanche, le champ visuel statique ne montrait pas de scotome significatif central et était réalisé de manière adéquate. De même, le champ visuel périphérique était complet. Il n'était dès lors pas possible de retenir la présence d'une neuropathie de Leber en l'absence de lésion organique. L'ensemble de ces éléments orientait vers un trouble de type non organique ou trouble visuel fonctionnel. S'agissant de l'éblouissement déclaré par l'assuré, l'atteinte blépharo-conjonctivale pouvait y contribuer. La possibilité d'explorer médicalement les causes et les thérapies d'une possible sécheresse oculaire a été discutée avec l'intéressé. Les évaluateurs aux ateliers professionnels n'ont pas observé de fléchissement de la qualité ou du rythme de travail sur la durée en dépit d'un rendement largement en-dessous des normes. L'assuré a réalisé l'ensemble des tâches en se montrant actif dans leur passation. Ces quelques incohérences ont néanmoins été relevées : capacité à écrire dans un tableau versus difficulté à lire, déplacement relativement fluide versus difficulté à voir des boulons, ainsi que des autolimitations en particulier dans la vitesse d'exécution qui manquent là aussi de cohérence (marche fluide versus lenteur pour s'asseoir). Les évaluateurs s'étonnaient, de plus, des difficultés à faire passer les boulons dans l'orifice alors qu'ils étaient repérés sans difficulté et que la mise des écrous sur la face cachée ne posait que peu de problème. Ces incohérences nuançaient la gravité du handicap visuel de l'assuré. En lieu et place du diagnostic H53.1 (troubles subjectifs de la vision), les experts de la CRR suggéraient d'opter pour le concours d'un expert psychiatre, les troubles fonctionnels relevant de la catégorie F44.6 étant du domaine psychiatrique. Il en allait de même pour définir si des mesures thérapeutiques pouvaient être proposées. Au vu des évaluations et observations précitées, les experts de la CRR estimaient que les compétences

visuelles, et plus précisément le champ visuel complet, la stéréotaxie et l'accommodation préservées, de même que les bonnes compétences cognitives, pouvaient être valorisées dans une activité adaptée à condition d'être menée conjointement avec des spécialistes basse vision de la Fédération suisse des aveugles et malvoyants (ci-après : FSA), éventuellement des psychothérapeutes. Le taux dans une activité adaptée pouvait être estimé à 50 % initialement en raison de la diminution du rendement (lenteur de l'exécution des tâches). Une marge de progression existait au vu des résultats de différents tests. En ce qui concerne les limitations fonctionnelles, il fallait préconiser une activité plutôt répétitive, dans l'industrie légère afin de permettre à l'assuré de régler la distance avec les objets à manier, à l'abri d'un outillage à risque élevé de blessures (outils coupants, tranchants), sans travail en hauteur et sans échelles (pièce 181).

Le SMR a rendu un rapport final le 21 août 2023, admettant une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle d'apprenti micro-mécanicien dès novembre 2012 et retenant une capacité de travail de 50 % (100 % de présence avec 50 % de diminution de rendement) également dès novembre 2012, ceci en l'absence d'évolution péjorative de la symptomatologie qui était demeurée stable à partir de cette date. Les limitations fonctionnelles suivantes devaient être prises en considération : lenteur d'exécution des tâches, activité à l'abri d'un outillage à risque élevé de blessures (outils coupants, tranchants), pas de travail en hauteur, pas d'échelles, activité de type plutôt répétitive sédentaire, pas d'utilisation prolongée d'écrans, pas d'exposition à une lumière vive, activité tenant compte d'une acuité visuelle basse, pas de conduite automobile. Suite à la réception du rapport de la CRR, la situation de l'assuré avait fait l'objet d'une discussion le 17 août 2023 avec la Dresse H._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie de l'adulte et médecin du SMR, laquelle avait relevé que les symptômes de l'assuré étaient apparus dans un contexte difficile, ce dernier vivant avec une mère qui avait perdu la vue et ne pouvait plus rien faire sans aide et un père dépressif et sans emploi, il portait toutes les responsabilités sur ses épaules. La Dresse H._____ avait également noté que l'examen neuropsychologique, réalisé par une spécialiste expérimentée, ne mettait pas en évidence d'élément en faveur d'un trouble factice, pas plus que de signes permettant de mettre en doute la bonne foi du patient et la crédibilité de ses allégations, ceci quelle que soit la cause, organique ou fonctionnelle, de ses plaintes visuelles. Le diagnostic de trouble dissociatif (F44.6) pouvait être retenu. Elle précisait que l'assuré conservait des ressources lui permettant d'être autonome dans la plupart des activités quotidiennes et que les limitations des activités étaient partiellement uniformes dans tous les domaines. Les limitations fonctionnelles étaient d'ordre physique et en relation avec la symptomatologie visuelle que présentait l'intéressé. Un

accompagnement psychologique pouvait être recommandé afin de l'aider à prendre conscience et à accepter l'origine non organique de ses troubles visuels. En conclusion, le SMR a ajouté que la mise en valeur de la capacité médico-théorique de l'assuré nécessitait un accompagnement par l'OAI, conjointement avec des spécialistes basse vision de la FSA (pièce 183).

E. Le 30 octobre 2023, le Centre de compétences en psychiatrie et psychothérapie (ci-après : CCPP) a attesté que l'assuré était suivi depuis le 10 octobre précédent dans un contexte de péjoration aigüe de son état psychique en raison de différents facteurs externes (pièce 195). Lors d'un entretien téléphonique du lendemain, I._____, infirmier en psychiatrie au CCPP, a précisé que l'assuré, qui était temporairement reparti vivre à LIEU_1 avec sa mère, était en situation de crise à la suite de la séparation d'avec sa compagne. Il lui semblait indispensable qu'un diagnostic puisse être posé pour pouvoir mettre en place un suivi adéquat. Compte tenu des symptômes de l'intéressé, les hypothèses de psychose ou de trouble bipolaire étaient envisagées (pièce 197).

Dans son rapport d'examen du 22 novembre 2023, le Service REA est notamment arrivé à la conclusion qu'en l'état actuel de santé de l'assuré, il n'était pas apte à la réadaptation. Au vu de la situation de crise qu'il vivait, couplée à son trouble visuel d'origine probablement psychiatrique, les soins étaient prioritaires par rapport à la reprise d'une activité professionnelle (pièce 201). Le 7 décembre 2023, le Service REA a confirmé ce qui précède, précisant qu'au vu d'un rendement qui serait limité au terme d'une formation, du contexte psychosocial et des limitations fonctionnelles tant physiques que psychiques, la piste d'une formation certifiée, qui ne diminuerait pas le préjudice économique, était écartée. Cela d'autant plus que l'intéressé n'avait à l'heure actuelle pas la disponibilité pour s'engager dans d'éventuelles mesures. Enfin, le Service REA a ajouté que les postes proposés, à savoir ouvrier de conditionnement, caissier/billettiste, préparateur de commandes pour matériel léger, veilleur de nuit passif ou encore aide dans le domaine de l'intendance, étaient suffisamment représentés sur un marché équilibré du travail (pièce 208).

Le 7 décembre 2023, I._____ a informé l'OAI de l'arrêt du suivi à distance de l'assuré. Ce dernier n'avait pas voulu entreprendre les démarches nécessaires auprès de l'équivalent genevois du CCPP et n'était pas preneur d'un suivi psychiatrique, en partie parce que la période de crise était passée, quand bien même l'infirmier considérait qu'il avait besoin d'un suivi de fond (pièce 207).

Le 2 janvier 2024, l'assuré a annoncé à l'OAI qu'il se sentait mieux et qu'il avait l'opportunité de commencer un travail en tant que plongeur dans un restaurant. La mise en place d'une aide au placement via l'Office AI du canton de LIEU_1 (ci-après : OAI-GE) a été convenue (pièce 210). Le mandat d'aide au placement a été officiellement délégué à l'OAI-GE par pli du 11 janvier 2024 (pièce 214).

F. Dans son projet de décision du 29 janvier 2024, l'OAI a proposé d'octroyer à l'assuré $\frac{1}{2}$ rente extraordinaire AI, basée sur un taux d'invalidité de 59 % dès le 1^{er} décembre 2019, puis une rente extraordinaire s'élevant à 65 % d'une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} janvier 2024. Les calculs tenaient compte d'une capacité de travail de 50 % (journée entière avec rendement réduit de moitié) dans n'importe quelle activité légère et adaptée à son état de santé respectant les limitations fonctionnelles arrêtées par le SMR. Dès lors que l'intéressé n'avait jamais exercé d'activité lucrative régulière et durable, son revenu sans invalidité a été fixé selon le secteur 26 du tableau TA1 de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS), niveau de compétence 2, à un montant de 76'917 fr. 75 pour l'année 2013. Après abattement de 5 % et prise en compte du taux d'activité de 50 %, le revenu avec invalidité a été arrêté à 31'175 fr. 85 en 2013. La comparaison faisait ressortir, au 1^{er} novembre 2013, soit au terme du délai d'attente d'une année, un taux d'invalidité de 59 % donnant droit à $\frac{1}{2}$ rente. La demande de rente de l'assuré du 12 juin 2019 étant tardive, le versement de la rente AI ne pouvait prendre effet qu'au 1^{er} décembre 2019 au plus tôt, soit six mois après le dépôt de la requête. Conformément à la modification législative entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2024, l'OAI a revu son calcul sous l'angle de la déduction forfaitaire à prendre en considération sur le revenu avec invalidité fixé selon l'ESS. L'arrêtant à 20 % au vu de la situation de l'assuré au 1^{er} janvier 2024, le revenu avec invalidité a été fixé à 26'585 fr. 45 pour l'année 2024, ce qui portait le taux d'invalidité à 64.73 %, arrondi à 65 %, donnant droit au 65 % d'une rente entière (pièce 219). Ce projet a été confirmé tel quel par décision du 12 juillet 2024 (pièce 232).

G. A. _____ a recouru céans le 11 septembre 2024, concluant, sous suite de frais et dépens, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} décembre 2019 et, subsidiairement, au renvoi de la décision à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. A titre préalable, le recourant a conclu à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire contenant un volet psychiatrique, précisant qu'à défaut, le renvoi à l'OAI pour instruction complémentaire du volet psychiatrique devait être ordonné. Il a fait valoir que sans expertise psychiatrique, il ne pouvait être envisagé de conclusions probantes s'agissant de la capacité de travail. En n'investiguant pas cet aspect pourtant

essentiel à l'évaluation de la capacité de travail, l'intimé avait violé son devoir d'instruction. En précisant que la capacité de travail résiduel du recourant ne pouvait être valorisée qu'avec l'aide de spécialistes de basse vision, voire de psychothérapeutes, les experts de la CRR avaient admis que l'origine du trouble visuel était peut-être d'ordre psychiatrique. Le bref avis de la Dresse H._____ du SMR, laquelle avait posé le diagnostic de trouble dissociatif (F44.6), ne pouvait en aucun cas être considéré comme probant. Le recourant s'en est également pris à l'abattement retenu par l'OAI dans le calcul du revenu d'invalidité entre décembre 2019 et décembre 2023, le considérant comme insuffisant au vu notamment des nombreuses limitations fonctionnelles admises et des difficultés comportementales relevées, en particulier lors de l'évaluation en ateliers du 13 juin 2023 (absence de tolérance adéquate à la frustration, manque de capacité à assumer ses responsabilités et à faire preuve d'autonomie au travail, caractère impulsif). L'abattement devait dès lors être d'au moins 10 %, ce qui portait le taux d'invalidité à 61.5 % au minimum et ouvrait donc un droit à $\frac{3}{4}$ de rente d'invalidité du 1^{er} décembre 2019 au 31 décembre 2023.

Dans sa réponse du 26 novembre 2024, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a expliqué avoir interpellé le SMR quant à la question de la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique. Dans un avis du 19 novembre 2024, cosigné par les Drs J._____ et K._____, respectivement spécialistes en médecine légale et en psychiatrie et psychothérapie, le SMR a relevé qu'une analyse détaillée des capacités fonctionnelles du recourant avait été effectuée par le biais de l'évaluation pluridisciplinaire de la CRR. Il a ajouté que le diagnostic de trouble dissociatif était pertinent et remplissait les critères de la CIM-10. Une expertise psychiatrique ne serait par ailleurs pas de nature à modifier l'évaluation de la situation, laquelle avait déjà fait l'objet d'une évaluation par la psychiatre du SMR basée sur un status objectif réalisé à la CRR. En outre, les éléments postérieurs au dernier avis du SMR du 21 août 2023 ne témoignaient pas d'une aggravation de la situation dans le champ psychiatrique, sauf un épisode ponctuel. Il ne se justifiait dès lors pas de donner suite à la demande d'expertise psychiatrique du recourant. S'agissant de l'abattement de 5 % opéré sur le revenu avec invalidité, il tenait compte des circonstances personnelles et professionnelles du recourant. Les limitations fonctionnelles ayant déjà été prises en compte pour la détermination de la capacité de travail résiduelle de 50 % dans une activité légère et adaptée, il n'y avait pas lieu d'appliquer un abattement supérieur.

Le recourant a répliqué le 13 janvier 2025, maintenant que les mesures d'instruction mises en œuvre par l'intimé sur le plan psychiatrique étaient nullement suffisantes. D'une

part, l'évaluation pluridisciplinaire de la CRR ne suppléait certainement pas à une expertise psychiatrique et, d'autre part, « l'expertise » psychiatrique effectuée par le médecin psychiatre du SMR ne remplissait pas les exigences posées par la jurisprudence. Le recourant a également produit le rapport médical du 11 décembre 2024 du Dr L._____ de l'Hôpital ophtalmique Jules-Gonin, lequel confirmait l'absence d'explication étiologique ou de cause anatomique pouvant expliquer la baisse sévère de l'acuité visuelle et la photophobie en présence d'un examen oculaire dans la norme. Durant les consultations, le praticien avait cependant pu observer le comportement visuel du recourant, qui correspondait à celui d'une personne ayant une acuité visuelle de loin supérieure à celle mesurée.

Le 11 février 2025, l'intimé a indiqué n'avoir rien à ajouter à ses précédentes écritures, précisant simplement que le rapport médical du Dr L._____ n'apportait aucun élément médical objectif nouveau.

L'échange d'écritures a été clos le 12 février 2025.

Considérant en droit

1.

1.1 Selon l'article 1 alinéa 1 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI), les dispositions de la loi fédérale du sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) s'appliquent à l'AI (art. 1a à 26^{bis} et 28 à 70), à moins que la LAI n'y déroge expressément.

Posté le 11 septembre 2024, le recours à l'encontre de la décision du 12 juillet précédent a été interjeté dans le délai légal de trente jours, prolongé des fêtes estivales (art. 38 al. 4 et 60 LPGA), et devant l'instance compétente (art. 56 et 57 LPGA ; art. 69 al. 1 let. a LAI ; art. 81a al. 1 de la loi cantonale sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA]). Il répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte que la Cour doit entrer en matière.

1.2 Au 1^{er} janvier 2022, des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur dans le cadre du « développement continu de l'AI » (LAI [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Sur le plan temporel,

sont en principe applicables – sous réserve d'une règle contraire de droit transitoire – les dispositions en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits ou à l'époque de l'état de fait ayant des conséquences juridiques (ATF 146 V 364 consid. 7.1 et 144 V 210 consid. 4.3.1). Par ailleurs, l'ancien système de rentes demeure applicable à toutes les rentes qui ont pris naissance avant le 1^{er} janvier 2022. Ainsi, conformément aux règles de droit transitoire, l'ancien droit reste applicable en l'espèce, les prestations litigieuses ayant pris naissance avant cette dernière date.

2. Le litige porte sur la quotité de la rente d'invalidité allouée au recourant à compter du 1^{er} décembre 2019.

3. Dans un premier grief, le recourant reproche à l'intimé un défaut d'instruction s'agissant du volet psychiatrique du dossier.

3.1 Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin d'informations que seul le médecin est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2 et 114 V 310 consid. 3c).

La jurisprudence (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_517/2017 du 12 juillet 2018 consid. 6.1) a posé le principe que le seul fait que les médecins de l'assurance sont des employés de celle-ci ne permet pas de conclure à l'existence d'une prévention et d'un manque d'objectivité. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par les médecins de l'assurance (ATF 142 V 58 consid. 5 et 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6).

Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales

contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêts du Tribunal fédéral 9C_670/2020 du 28 juillet 2020 consid. 3.2 et 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2).

Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il ne suffit pas de prétendre que l'expert aurait dû logiquement présenter des conclusions différentes. Il importe d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet. Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (arrêts du Tribunal fédéral 9C_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2, 9C_303/2015 du 11 décembre 2015 consid. 3.3.2 et les références, 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 et 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 133 V 450 consid. 11.1.3 et 125 V 351 consid. 3).

3.2 Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'article 4 alinéa 1 LAI en lien avec l'article 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté, la mesure de ce qui est exigible devant être déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al. 2

deuxième phrase LPGA ; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1, 127 V 294 consid. 4c *in fine* et 102 V 165).

La preuve de tout trouble psychique ou psychosomatique suppose en premier lieu un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1, 130 V 396 consid. 5.3 et 6), en tenant compte en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et en faisant référence aux limitations fonctionnelles constatées (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1 et 2.1.2). L'analyse doit également prendre en considération d'éventuels facteurs excluant la valeur invalidante à ces diagnostics (ATF 141 V 281 consid. 2.2).

Une fois le diagnostic posé, le point de savoir si ce dernier entraîne une incapacité de travail totale ou partielle doit ensuite être analysé au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4.1.1).

3.3 Dans le domaine des assurances sociales, l'autorité fonde généralement sa décision sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 135 V 39 consid. 6.1). Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités revêtent une importance significative ou entrent raisonnablement en considération (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et 126 V 353 consid. 5b ; voir également ATF 133 III 81 consid. 4.2.2). En droit des assurances sociales, il n'existe par conséquent pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré ; le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (ATF 126 V 319 consid. 5a).

3.4 Selon l'article 43 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit (al. 1). L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (al. 2). Le devoir d'instruction subsiste jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (arrêts du Tribunal fédéral 9C_414/2014 du 31 juillet 2014 consid. 3.1.3 et 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes

sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4).

L'assureur n'a pas à épuiser toutes les possibilités d'investigations, s'il estime, par une appréciation anticipée des preuves fournies par les investigations auxquelles il a déjà procédé, que certains faits présentent le degré de preuve requis par les circonstances et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (PIGUET, in : Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, 2025, n° 12 ad art. 43 LPGA ; ATF 131 I 153 consid. 3 et 124 V 94 consid. 4b). A l'inverse, l'assureur ne peut renoncer à mettre en œuvre des mesures d'instruction complémentaires, lorsqu'il apparaît, sur la base du dossier ou des allégations de la personne assurée, que les faits pertinents n'ont pas été établis de manière correcte et complète ou qu'il existe des contradictions insurmontables (ATF 110 V 48).

3.5 En l'espèce, le recourant considère que l'intimé n'était pas fondé à rendre une décision sans avoir mis en œuvre une expertise psychiatrique. A l'appui de son propos, il indique notamment qu'en sollicitant une collègue psychiatre pour examiner le dossier et poser un diagnostic, le SMR avait lui-même estimé que l'instruction de ce volet était insuffisante. Selon l'intéressé, sans l'expertise psychiatrique envisagée de longue date, les conclusions ne pouvaient pas être probantes en ce qui concernait la capacité de travail. En précisant que la capacité de travail résiduelle du recourant ne pouvait être valorisée qu'avec l'aide de spécialistes de basse vision FSA, voire de psychothérapeutes, les experts de la CRR avaient par ailleurs admis que l'origine du trouble visuel était peut-être d'ordre psychiatrique.

Le recourant fait en particulier valoir que l'avis de la psychiatre du SMR ne saurait suppléer à une expertise psychiatrique, dans la mesure où il ne remplit pas les exigences posées par la jurisprudence. S'il est vrai que les rapports du SMR n'ont pas la même valeur qu'une expertise indépendante, ils ne sont toutefois pas dépourvus de toute valeur probante (cf *supra* consid. 3.1). En l'occurrence, la Cour de céans relève que la Dresse H._____ s'est prononcée sur la base des pièces au dossier pour confirmer le diagnostic de trouble dissociatif (F44.6) mentionné par les spécialistes de la CRR. Elle a en outre examiné, certes brièvement, les symptômes du recourant et le contexte difficile dans lequel ils étaient apparus, la cohérence des plaintes de l'intéressé, les ressources de ce dernier, ainsi que l'uniformité des limitations dans tous les domaines de la vie. Son analyse a été validée par un confrère psychiatre du SMR, le Dr K._____, qui a jugé que le diagnostic de trouble dissociatif était pertinent et remplissait les critères

de la CIM-10. Le SMR a conclu qu'une expertise psychiatrique ne serait pas de nature à modifier l'évaluation de la situation, dès lors que l'analyse de la Dresse H. _____ était notamment fondée sur l'évaluation pluridisciplinaire détaillée des capacités fonctionnelles du recourant effectuée par les spécialistes de la CRR et que les limitations fonctionnelles de l'intéressé étaient d'ordre physique, en relation avec la symptomatologie visuelle qu'il présentait, quelle qu'en soit l'origine (organique ou fonctionnelle). Le Dr K. _____ a encore ajouté que les éléments postérieurs au dernier avis du SMR du 21 août 2023 ne témoignaient pas d'une aggravation de la situation dans le champ psychiatrique, sauf un épisode ponctuel lié à la séparation du recourant d'avec sa compagne. A toutes fins utiles, il sied de préciser que la jurisprudence n'exige pas obligatoirement la réalisation d'un examen personnel de l'assuré pour admettre la valeur probante d'un document médical dans les cas où, comme en l'espèce, le dossier sur lequel se fonde un tel document contient suffisamment d'appréciations médicales établies sur la base d'un examen concret (arrêts du Tribunal fédéral 8C_469/2020 du 26 mai 2021 consid. 3.2 et 8C_46/2019 du 10 mai 2019 consid. 3.2.1 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 492/00 du 31 juillet 2001, in RAMA 2001 n° U438 p. 345).

Au vu de ce qui précède, la Cour considère qu'il n'y a pas lieu de s'écarter de l'appréciation du SMR et que l'OAI pouvait valablement s'en satisfaire, d'autant plus qu'elle n'est contredite par aucune pièce médicale au dossier. En effet, le recourant n'établit nullement pour quel motif médical objectif une expertise psychiatrique serait indispensable *in casu*. Au contraire, il n'a pas fait les démarches pour poursuivre une prise en charge sur le long terme auprès de l'équivalent du CCPP à son retour à LIEU_1, indiquant à plusieurs reprises qu'il ne souhaitait pas de suivi psychiatrique. De même, si les médecins mentionnent la nécessité d'un suivi sur le fond et suggèrent la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, c'est essentiellement pour améliorer la compréhension du trouble de l'assuré et définir si des mesures thérapeutiques pouvaient être proposées, ainsi que pour lui permettre de prendre conscience et d'accepter l'origine non organique de ses troubles visuels (cf. en particulier pièces 181 et 183). Ces éléments n'ont toutefois pas d'influence sur la capacité de travail résiduelle de 50 % de l'intéressé, évaluée pluridisciplinairement par la CRR, si ce n'est potentiellement en sus de ces 50 % sur le moyen/long terme, si un traitement efficace devait être trouvé. Il y a lieu de rappeler que, d'après une jurisprudence constante, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont donc les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_276/2014 du 22 octobre 2014 consid. 4.2 et 9C_753/2012 du 21 septembre 2012). Ainsi, l'atteinte à la

santé, respectivement le diagnostic, n'est pas déterminant en tant que tel, dès lors que c'est avant tout les conséquences sur la capacité de gain qui sont prises en compte. En l'espèce, dans la mesure où les troubles de la vision ne sont pas contestés et qu'aucune limitation fonctionnelle de nature psychique n'a été retenue par les médecins consultés, étant précisé que la simple mention de traits de caractères du recourant rapportés par ce dernier ou observés durant une brève évaluation en ateliers professionnels (impulsivité, manque de tolérance à la frustration, limitation dans la capacité à assumer ses responsabilités et à faire preuve d'autonomie) ne peut pas être assimilée à une limitation fonctionnelle, il ne se justifie pas de donner suite à la demande d'expertise psychiatrique du recourant.

Au surplus, l'intéressé ne saurait tirer un droit à une telle expertise du simple fait que cette possibilité a été évoquée par différents intervenants au dossier. La Cour admet que la terminologie utilisée a évolué au fil des rapports médicaux, ce qui a pu créer une certaine confusion. Par exemple, la phrase « en cas de confirmation de l'absence d'atteinte à la santé ophtalmologique, une évaluation psychiatrique devrait être envisagée » contenue dans l'avis du SMR du 11 mai 2021 (pièce 119) s'est transformée en « en cas de confirmation de l'absence d'atteinte à la santé ophtalmologique, une évaluation psychiatrique devait être envisagée » dans la partie « extrait du dossier » de l'évaluation pluridisciplinaire établie par la CRR le 28 juin 2023 (pièce 181). Dans sa réponse du 1^{er} juin 2021, l'OAI a indiqué que « [le SMR] réserve également la possibilité d'une expertise psychiatrique en l'absence d'atteinte à la santé ophtalmologique » (pièce 121). Quant à la Prof. F. _____ et au Dr G. _____, ils ont rapporté, le 23 août 2022, qu'« en cas de confirmation d'absence à l'atteinte ophtalmologique, une évaluation psychiatrique sera envisagée selon les instructions de l'autorité cantonale AI du canton du Valais » (pièce 155). Malgré ces malheureuses imprécisions linguistiques, force est de constater que la volonté du SMR, respectivement de l'OAI, était, selon la vraisemblance prépondérante, non pas d'imposer la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, mais bien de s'en laisser la possibilité. En l'occurrence, l'intimé a privilégié une approche par la pratique, en donnant mandat à la CRR de réaliser une évaluation pluridisciplinaire, dont ni le principe ni le contenu n'est critiquable. Celle-ci a par ailleurs permis de poser le seul diagnostic psychiatrique validé par le SMR, à savoir celui de trouble dissociatif (F44.6). Dès lors que l'assureur n'a pas à épuiser toutes les possibilités d'investigations, s'il estime, par une appréciation anticipée des preuves, que les faits pertinents sont suffisamment établis (cf. *supra* consid. 3.4), l'OAI n'était pas tenu, *in casu*, de mettre en œuvre une expertise psychiatrique.

Enfin, le fait que la CRR subordonne la mise en valeur de la capacité de travail résiduelle du recourant à l'aide de spécialistes de basse vision FSA, voire de psychothérapeutes, n'est pas opposable à l'OAI qui a, de son côté, soutenu la réinsertion professionnelle de l'intéressé en déléguant à l'OAI-GE la mise en place d'une aide au placement.

Sur la base de tous ces éléments, l'on ne saurait reprocher à l'intimé d'avoir manqué à son devoir d'instruction au sens de l'article 43 LPGa.

4. Dans un second grief, le recourant s'en prend à l'abattement admis par l'OAI sur le revenu d'invalidité entre décembre 2019 et décembre 2023.

4.1 Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGa et art. 4 al. 1 LAI). L'assuré a droit à une rente s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGa) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et, qu'au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 let. b et c LAI). Il peut en outre prétendre à une mesure de reclassement s'il est invalide à 20 % environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3, 130 V 488 consid. 4.2 et 124 V 108 consid. 2b).

L'invalidité est une notion économique et non médicale. Les critères médico-théoriques ne sont pas déterminants, mais bien les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de gain (cf. par analogie, RAMA 1991 n° U 130 p. 272 consid. 3b ; voir aussi ATF 114 V 314 consid. 3c). Ainsi le taux d'invalidité ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin, ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a).

4.2 Aux termes de l'article 16 LPGa, 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.

4.2.1 En ce qui concerne l'évaluation du revenu sans invalidité, est déterminant le salaire que la personne assurée aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, effectivement gagné en tant que valide au début du droit à la rente au plus tôt. Ce revenu doit être déterminé aussi concrètement que possible. C'est en principe le dernier revenu touché, au besoin adapté au renchérissement et à l'évolution réelle des salaires, qui doit être retenu car c'est un fait d'expérience que, sans atteinte à la santé, l'activité antérieure

aurait été poursuivie. Les exceptions à ce principe sont à établir au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 28 consid.3.3.2, 134 V 322 consid. 4.1 et 129 V 222 consid. 4.3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_413/2017 du 19 septembre 2017 consid. 3.2.1 et les références). Si les circonstances concrètes ne permettent pas de chiffrer le gain réalisable sans atteinte à la santé de manière suffisamment précise, des valeurs statistiques telles que celles de l'ESS peuvent être utilisées, tant que les éléments personnels et professionnels déterminants pour la rémunération dans le cas d'espèce sont pris en considération. Le choix de la table applicable doit reproduire au mieux l'évolution hautement vraisemblable du revenu sans atteinte à la santé. A cet égard, le revenu de valide ne correspond pas à une dimension passée mais hypothétique (arrêt du Tribunal fédéral 8C_572/2021 du 19 janvier 2022 consid. 3.1 et les références).

4.2.2 Pour déterminer le revenu d'invalidé de l'assuré, il y a lieu en l'absence d'un revenu effectivement réalisé de se référer aux données salariales telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b). Il convient de procéder à une réduction des salaires statistiques lorsqu'il résulte de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité ou catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) que le revenu que pourrait toucher l'assuré en mettant en valeur sa capacité résiduelle de travail est inférieur à la moyenne. Un abattement global maximal de 25 % permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 148 V 174 consid. 6.3 et 126 V 75 consid. 5b). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Contrairement au pouvoir d'examen du Tribunal fédéral, celui de l'autorité judiciaire de première instance n'est pas limité dans ce contexte à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative. En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans un cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. A cet égard, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer sa propre appréciation à celle de l'administration ; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 137 V 71 consid. 5.2 et 126 V 75 consid. 6).

4.3 En l'occurrence, le recourant prétend que l'intimé aurait dû admettre un abattement d'au moins 10 % pour tenir compte, en plus des limitations fonctionnelles physiques admises, de la difficulté qu'il aurait pour trouver un emploi sur le marché du travail en raison de sa déficience oculaire, de ses difficultés comportementales et de son rythme de travail particulièrement lent, nécessitant des pauses régulières.

A ce sujet, l'intimé estime que l'abattement de 5 % opéré sur le revenu avec invalidité est adéquat, dans la mesure où il a été arrêté conformément aux circonstances personnelles et professionnelles du recourant. Il n'y avait, selon l'OAI, pas lieu d'appliquer un abattement supérieur, dès lors que les limitations fonctionnelles avaient été prises en compte lors de la détermination de la capacité de travail résiduelle de 50 % (journée entière avec rendement réduit) dans une activité légère et adaptée. La Cour constate qu'il ressort effectivement du rapport du SMR du 21 août 2023 que les limitations fonctionnelles (lenteur d'exécution des tâches, activité à l'abri d'un outillage à risque élevé de blessures [outils coupants, tranchants], pas de travail en hauteur, pas d'échelles, activité de type plutôt répétitive sédentaire, pas d'utilisation prolongée d'écran, pas d'exposition à une lumière vive, activité tenant compte d'une acuité visuelle basse, pas de conduite automobile) ont été pleinement prises en considération par les praticiens pour retenir une capacité de travail résiduelle de 50 %.

S'agissant des difficultés comportementales alléguées par le recourant, force est de constater que, comme indiqué au considérant 3.5 ci-dessus, le simple fait que les experts de la CRR aient rapporté des traits de caractères relevés par l'intéressé lui-même ou observés durant une brève évaluation en ateliers ne peut pas être considéré comme l'admission de nouvelles limitations fonctionnelles. Partant, c'est à tort que le recourant reproche à l'intimé de ne pas en avoir tenu compte.

Eu égard à ce qui précède, un abattement global de 5 % du salaire statistique, tel que retenu par l'intimé, n'apparaît pas critiquable et peut être confirmé.

Pour le surplus, les revenus avec et sans invalidité et les calculs – non contestés – ne prêtant pas le flanc à la critique, il convient d'y renvoyer.

5. En tous points mal fondé, le recours est rejeté et la décision entreprise du 12 juillet 2024 confirmée, sans qu'il ne soit nécessaire d'administrer d'autres moyens de preuves, à l'instar de l'expertise psychiatrique requise par le recourant (sur l'appréciation anticipée des moyens de preuve en général : ATF 145 I 167 consid. 4.1, 140 I 285 consid. 6.3.1, 130 II 425 consid. 2.1 et 125 I 127 consid. 6c/cc).

6. Les frais de justice, arrêtés à 500 fr. au regard des principes de la couverture des coûts et de l'équivalence, sont mis à charge de la recourante et prélevés sur l'avance déjà versée (art. 69 al. 1bis LAI). Eu égard à l'issue de la cause, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens (art. 61 let. g LPGA *a contrario* et 91 al. 3 LPJA).

Prononce

1. Le recours est rejeté.
2. Les frais, par 500 francs, sont mis à la charge de A._____.
3. Il n'est pas alloué de dépens.

Sion, le 1^{er} juin 2026