

200.2018.889.AI

N° AVS
NIG/REN

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

Jugement du 5 novembre 2019

Droit des assurances sociales

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

A. _____
représentée par Me B. _____
recourante

contre

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

relatif à une décision de ce dernier du 26 octobre 2018



En fait:

A.

A. _____, née en 1957, divorcée, mère de trois enfants majeurs et financièrement indépendants, est diplômée en sténodactylo et a été engagée en qualité d'employée administrative à 80% par une manufacture horlogère. Suite à une communication (formulaire de détection précoce) de son employeur adressée à l'Office AI Berne et datée du 26 août 2010, l'assurée a déposé une demande de prestations pour adultes (mesures professionnelles et rente) de l'assurance-invalidité (AI) le 30 septembre 2010, en invoquant une maladie, soit une infection des rétines avec hémorragie. A réception de cette demande, le 5 octobre 2010, l'Office AI Berne a recueilli des renseignements de l'employeur de l'assurée, de même que des rapports médicaux du médecin traitant cette dernière ainsi que d'une clinique ophtalmologique d'un hôpital universitaire. Par acte du 7 juin 2011, l'Office AI Berne, constatant une réadaptation appropriée, a nié le droit à des mesures professionnelles.

B.

Le 23 février 2017, dans le contexte d'une période d'incapacité de travail à 100%, l'assurée, par l'intermédiaire de l'assureur perte de gain maladie de son employeur, a adressé une seconde demande de prestations à l'Office AI Berne. Dans celle-ci, elle a mentionné être atteinte d'une inflammation auto-immune des rétines. L'Office AI Berne a alors sollicité de nouvelles informations de l'employeur, de même qu'un rapport médical de l'ophtalmologue de l'assurée. Il a ensuite octroyé à cette dernière des mesures d'intervention précoce, sous la forme d'un maintien au poste de travail, conformément à une décision du 5 avril 2017. Par envoi du 20 décembre 2017, l'assurée a encore demandé une allocation pour impotent (de degré faible). Saisi de cette demande, l'Office AI Berne a consulté le Service médical régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR), qui s'est prononcé dans un rapport du 9 janvier 2018. Après avoir obtenu de nouveaux documents médicaux, l'Office AI Berne a refusé

d'accorder une allocation pour impotent, ce qu'il a fait savoir à l'assurée par décision du 21 mars 2018, confirmant une préorientation rendue en ce sens le 7 février 2018. Dans une décision du 29 mars 2018, l'Office AI Berne a toutefois accordé à l'assurée la prise en charge des frais pour une adaptation du poste de travail, puis, par décisions des 29 mai et 31 juillet 2018, pour les coûts de cannes blanches, respectivement pour un appareil de lecture. Enfin, après avoir consulté une fois encore le SMR et pris connaissance de ses conclusions du 2 mai 2018, l'Office AI Berne, qui a entre-temps adressé une sommation à l'assurée le 5 juin 2018 (demande de réduire le dommage), a nié le droit de celle-ci à des mesures professionnelles, ce par décision du 26 octobre 2018 confirmant une préorientation au contenu similaire datée du 29 août 2018.

C.

Désormais représentée par une avocate et par acte du 26 novembre 2018, la recourante a porté le litige devant le Tribunal administratif du canton de Berne (TA), en concluant à l'annulation de la décision de l'intimé du 26 octobre 2018, sous suite de frais et dépens. Dans sa réponse du 19 décembre 2018, l'intimé a conclu au rejet du recours. Le 3 janvier 2019, la mandataire de la recourante a encore fait parvenir sa note d'honoraires.

En droit:

1.

1.1 La décision du 26 octobre 2018 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et nie le droit de la recourante à des mesures professionnelles. L'objet du litige porte sur l'annulation de cette décision. Est particulièrement critiqué par la recourante l'avis de l'intimé selon lequel cette dernière a fait preuve d'un

manque de collaboration en n'augmentant pas son taux d'activité progressivement jusqu'à 8 heures par jour.

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 une mandataire dûment constituée, 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).

2.2 Selon l'art. 8 al. 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux

habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b).

2.3

2.3.1 L'assuré doit entreprendre tout ce qui peut être raisonnablement exigé de lui pour réduire la durée et l'étendue de l'incapacité de travail (art. 6 LPGA) et pour empêcher la survenance d'une invalidité (art. 8 LPGA). Il doit ainsi participer activement à la mise en œuvre de toutes les mesures raisonnablement exigibles contribuant au maintien de son emploi actuel, à sa réadaptation à la vie professionnelle ou à une activité comparable (travaux habituels). Il s'agit en particulier de mesures d'intervention précoce, de mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle, de mesures d'ordre professionnel, de traitements médicaux au sens de l'art. 25 de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal, RS 832.10) et de mesures en vue d'une nouvelle réadaptation destinées aux bénéficiaires de rente (art. 7 al. 1 et 2 LAI). Est réputée raisonnablement exigible toute mesure servant à la réadaptation de l'assuré, à l'exception des mesures qui ne sont pas adaptées à son état de santé (art. 7a LAI).

2.3.2 Selon la jurisprudence en matière d'AI, il existe un principe général selon lequel une personne invalide doit entreprendre tout ce qui est exigible pour atténuer au mieux les conséquences de son invalidité avant de requérir des prestations; c'est pourquoi il n'y a pas de droit à la rente, si la personne est raisonnablement en mesure d'obtenir un revenu excluant toute rente, sans mesure de réadaptation. La réadaptation personnelle, en tant qu'expression de l'obligation générale de diminuer son dommage, ne prime pas seulement le droit à une rente, mais également le droit à la réadaptation (art. 21 al. 4 LPGA). La réadaptation personnelle incombe à chaque assuré pour sauvegarder son droit aux prestations – aux mesures de réadaptation légales ou à une rente. Toutefois, seules les mesures exigibles en fonction des données objectives et subjectives de chaque cas particulier peuvent être imposées aux personnes assurées (ATF 138 I 205 c. 3.2, 113 V 22 c. 4a; SVR 2007 IV n° 1 c. 5.1).

2.3.3 Est réputée raisonnablement exigible toute mesure servant à la réadaptation de l'assuré, à l'exception des mesures qui ne sont pas adaptées à son état de santé (art. 7a LAI). Cet article énonce concrètement la notion d'exigibilité, qui jusqu'ici n'était définie plus précisément que par la jurisprudence, et il formule le principe selon lequel toute mesure servant à la réadaptation de la personne assurée est raisonnablement exigible s'il n'est pas expressément établi qu'elle ne peut être tenue pour telle. De la sorte, le fardeau de la preuve concernant la question de savoir si une mesure est raisonnablement exigible ou non passe à la personne assurée. Si jusqu'ici il fallait prouver qu'une mesure donnée était raisonnablement exigible dans la situation concrète de la personne assurée, la nouvelle disposition permet de retenir qu'une mesure visant à la réadaptation est en principe exigible. C'est donc à la personne assurée d'apporter la preuve que la mesure en question n'est précisément pas raisonnablement exigible. Toutefois, ce déplacement du fardeau de la preuve n'a de conséquence effective qu'en cas de litige, car en vertu du principe inquisitoire défini à l'art. 43 al. 1 LPGa, l'Office AI est tenu d'examiner d'office s'il peut être retenu que la mesure n'est pas raisonnablement exigible. La 2e partie de l'art. 7a LAI précise expressément que seul le facteur santé peut amener à définir, dans un cas concret, une mesure comme non raisonnablement exigible (message du Conseil fédéral, FF 2005 p. 4314).

2.3.4 Si l'assuré manque aux obligations prévues à l'art. 7 LAI, les prestations peuvent être réduites ou refusées temporairement ou définitivement. Une mise en demeure écrite l'avertissant des conséquences juridiques et lui impartissant un délai de réflexion convenable doit lui avoir été adressée (art. 7b al. 1 LAI en relation avec l'art. 21 al. 4 LPGa).

2.4 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).

2.5 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 du 26 octobre 2018, l'intimé a en substance rappelé avoir demandé à la recourante, le 5 juin 2018, d'augmenter progressivement son temps de présence au travail jusqu'à 8 heures par jour et il a indiqué avoir constaté, au moment du prononcé de cet acte, qu'elle exerçait toujours son activité à raison de 2 heures par jour. Par conséquent, en rappelant que la recourante était tenue de faciliter toutes les mesures prises en vue de la réadaptation professionnelle et que les prestations pouvaient être suspendues ou refusées si la recourante venait à les entraver ou à les empêcher, l'intimé a rejeté la demande de mesures professionnelles de la recourante. Dans sa réponse du 19 décembre 2018, l'intimé a précisé que la décision entreprise se fondait sur un rapport du SMR du 2 mai 2018 et il a ajouté que ce document revêtait une valeur probante entière. L'intimé a encore relevé que la recourante n'avait produit aucun élément médical que le SMR aurait omis de prendre en considération et qui serait susceptible de remettre en cause les conclusions de ce service. Enfin, l'intimé a expliqué que le fait que l'ophtalmologue de la recourante soit d'un autre avis que le SMR ne suffit pas à mettre en doute l'appréciation de ce service, d'autant plus que les rapports de cette spécialiste doivent, d'après l'intimé, être appréciés avec une certaine retenue en raison de la relation de confiance unissant le médecin traitant et sa patiente.

3.2 Dans son recours du 26 novembre 2018, la recourante relève que la décision attaquée prononce une sanction et elle rétorque que rien ne

justifiait de lui reprocher un manque de coopération. Elle soutient que l'intimé n'aurait pas dû suivre le point de vue du SMR, d'après lequel elle serait en mesure d'exercer une activité à 80% avec une baisse de rendement de 30%, dès lors que, selon elle, cette appréciation fait fi de tous les renseignements médicaux obtenus. En particulier, elle relève que l'intimé s'est prononcé sans avoir consulté les personnes impliquées dans la réadaptation de son poste de travail, ni son ophtalmologue. La recourante ajoute que cette spécialiste avait pourtant attesté, en juillet 2018, qu'elle n'était pas capable de travailler plus de 2 heures par jour (du fait de ses problèmes de vue et malgré les adaptations apportées à son poste de travail). De même, elle explique que l'intimé a informé le SMR du fait qu'elle n'était pas parvenue à augmenter son taux d'activité qu'après le prononcé de la décision litigieuse et elle souligne que ce service est alors revenu sur son appréciation, estimant qu'il n'était pas possible de se prononcer sur le taux d'activité exigible. Partant, la recourante reproche à l'intimé d'avoir statué en présence d'avis médicaux discordants et sans connaissance du résultat de la mesure d'adaptation du poste de travail, de sorte qu'il a posé des exigences que rien ne justifiait. Elle soutient dès lors qu'aucune violation du devoir de collaborer ne pouvait lui être reprochée.

4.

Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 c. 2.1, 130 V 138 c. 2.1). En l'occurrence, un rapport du SMR du 8 novembre 2018 figure notamment au dossier. Même si celui-ci est postérieur à la décision entreprise et qu'il ne devrait donc en principe pas être pris en compte dans la présente procédure, tel doit néanmoins être le cas en l'espèce, à mesure qu'il est de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision a été rendue (voir à ce sujet: SVR 2008 IV n° 8 c. 3.4). Il est dès lors également résumé ci-après, parmi les éléments médicaux déterminants figurant au dossier.

4.1 Au cas particulier, le dossier de l'intimé contient tout d'abord les éléments suivants se rapportant à la demande du 30 septembre 2010, qui a abouti à un rejet des mesures professionnelles le 7 juin 2011.

4.1.1 Un rapport du 18 août 2010 d'une clinique ophtalmologique universitaire met en relief que la recourante a été adressée auprès de cette dernière par son médecin traitant (un spécialiste en médecine générale), après qu'elle a constaté une baisse de son acuité visuelle depuis 3 à 4 mois. Les diagnostics principaux de panuvéite/uvéite postérieure avec un foyer de chorioretinite, de vascularite et d'œdèmes maculaires (chorioretinite multifocale) aux deux yeux ont été retenus, ainsi qu'une néovascularisation choroïdienne parapapillaire à l'œil gauche. Selon cet écrit, l'acuité visuelle (corrigée) était de 1,0 à droite et de 0,4 à gauche.

4.1.2 Le médecin traitant la recourante a confirmé ces diagnostics le 17 novembre 2010. Il a expliqué que la recourante présentait un début insidieux de diminution de la vue et que les facultés visuelles étaient demeurées mauvaises malgré un changement de lunettes. Il a indiqué que les fortes lumières (notamment au néon) causaient des douleurs et des éblouissements à la recourante et que celle-ci était également éblouie durant la nuit par les phares de voitures (la conduite de nuit étant dès lors impossible). Ce médecin a ajouté que la recourante éprouvait aussi des douleurs aux yeux, de la fatigue et des troubles de la concentration lors de la réalisation de travaux prolongés sur écran. Il a enfin déclaré que la recourante voyait net uniquement avec l'œil droit et qu'il en résultait un surmenage de l'autre œil. Le médecin a cependant retenu que l'activité exercée était encore exigible à un taux de 50% à 100% (selon les symptômes) et qu'une amélioration de la capacité de travail pouvait être attendue. Le pronostic a été réservé et une incapacité de travail à 100% été attestée du 28 juillet au 10 octobre 2010, puis ensuite à 50% et pour une durée indéterminée.

4.1.3 Dans un rapport du 8 novembre 2010 de la clinique précitée, les mêmes diagnostics ont été répétés et des périodes d'incapacité de travail à 100% ont été attestées du 1^{er} au 27 octobre 2010 et à 50% du 28 octobre au 27 décembre 2010. L'auteur de ce document a affirmé que l'état de santé de la recourante s'était amélioré et que sa capacité de travail pouvait

être augmentée par des mesures médicales, des mesures professionnelles étant par ailleurs indiquées. D'après ce rapport, l'acuité visuelle corrigée de la recourante était alors de 1,0 à droite et de 0,6 à gauche, la réduction du champ visuel n'étant pas considérée comme sévère.

4.1.4 Le 15 février 2011, cette même clinique a finalement indiqué que la vascularite, la papillite optique et la chorioretinite persistaient aux deux yeux mais que la néovascularisation choroïdienne parapapillaire à l'œil gauche n'était plus véritablement active. Selon le rapport de la clinique, l'acuité visuelle corrigée était désormais de 1,0 à droite et de 0,5 à gauche.

4.2 Quant aux éléments se référant à la demande de mesures professionnelles du 23 février 2017, ils se composent des pièces suivantes.

4.2.1 Par écrit du 21/23 novembre 2016 adressé à l'assureur perte de gain, l'ophtalmologue de la recourante a indiqué que cette dernière avait subi une résurgence de l'uvéite à droite, avec des infiltrats du corps vitré et une chorioretinite en foyer central, la patiente s'étant plainte à la fin du mois de septembre 2016 de troubles de la vision à droite, soit du côté de son seul bon œil. Cette spécialiste a retenu les diagnostics (avec effets sur la capacité de travail) de panuvéite des deux côtés, de cicatrice maculaire à l'œil gauche et d'uvéite récidivante à droite depuis septembre 2016. Elle a expliqué que l'inflammation des yeux s'était significativement améliorée et qu'elle avait même disparue du côté gauche. Elle a précisé que l'acuité visuelle était toutefois moins bonne du fait de la cicatrice rétinienne. Selon l'ophtalmologue, la meilleure acuité visuelle corrigée était alors de 0,8 (de loin) et de 0,6 (de près) à droite, ainsi que de 0,05 (de près) à gauche, la vue de la recourante étant en outre affectée par des déformations à la lecture. Elle a retenu qu'il existait une pleine capacité de travail, moyennant que la recourante puisse reposer son œil droit, mais qu'elle n'était plus en mesure d'exercer son activité à plein-temps, cette dernière impliquant beaucoup de lecture et de tâches informatiques. La spécialiste a finalement ajouté qu'il n'était pas possible de déterminer jusqu'à quel point l'acuité visuelle allait se rétablir à droite et elle a attesté une incapacité de travail à 50% depuis le 27 septembre 2016, pour une durée indéterminée. L'évolution a été jugée incertaine.

4.2.2 Cette ophtalmologue s'est aussi déterminée le 7/8 mars 2017 à l'attention de l'intimé. Elle a alors retenu les diagnostics (avec effets sur la capacité de travail) de panuvéite des deux côtés, de chorioretinite multifocale et de cicatrice maculaire (depuis 2010), de même que d'uvéite récidivante à droite (depuis septembre 2016). Elle a indiqué que l'acuité visuelle corrigée était de 0,2 à 0,3 à droite et de 0,05 à gauche, précisant que la vision binoculaire de près atteignait à peine 0,2. Cette spécialiste a mentionné que le pronostic, s'agissant de la vue du côté droit, ne pouvait pas être déterminé, mais que l'acuité visuelle du côté gauche devrait rester stable. Quant aux restrictions dues à la maladie, l'ophtalmologue a déclaré que l'activité exercée par la recourante n'était plus exigible, ajoutant que cette dernière ne pouvait plus lire les caractères d'écriture de taille normale (tant sur papier que sur un écran d'ordinateur) et qu'elle ne pouvait plus conduire. L'ophtalmologue a aussi avancé que depuis septembre 2016, la recourante n'était plus à même d'exercer un travail dangereux, ni une activité de contrôle nécessitant une bonne vue et elle a ajouté que les travaux au-dessus de la tête, ceux impliquant de devoir se pencher, monter sur des échelles ou des échafaudages, ou encore utiliser des escaliers, étaient exclus. Néanmoins, une reprise du travail a été jugée envisageable en cas de nette amélioration. Une incapacité de travail à 50% a été attestée du 27 septembre au 27 novembre 2016 et à 100% dès le 28 novembre 2016, pour une durée indéterminée. Cette évaluation correspond à celles que l'ophtalmologue traitant la recourante a adressées à l'assureur perte de gain les 29 mars et 12 juillet 2017 avec toutefois le constat, à cette dernière date, d'une stabilisation de l'acuité visuelle depuis mars 2017.

4.2.3 Le 9 octobre 2017, après un contrôle du 27 septembre 2017, l'ophtalmologue de la recourante a rendu un rapport médical à l'intimé, dans lequel elle a confirmé ses précédents diagnostics et déclaré que l'état était stationnaire (avec cependant une amélioration minime de l'état inflammatoire ainsi que de l'œil droit, s'agissant de l'uvéite), l'acuité visuelle demeurant toutefois inchangée. Elle a toutefois ajouté qu'à 5 cm, avec une loupe adaptée, à gauche, la vision, pour une courte durée, atteignait 0,8. Elle a aussi signalé une cataracte discrète surtout à gauche. Le pronostic a été réservé et la mise en œuvre d'une mesure professionnelle plutôt

déconseillée. Le 13/16 mars 2018, elle a finalement constaté un meilleur apaisement de l'inflammation oculaire à droite mais également mentionné que l'acuité visuelle n'avait pas changé depuis octobre 2017.

4.2.4 Le SMR, par le biais d'un spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, s'est prononcé une première fois dans un écrit du 2 mai 2018. Dans celui-ci, il a retenu le diagnostic (avec effets sur la capacité de travail) de panuvéite bilatérale idiopathique (éventuellement de choroïdite multifocale) d'origine inconnue. Affirmant que la maladie était en rémission, il a souligné que tous les examens n'avaient pas été réalisés lors du développement de la maladie et il a de ce fait indiqué qu'il recommanderait l'organisation d'un consilium rhumatologique dans l'hypothèse où la pathologie ne resterait pas sous contrôle. Il a déclaré que l'ancien taux d'activité de 80% était exigible, avec un rendement réduit de 30% en raison d'un besoin de pauses accru, lié à une baisse de rapidité dans l'exécution du travail. Il a retenu que l'activité exercée devait être légère, simple à apprendre, présenter un contenu répétitif, s'effectuer surtout en position assise et être adaptée à une personne malvoyante, le plan de travail devant être le plus restreint possible afin que l'espace de travail ne prenne pas trop de temps à être assimilé. Ce spécialiste a encore expliqué que le rendement pouvait être davantage réduit durant la phase d'apprentissage et a ajouté qu'il devrait être réévalué en fonction des moyens auxiliaires. Enfin, ce médecin a spécifié que la maladie était stable depuis l'automne 2016 et qu'il n'existait pas d'atteinte empêchant la recourante de participer à une mesure. Il a conclu que la recourante pouvait commencer une activité dès le mois de mai 2018 (les travaux administratifs, surtout sur ordinateur, n'étant en revanche pas exigibles) et que le taux d'activité pouvait être augmenté chaque mois de 2 heures par jour.

4.2.5 Suite à la sommation enjoignant la recourante d'intensifier la reprise de son travail, dans un certificat médical du 27 juillet 2018, l'ophtalmologue de celle-ci a encore confirmé l'incapacité de travail de sa patiente à 100% depuis le 28 novembre 2016 en raison d'une affection oculaire et elle a stipulé que sa patiente était présente à raison de 2 heures par jour à son travail mais qu'elle n'était pas en mesure de travailler davantage du fait de ses fortes limitations sur le plan visuel. L'ophtalmologue a ajouté que la

recourante pouvait lire (sur papier ou un écran d'ordinateur) tout au plus durant une demi-heure à la fois. Dans un courrier du 17 août 2018, cette spécialiste a finalement déclaré que les temps de présence au travail plus élevés imposés par l'intimé n'étaient pas exigibles.

4.2.6 Le spécialiste en médecine interne et rhumatologie du SMR s'est exprimé une seconde fois le 8 novembre 2018. Dans cet écrit, il a confirmé le diagnostic et les limitations fonctionnelles retenus dans son rapport du 2 mai 2018. Il a ensuite mis en exergue qu'aucun élément ne documentait l'impact de l'octroi, au 31 juillet 2018, d'un appareil de lecture (voir dos. AI 63 et 65) et a ajouté que la possibilité pour la recourante de s'adapter à ce moyen auxiliaire n'avait pas été examinée. Ce spécialiste a encore mentionné qu'il était possible que la situation médicale n'ait pas été décrite complètement et que des limitations fonctionnelles plus importantes pouvaient exister. Il a indiqué que si tel était le cas, il pourrait exister une explication au fait que la recourante ne peut pas travailler plus de 2 heures par jour. En conclusion, le spécialiste du SMR a recommandé la mise en œuvre d'un consilium ophtalmologique en centre universitaire, notamment afin d'examiner la question d'un traitement de longue durée, d'établir le status ophtalmologique, de déterminer les limitations fonctionnelles, ainsi que pour questionner la recourante au sujet de l'appareil de lecture qui lui a été octroyé.

5.

5.1 En premier lieu, il convient de constater que d'un point de vue formel, la décision entreprise, refusant l'octroi de mesures professionnelles à la recourante au motif d'une violation de son obligation de collaborer, a été prononcée à la suite d'une préorientation au contenu similaire datée du 29 août 2018, ainsi que d'un courrier du 5 juin 2018. Dans celui-ci, l'intimé a en l'occurrence relevé que la recourante travaillait une heure et demie par jour alors qu'un taux de 80% était exigible. Il a par conséquent prié la recourante d'augmenter son temps de présence à raison de 2 heures par semaine tous les mois. Plus particulièrement, l'intimé a invité la recourante à être présente au travail 2 heures par jour dès le 11 juin 2018, 4 heures

par jour dès le 9 juillet 2018, 6 heures par jour dès le 6 août 2018 et 8 heures par jour dès le 3 septembre 2018 (voir dos. AI 61). L'intimé a en outre expressément rendu la recourante attentive à son obligation de réduire le dommage et il l'a avertie que la non-observation de ses exigences pouvait engendrer la clôture du dossier concernant la réadaptation professionnelle. Cela étant, il convient de reconnaître que le refus des mesures professionnelles a été prononcé dans le respect des conditions formelles exigées pour ce faire (voir c. 2.3.4).

5.2 D'un point de vue matériel, la décision du 26 octobre 2018 peine en revanche à convaincre. En effet, cette dernière se fonde sur le rapport du SMR du 2 mai 2018. Or, la conclusion ressortant de ce document, selon laquelle il peut être exigé de la recourante qu'elle augmente son temps de travail à raison de 2 heures par jour tous les mois, ne découle pas d'une motivation claire et compréhensible. Tout d'abord, le taux d'activité réputé exigible selon le SMR (soit 80%), ne s'explique pas par une limitation fonctionnelle (ce service ayant d'ailleurs confirmé qu'aucune atteinte à la santé ne justifiait une réduction du taux d'activité, voir dos. AI 57/7) mais avait simplement été repris du taux convenu entre la recourante et son employeur (voir dos. AI 4/8, 33/2 et 57/4; voir aussi p. 2 du "Protokoll per 19.12.2018" [ci-après: journal] joint au mémoire de réponse). En outre, le SMR avait évalué la perte de rendement de la recourante (de 30%, voire 50% en phase d'apprentissage des moyens auxiliaires) au regard non de l'activité habituelle mais d'une activité adaptée à une personne malvoyante et présentant un espace de travail restreint (voir dos. AI 57/6 et c. 4.2.4). Le SMR, par ailleurs, avait déjà recommandé, dans son écrit du 2 mai 2018, une réévaluation précise du rendement en fonction des résultats obtenus grâce aux moyens auxiliaires (adaptation du poste de travail, voir dos. AI 55/1). Or, aucune suite n'a été donnée à cette recommandation par l'intimé. On ne saurait non plus ignorer que les conclusions du SMR sont contredites par le point de vue radicalement différent de l'ophtalmologue traitant la recourante (voir c. 4.2.5). Certes, l'avis de cette spécialiste doit être apprécié en tenant compte de la relation de confiance qui l'unit à sa patiente (comme l'intimé l'a justement évoqué dans sa réponse; voir ATF 125 V 351 c. 3b/cc; SVR 2015 IV n° 26 c. 5.3.3.3). Il n'en demeure toutefois pas moins que les doutes relatifs à l'exigibilité définie par le médecin du

SMR (interne à l'AI) suscités par l'évaluation de l'ophtalmologue traitante ne peuvent être écartés du seul fait de la position contractuelle de cette dernière vis-à-vis de la recourante (ATF 142 V 58 c. 5.1, 135 V 465 c. 4.4). De plus, le point de vue de l'ophtalmologue doit d'autant moins céder le pas face à celui émis par le SMR, que ce dernier s'est prononcé par le biais d'un médecin interniste et rhumatologue, qui n'est ainsi pas spécialisé en ophtalmologie et qui n'a pas procédé à un examen personnel de la recourante (sur la force probante des rapports du SMR, voir ATF 135 V 254 c. 3.3.2; arrêt du Tribunal fédéral [TF] 9C_323/2009 du 14 juillet 2009 c. 4.3.1, voir aussi TF 8C_819/2013 du 4 février 2014 c. 3.3, 8C_942/2009 du 29 mars 2010 c. 5.2). Dans ces circonstances, la conclusion du SMR, selon laquelle la recourante est en mesure d'augmenter son temps de travail de 2 heures par jour chaque mois ne s'impose pas 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).

5.3 Il s'ensuit que l'augmentation du temps de présence de la recourante sur son lieu de travail, ordonnée le 5 juin 2017, ne pouvait être exigée de cette dernière (voir c. 2.3.2 in initio ainsi que SVR 2017 IV n° 65 c. 2.2 et 4.1.1). Il ressort d'ailleurs du journal remis par l'intimé avec sa réponse (voir p. 13) que cette sommation a été notifiée quelques jours seulement après que le poste de travail de la recourante avait été adapté et ce sans même que l'efficacité des moyens auxiliaires ait pu être vérifiée. Il est vrai que le journal précité laisse aussi entendre que la recourante n'était pas motivée à travailler et que, selon son supérieur, elle discutait surtout avec les autres employés (voir p. 11 s. du journal). Il est cependant difficile de tabler sur ce reproche concernant un comportement observé avant l'adaptation du poste de travail, alors que la recourante pouvait difficilement être occupée pour des travaux administratifs. Finalement, il sied de relever que conformément à la sommation du 5 juin 2017, la recourante aurait été tenue d'augmenter son taux de présence jusqu'à 8 heures par jour dès le 3 septembre 2018, ce qui représente (au taux d'activité de 80% exercé par la recourante) 4 jours à 100% et un jour de congé par semaine. Dans la mesure toutefois où le rapport du SMR du 2 mai 2018 se réfère à environ 2 heures de pause par jour à répartir sur chaque heure de travail et qu'il se borne, sans autre explication, à conclure que le taux d'activité de 80% de la

recourante est exigible, il ne va pas d'emblée de soi que le contenu de la sommation coïncide véritablement avec les conclusions du rapport du spécialiste de ce service. Le caractère non probant du profil d'exigibilité décrit dans le rapport du 2 mai 2018 du SMR est encore corroboré par les propres doutes et recommandations exprimés par le médecin concerné dans l'évaluation qu'il a fournie le 8 novembre 2018 (voir c. 4 et 4.2.6). Par ailleurs, les renseignements que l'ophtalmologue traitante donne dans ses rapports au sujet de l'incapacité de travail, de l'aptitude visuelle encore à disposition et des activités prohibées (voir 4.2.2, 4.2.3 et 4.2.5) ne permettent pas non plus d'exclure avec une vraisemblance prépondérante toute possibilité de réadaptation et capacité de travail résiduelle.

5.4 En conclusion, dès lors qu'elle part à tort de la prémisse que l'augmentation du temps de travail était exigible, la décision du 26 octobre 2018 niant tout droit à des mesures professionnelles du fait d'une violation de l'obligation de diminuer le dommage (art. 21 al. 4 LPGA) doit être annulée et la cause renvoyée à l'intimé afin que celui-ci continue ses efforts en vue de la réadaptation de la recourante. A cet égard, l'intimé vérifiera, si nécessaire après avoir mis en œuvre une expertise ophtalmologique englobant la question de l'efficacité des moyens auxiliaires à disposition ou envisageables, le caractère véritablement adapté du poste de travail, voire proposera une autre activité. Si aucune mesure professionnelle proportionnée n'est envisageable ou n'aboutit, l'intimé mettra fin à ces mesures et examinera le droit à la rente.

6.

6.1 Au vu de tout ce qui précède, le recours est admis et la décision du 26 octobre 2018 est annulée. Il appartient à l'intimé de poursuivre ses efforts en vue de la réadaptation professionnelle de la recourante.

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

6.3 La recourante, assistée d'une avocate agissant à titre professionnel, obtenant gain de cause, a droit au remboursement de ses dépens pour la procédure devant le TA (art. 61 let. g LPGA). Après examen de la note d'honoraires du 3 janvier 2019, qui ne prête pas à discussion compte tenu de l'importance et de la complexité objectives de la procédure judiciaire, ainsi que de la pratique du TA dans des cas semblables, les dépens sont fixés à Fr. 659.- (honoraires de Fr. 606.70, débours de Fr. 5.20 et TVA de Fr. 47.10 [taux de 7.7%]; le tarif horaire de Fr. 130.- est appliqué en cas de représentation par un organisme reconnu d'utilité publique [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 telle représentation, 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 est annulée.
2. Les frais de procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de l'Office AI Berne. L'avance de frais de 800.- versée par la recourante lui sera restituée lorsque le présent jugement sera entré en force.
3. L'Office AI Berne versera à la recourante la somme de Fr. 659.- (débours et TVA compris) au titre de dépens pour la procédure judiciaire.
4. Le présent jugement est notifié (R):
 - à la mandataire de la recourante,
 - à l'intimé,
 - à l'Office fédéral des assurances sociales,
 - à la Caisse de pension C. _____.

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).