

200.2017.572/698.AI

N° AVS
BOA/REN

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

Jugement du 19 décembre 2018

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente
M. Moeckli et C. Tissot, juges
A.-F. Boillat, greffière

Publica Caisse fédérale de pensions
Eigerstrasse 57, case postale, 3000 Berne 23
recourante

contre

Office AI Berne
Scheibenstrasse 70, case postale, 3001 Berne
Intimé 1

et

A. _____
Intimée 2

relatif à deux décisions de l'Office AI Berne des 11 mai et 12 juillet 2017



En fait:

A.

A. _____, née en 1973, célibataire, est atteinte dans sa santé depuis son plus jeune âge d'un handicap moteur cérébral que les pédiatres qui l'ont suivie durant son enfance ont qualifié d'infirmité motrice cérébrale mixte avec spasticité et ataxie. L'assurance-invalidité (AI) lui a reconnu un droit à des mesures de réadaptation à raison d'une infirmité congénitale (non précisément spécifiée) dès le 1^{er} janvier 1976, selon décision du 21 avril 1977 (sur demande tardive).

Sur le plan professionnel, l'assurée est titulaire d'un diplôme de bibliothécaire-documentaliste-archiviste depuis 1998. Elle a été engagée, dans son domaine de formation, depuis le 3 mai 1999 auprès de B. _____, initialement au taux de 80%, puis, à partir du 1^{er} septembre 2007, apparemment pour des motifs liés à son état de santé, à 70%. Son emploi a été supprimé au 31 juillet 2016. En raison de troubles de la stabilité de la marche (manque d'équilibre et de coordination), l'Office AI a octroyé à l'assurée, depuis juin 2005, différents moyens auxiliaires (notamment des chaussures orthopédiques, un déambulateur, un fauteuil roulant, des lunettes de vue, une barre d'appui dans la baignoire; l'Office AI a également pris en charge ses frais de taxi pour se rendre à son travail [de mars 2005 à juillet 2016]).

Après avoir (implicitement) renoncé à une première demande de rente sollicitée oralement auprès de l'Office AI (voir dossier [dos.] AI 11, 15 et formulaire de retrait de la demande de rente laissé sans réponse en avril 2007), l'assurée a invoqué une dégradation de son état de santé et requis, par courrier du 1^{er} octobre 2009, une rente AI pour compenser le manque à gagner induit par la diminution de son taux d'activité (en l'état de 80% à 70%), demande que l'Office AI a rejetée par décision (sur opposition) du 2 décembre 2009. Dans son jugement du 7 juillet 2010 (JTA AI/2010/79), le Tribunal administratif du canton de Berne (TA) a admis le recours de l'assurée contre la décision sur opposition précitée, et renvoyé la cause à l'Office AI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Sur cette

base, l'Office AI a recueilli des renseignements d'ordre professionnel (extrait du CI, questionnaire à l'employeur) et médicaux (rapports médicaux des médecin traitant et médecin-conseil de l'employeur de l'assurée). Suivant la proposition de la généraliste du Service médical régional des offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR) qu'il a consultée, l'Office AI a requis, le 2 février 2011, une expertise sur le plan neurologique, dont les conclusions ont été rédigées le 28 novembre 2011. En se fondant sur les informations collectées, l'Office AI, dans un préavis du 17 janvier 2012, a informé l'assurée qu'il envisageait de lui octroyer un quart de rente du 1^{er} juillet au 30 septembre 2010, et une demi-rente dès le 1^{er} octobre 2010. Cette préorientation étant restée incontestée, l'Office AI a chargé la caisse de compensation compétente (caisse fédérale de compensation; CFC) de calculer le montant des rentes AI à verser (décisions formelles de l'Office AI Berne des 13 mars et 2 avril 2012).

En sus de moyens auxiliaires (cf. ci-avant), l'Office AI a octroyé à l'assurée, à partir du 1^{er} janvier 2012, une allocation pour impotent de degré faible et une contribution d'assistance dès le 1^{er} janvier 2013 (décisions des 13 mai et 2 avril 2014).

B.

Début 2016, l'Office AI a initié une révision de rente. Il a notamment requis des renseignements auprès de l'employeur et des médecins traitants de l'assurée (médecin spécialiste en médecine interne et neurologue). En mars 2016, l'assurée a invoqué une péjoration de son état de santé. Sollicitée dans ce sens, la généraliste en charge du cas auprès du SMR a fourni son avis après avoir fait compléter le dossier par des documents pédiatriques de l'assurée. Dans un préavis du 23 mars 2017, l'Office AI a alloué à l'assurée une rente entière à partir du 1^{er} août 2016. En dépit des objections formulées par Publica, Caisse fédérale de pensions (ci-après: Publica) à laquelle l'assurée est assujettie en sa qualité d'employée de B._____, l'Office AI a confirmé la teneur de son précédent préavis par décision du 11 mai 2017 (cette décision procédant également, par l'entremise de la CFC, au calcul de la rente entière d'invalidité à partir du

1^{er} juin 2017 et réservant une éventuelle compensation de paiement rétroactif).

C.

Par acte daté du 15 juin 2017, Publica a recouru contre cette décision auprès du TA. Elle a conclu, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision rendue par l'Office AI le 11 mai 2017 et au maintien de la demi-rente AI en faveur de l'assurée. Par courrier du 20 juillet 2017, Publica a introduit une nouvelle procédure de recours contre une décision du 12 juillet 2017 de l'Office AI procédant au calcul du montant à verser à l'assurée après compensation pour la période allant du 1^{er} août 2016 au 31 mai 2017.

Dans son mémoire de réponse du 14 août 2017, l'Office AI (ci-après: l'intimé 1), après avoir sollicité l'avis médical d'une spécialiste en neurologie de son SMR, a conclu à l'annulation de sa décision du 11 mai 2017 et au renvoi de la cause en vue d'exams médicaux complémentaires. Considérant que la motivation de l'AI, dans sa décision du 11 mai 2017, couvrait également celle de la décision émise le 12 juillet 2017, que les griefs avancés par Publica dans son premier recours (15 juin 2017) valaient également pour le deuxième recours (20 juillet 2017) et que la détermination subséquente de l'Office AI du 14 août 2017 concernait également les deux décisions, la Juge instructrice, par ordonnance du 17 août 2017, a joint les deux procédures.

Dans sa détermination du 7 septembre 2017, Publica a réitéré ses précédentes conclusions. Suite à la prise de position du 20 octobre 2017 de l'assurée (qui a conclu principalement au rejet du recours de Publica et, subsidiairement, au renvoi de la cause en vue d'une instruction médicale complémentaire), Publica a précisé, le 31 octobre 2017, que ses recours portaient bien sur deux décisions successives, en persistant dans ses conclusions visant la continuation de la demi-rente, sans nécessité d'instruction complémentaire. Dans sa prise de position du 14 novembre 2017, l'Office AI, quant à lui, a confirmé qu'un calcul de l'invalidité sans profil d'exigibilité valable n'était pas praticable et a qualifié la décision du

12 juillet 2017 de prononcé accessoire réglant les modalités de paiement de la rente entière statuée pour la période du 1^{er} août 2016 au 31 mai 2017. Par la suite, tant l'Office AI que Publica ont renoncé à déposer des observations finales, tout en maintenant, dans leur écrit respectif, leurs précédentes conclusions (courriers des 16 et 27 novembre 2017).

En droit:

1.

1.1 La décision du 11 mai 2017, bien que faisant une réserve quant au montant rétroactif, ne fixe pas le début de la rente dans son dispositif. Seule la lecture de la motivation (autre que celle concernant le calcul de la rente) permet de comprendre que la demi-rente est en réalité élevée à une rente entière à partir du 1^{er} août 2016, sans que le montant valable avant juin 2017 en soit précisé. L'assurée elle-même du reste, au vu de sa prise de position du 20 octobre 2017 (pourtant rédigée avec l'aide d'un organisme d'aide aux personnes handicapées) n'a pas compris le prononcé du 12 juillet 2017 comme accessoire et réglant uniquement des modalités de paiement – ainsi que le prétend l'intimé 1 - puisqu'elle est partie de l'idée que Publica ne contestait que la décision du 11 mai 2017 allouant la rente à partir du 1^{er} juin 2017. Une annulation par le Tribunal de l'ensemble du prononcé, au seul motif du mode échelonné (confus) de décision, aurait cependant représenté une vaine formalité, du reste non requise par les parties. Il se justifie donc, en l'espèce, de considérer que ce sont les deux décisions des 11 mai et 12 juillet 2017 de l'Office AI Berne qui représentent l'objet de la contestation (voir aussi ordonnance du 16 juin 2017). Ces deux décisions ressortissent au droit des assurances sociales; elles allouent à l'assurée, en lieu et place de la demi-rente AI octroyée depuis le 1^{er} octobre 2010, une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} août 2016, dont le montant est fixé pour la période concernée, et règle la question de la compensation des prestations majorées arriérées avec celles déjà versées. Ces décisions fixent les limites des points qui peuvent être critiqués par le recours (qui lui, détermine l'objet du litige devant le TA; ATF 131 V 164 c. 2.1 et 2.3, 125 V

413 c. 1; MERKLI/AESCHLIMANN/HERZOG, *Kommentar zum Verwaltungsrechtspflege im Kanton Bern*, 1997, art. 49 n. 2 et art. 72 n. 6). L'objet du litige, quant à lui, porte, au vu des conclusions du recours de Publica, sur l'annulation de ces décisions et le maintien de la demi-rente d'invalidité au-delà du 31 juillet 2016. Est particulièrement critiqué par la recourante, le montant retenu au titre de revenu d'invalidé en présence d'un état de santé (prétendument) inchangé chez l'assurée depuis la décision initiale de rente. A ce stade, il convient d'emblée de préciser que l'on ne saurait retenir que les conclusions des parties concordent. En effet, s'il est vrai que tant l'Office AI, dans sa réponse, que Publica, dans le recours, concluent à l'annulation des décisions des 11 mai et 12 juillet 2017, il n'en demeure pas moins que la conclusion de l'intimé 1 (qu'admet aussi, subsidiairement au rejet du recours, l'assurée, intimée 2 dans la présente procédure) vise au renvoi de la cause en vue d'une instruction médicale complémentaire (admission cassatoire), alors que celle de Publica tend à une admission réformatrice confirmant que la situation médicale et d'ensemble de l'assurée n'a pas changé depuis l'octroi de la demi-rente, en dépit de la perte de l'emploi occupé depuis 1999.

1.2 Bien qu'interpellé à ce sujet (ordonnance du 16 juin 2018 ch. 4), l'Office AI n'a pas contesté que la décision attaquée du 11 n'avait été réceptionnée que le 16 mai 2017 par la recourante. En dépit de son obligation d'instruction d'office des conditions de recevabilité, le Tribunal a cependant renoncé à instruire de façon plus fouillée le mode d'envoi et, cas échéant, la date de réception de la première décision par la recourante. En effet, au cas particulier, compte tenu de la notification en deux étapes du prononcé, même un recours qui n'aurait été introduit que dans le délai de recours de la deuxième décision, une fois l'ensemble du prononcé en main, n'aurait pas pu être qualifié de tardif. Interjeté ainsi dans les délais et formes prescrits, auprès de l'autorité de recours compétente, par la caisse de pensions à laquelle l'assurée est assujettie et dont l'obligation d'allouer des prestations liées à celles de l'AI fait qu'elle est touchée par les décisions en cause et dispose dès lors de la qualité pour recourir, le recours est recevable (art. 49 al. 4 et 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] et art. 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]; arrêt du Tribunal fédéral [TF] 9C_620/2013 du 26 mars 2014 c. 2).

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 TA examine librement les décisions contestées 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 (art. 7 al. 1 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 (art. 16 LPGA).

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

l'assuré a droit à une demi-rente et pour un degré d'invalidité de 40% au moins, il a droit à un quart de rente.

2.3 Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA). Constitue un motif de révision tout changement sensible de la situation réelle propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente. La rente d'invalidité peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais également lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou l'accomplissement des travaux habituels) ont subi un changement notable (ATF 141 V 9 c. 2.3, 130 V 343 c. 3.5). Il faut prendre en compte comme bases temporelles déterminantes pour la comparaison, d'une part, l'état de fait au moment de la décision d'octroi de rente initiale et, d'autre part, celui au moment des décisions de révision litigieuse (ATF 130 V 343 c. 3.5.2, 125 V 368 c. 2; SVR 2010 IV n° 53 c. 3.1).

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).

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 moyens de preuve 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). La valeur probante d'un rapport médical dépend du fait que les points litigieux

importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Ainsi, ni la provenance du moyen de preuve, ni l'appellation du mandat confié au médecin (rapport ou expertise) ne sont déterminantes pour la force probante d'un tel document (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 134 V 231 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a).

3.

3.1 Les trois parties s'accordent pour considérer que la suppression, au 31 juillet 2016, de l'emploi de bibliothécaire occupé par l'assurée depuis 1999 auprès de B. _____ constitue à tout le moins un motif plausible de révision de rente (d'ordre économique), susceptible de modifier de façon notable la capacité de gain. Suite à l'annonce par l'assurée, en août 2015, de la suppression de l'emploi et à l'échec de mesures d'aide au placement, l'Office AI a ouvert une procédure de révision début 2016. Dans la mesure où il n'aurait pas agi d'office, il est ainsi entré en matière sur la demande de révision de l'assurée exprimée par sa communication d'août 2015 (art. 87 al. 1 let. b et/ou al. 2 du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]). Dans ce contexte, puisque la perte d'emploi résultait d'une suppression de poste (donc qu'on ne pouvait pas supposer avec une vraisemblance prépondérante que sans ses handicaps, l'assurée aurait continué de travailler dans le même emploi; TF I 517/02 du 30 octobre 2002 c. 1.2), l'Office AI, pour effectuer le calcul de l'invalidité, ne s'est pas basé, pour le revenu sans invalidité, sur le salaire effectif réalisable dans l'emploi supprimé (en 2010, Fr. 103'345.-), mais s'est fondé, pour les deux revenus hypothétiques avec et sans invalidité, sur une base statistique correspondant aux rémunérations rétribuant les femmes, dans les prestations de service, avec un niveau de qualification 3 – valant pour des tâches pratiques complexes nécessitant un vaste ensemble de connaissances spécialisées (Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS] publiée par l'Office fédéral de la statistique [OFS], rubriques 94-96, pour un horaire de 41,7 heures et indexé à 2015:

Fr. 82'842.-). La recourante a accepté implicitement le motif de révision économique en tant qu'elle s'est ralliée aux nouvelles bases statistiques de comparaison des revenus adoptées par l'intimé 1 (pour les décisions de rente de 2012, ce dernier comparait le salaire effectivement réalisé dans l'emploi supprimé et celui attribué à ce poste à 100%).

3.2 En revanche, l'avis des parties diverge quant à la façon d'évaluer le revenu hypothétique avec invalidité par rapport à celui sans handicap.

3.2.1 Dans ses décisions contestées, l'Office AI est arrivé à la conclusion que le degré d'invalidité de l'assurée était désormais de 70% (et non plus 50%), lui ouvrant ainsi un droit à une rente entière dès le 1^{er} août 2016. Pour ce faire, s'agissant du revenu d'invalidé, l'Office AI a considéré qu'à cause de la suppression de son emploi idéalement adapté, même dans l'hypothèse d'un marché du travail équilibré, du fait de sa capacité de travail et de son rendement réduits, l'assurée subissait une perte de gain supérieure à celle qu'elle connaissait dans sa précédente activité. Il a retenu une capacité de travail de 35% (50% du taux de présence de 70% et non plus une capacité de travail de 50% pour un taux de présence de 70%), moyennant un abattement supplémentaire de 15% (en raison de la nécessité de travailler strictement en position assise, de l'impossibilité de se déplacer sans déambulateur et de ranger ou déplacer des objets tels que des livres ou dossiers). Dans son mémoire de réponse au recours, suivant les recommandations de la neurologue nouvellement consultée au sein de son SMR (avis médical de juillet 2017 n'allant pas dans le même sens que celui, antérieur, de la généraliste en charge du dossier au SMR, qui ne voyait pas de changement important dans l'état de l'assurée depuis 2011), l'intimé 1 a modifié sa position. Il admet désormais que les pièces médicales versées au dossier ne permettent pas de déterminer si l'état de santé de l'assurée a changé depuis la décision du 2 avril 2012. Partant, l'Office AI conclut à l'annulation des décisions contestées en vue de la mise en œuvre d'une expertise neurologique.

3.2.2 La recourante, quant à elle, conclut à l'annulation (réformatoire) des décisions des 11 mai et 12 juillet 2017 de l'Office AI et au maintien du droit de l'assurée à une demi-rente AI. Se fondant sur les rapports du SMR des 10 août 2016 et 15 février 2017, elle avance que c'est à tort que l'intimé 1 a

estimé que l'état de santé de l'assurée s'était péjoré (depuis la décision initiale de rente en 2012), les troubles invoqués étant, selon la recourante, établis et toujours les mêmes. Dans la détermination du revenu avec invalidité, elle requiert la prise en compte d'une capacité de travail (inchangée depuis 2012) de 50%. Elle conteste également qu'un abattement se justifie en plus de la capacité de travail réduite à 50% pour un horaire à 70%. Dans sa réplique, elle refuse de se rallier aux nouvelles conclusions de l'intimé 1 tendant à un renvoi pour instruction supplémentaire.

3.2.3 L'assurée, hormis les questions qu'elle se pose au sujet de la portée du recours, restreinte, selon ce qu'elle comprend, à une seule des deux décisions (voir c. 1.1), requiert principalement le maintien de la rente entière depuis le 1^{er} août 2016 et, subsidiairement, sollicite une évaluation médicale précise.

4.

4.1 En présence d'une modification notable de l'état de fait, le droit à la rente doit être examiné tant sous l'angle des faits que du droit, de manière complète, c'est-à-dire en tenant compte du spectre entier des éléments déterminants le droit à la prestation, ainsi qu'avec un regard neuf et sans être lié à de précédentes estimations de l'invalidité (ATF 141 V 9 c. 2.3, 117 V 198 c. 4b; SVR 2017 IV n° 40 c. 5.2.2). L'intimé 1 ayant ouvert une procédure de révision suite à la perte par l'assurée de son emploi occupé depuis 1999 (motif de révision de nature économique, voir c. 2.3 et 3.1), il lui appartenait donc d'investiguer l'ensemble de la situation, économique et médicale, de l'assurée. Sa première évaluation procédait, au vu de la motivation des décisions, essentiellement d'une appréciation subjective d'exigibilité, selon laquelle l'emploi perdu correspondait à un emploi profilé d'une façon tellement idéale en fonction des besoins de l'assurée, qu'il était difficile d'imaginer que le marché du travail ordinaire, même équilibré, en offre de semblables (quant à la notion de marché du travail équilibré voir notamment: ATF 138 V 457 c. 3.1, 110 V 273 c. 4b; SVR 2017 IV n° 64 c. 4.1, 2008 n° 62 c. 5.1; RCC 1991 p. 329 c. 3b). Dans sa réponse au

recours, l'intimé 1 a soutenu que son évaluation n'était pas suffisamment étayée dans son aspect médical. Fort de ce constat, il a conclu à une annulation de ses décisions pour instruction supplémentaire, investigations que la recourante tient pour inutiles en présence d'un dossier qui, à ses yeux, permet d'exclure une modification déterminante de l'état de santé depuis les décisions de mars/avril 2012. Dans ces circonstances, il s'impose donc d'examiner en priorité si la documentation médicale au dossier permet de trancher les divergences entre parties.

4.2 Les évaluations médicales réunies avant les décisions initiales de rente AI de mars/avril 2012 (en particulier le dossier pédiatrique de l'assurée, transmis en janvier 2017 à l'Office AI) peuvent se résumer comme suit:

4.2.1 La tomométrie axiale cérébrale pratiquée le 4 décembre 1978 alors que l'assurée avait cinq ans n'a révélé aucune anomalie, en particulier quant à une éventuelle malformation cérébrale ou une atrophie corticale 238/13, en présence de valeurs dans les normes (structures médianes, système ventriculaire, densité du parenchyme cérébral, sillons corticaux, tronc cérébral). Les clichés réalisés en mai 1979 ont exclu la présence d'une calcification intracrânienne et toute suspicion d'hypertension intracrânienne chronique a également pu être écartée. L'électroencéphalographie réalisée en mai 1979 a fait également état d'une activité du cerveau dans les limites de la normale et l'examen clinique neurologique pratiqué à la même époque a mis en évidence, quant à lui, des difficultés à marcher sur les talons et un test de Romberg (épreuve de l'équilibre) instable. Faisant une synthèse des différents examens pratiqués, le neurologue consulté par la pédiatre traitante a conclu à une infirmité motrice cérébrale mixte avec légère plasticité et ataxie. L'ophtalmologue consulté en 1980 a, pour sa part, observé une rétine finement ridée qu'il a mise en relation avec un ancien œdème rétinien ou capillaire. Le spécialiste en pédiatrie neurologique ayant examiné l'assurée en 1985, alors qu'elle avait 12 ans, a mis en lumière une ataxie cérébelleuse (à savoir un certain nombre de désordres affectant la coordination, l'équilibre et le langage en raison d'une lésion au cervelet) touchant les mains et les jambes, accompagnée d'une légère dysarthrie

(trouble de la parole, discours lent). L'IRM cérébrale pratiquée en mars 2003 en raison de signes parlant en faveur de l'existence d'une forme ataxique d'infirmité moteur cérébrale avec apparition d'un déficit sensitivo-moteur et sensitif a révélé une atrophie pariéto-occipitale bilatérale symétrique et des kystes arachnoïdiens occipitaux gauches.

4.2.2 Le médecin, chef de clinique à l'hôpital pédiatrique universitaire suivant l'assurée, a mis en évidence, en juin 2006, les difficultés rencontrées par l'assurée dans ses déplacements limités (25 à 30 mètres) en raison d'une grande instabilité due à la plasticité de ses membres inférieurs. Son rapport subséquent de novembre 2010 (suite à un examen clinique pratiqué en 2009) a confirmé ses précédentes conclusions tout en mentionnant un pronostic (très vraisemblablement) défavorable pour l'avenir (péjoration des capacités musculaires).

4.3 Pour rendre ses décisions de quart/demi-rente AI de mars/avril 2012, l'Office AI s'était principalement fondé sur l'expertise neurologique rédigée le 28 novembre 2011, qu'il avait diligentée (sur recommandation de son SMR) à la suite du JTA du 7 juillet 2010 précité (cf. let. A), auprès de la clinique neurologique d'un hôpital universitaire.

Dans son rapport, l'expert neurologue avait retenu le diagnostic d'un syndrome cérébelleux en présence d'une polyneuropathie sensitivomotrice d'origine indéterminée. Il avait également émis celui différentiel d'ataxie de Friedreich. Quant aux symptômes éprouvés par l'assurée, l'expert avait décrit une diminution de la force au niveau des jambes et des articulations générant des difficultés à se tenir en position debout ou à marcher. L'expert avait également relevé des limitations d'ordre cognitif. Considérant que les restrictions observées entravaient fortement les activités inhérentes à la profession de bibliothécaire, l'expert avait alors retenu une capacité de travail de 50% avec un temps de présence de 70% (correspondant à l'emploi effectivement occupé) en raison d'une lenteur inhérente aux pathologies incriminées, sans pouvoir toutefois arrêter avec précision depuis quand il convenait de retenir cette estimation mais en précisant que ces restrictions allaient s'accroître avec le temps. Quant au profil d'exigibilité, l'expert avait préconisé l'exercice d'une activité lucrative en position assise (bureau, travail à l'ordinateur, permanence téléphonique),

sans déplacement ni port de charges et suffisamment d'espace pour l'utilisation d'un déambulateur. A la question de savoir si la capacité de travail de l'assurée était exploitée à souhait dans son activité actuelle, l'expert avait répondu que les aménagements prévus par l'employeur de l'assurée étaient optimaux.

4.4 Entre mars/avril 2012 et mai/juillet 2017, les rapports médicaux suivants ont notamment été rédigés:

4.4.1 Le généraliste traitant suivant l'assurée depuis mai 2007 a confirmé, dans son avis du 25 mars 2013, le diagnostic de syndrome cérébellaire en présence d'une polyneuropathie sensitivomotrice d'origine indéterminée, qu'il a également considérée comme ayant des effets sur la capacité de travail de l'assurée (selon lui, de 50% depuis le 1^{er} septembre 2012). Interpellé par l'Office AI sur l'état de santé de sa patiente, il a mentionné une péjoration de la situation médicale. Il estime que les troubles endurés se manifestent par une très grande fatigue et des difficultés importantes de coordination inhérentes à la pathologie existante. Il a également relevé que les déplacements pour l'assurée, bien qu'en possession d'un déambulateur et d'une chaise roulante, ne pouvaient être effectués sans l'aide de tiers. Ces considérations médicales ont été réitérées dans un rapport subséquent du 1^{er} mars 2016, en présence d'une assurée dont l'état de santé était, selon ce médecin, depuis 2013, stationnaire.

4.4.2 Dans son rapport médical du 24 mai 2016, la neurologue traitante, à l'instar de l'expert neurologue en 2011, a retenu le diagnostic d'un syndrome cérébellaire en présence d'une polyneuropathie sensitivomotrice d'origine indéterminée et une ataxie de Friedreich comme pathologie différentielle. Le diagnostic secondaire d'eczéma chronique et récurrent affectant les deux mains et les deux jambes a également été posé. Que ce soit au niveau des extrémités des membres supérieurs ou inférieurs, la neurologue a observé une musculature/un tonus atrophiés et une force également diminuée. Elle a qualifié la motricité fine des mains, de sévèrement altérée et ralentie. Quant à la capacité de déplacement de l'assurée, la neurologue a fait état de l'impossibilité pour l'assurée de se relever sans l'aide des bras. Le maintien de la station debout n'était possible, selon elle, que grâce à un déambulateur et la marche était très

saccadée. Sur la base des déclarations de l'assurée et d'un frère de celle-ci, une péjoration de l'état de santé était évoquée, l'assurée étant désormais incapable de se déplacer sans déambulateur et sur une distance de plus de 20 à 30 mètres, de même que victime de chutes fréquentes, en raison d'un surcroît de fatigue induit par les pathologies incriminées. Si la neurologue a rapporté que le rendement au travail exigible était (apparemment) bien fixé à 50% (avec des remarques de forte baisse, soit un taux effectif de 25%, apparemment estimé par le supérieur), elle a précisé qu'à son avis, le taux de 50% représentait une exigibilité en tout cas maximale (besoin de beaucoup plus de temps qu'une personne en bonne santé pour les nécessités quotidiennes de la vie personnelle). Selon elle, en fonction d'aménagements à prévoir sur le lieu de travail démesurés au regard du rendement à estimer à 20-25%, mais en conscience du fait qu'une activité professionnelle était primordiale pour l'équilibre psychique de sa patiente, elle préconisait d'intégrer l'assurée dans un environnement protégé, à raison de deux à trois demi-journées par semaine.

4.4.3 La généraliste du SMR, dans son avis médical du 10 août 2016, remettant en doute le bienfondé de plusieurs prestations accordées à ses yeux, sans constats médicaux objectifs suffisants, à l'assurée (notamment les frais de taxi et de certains moyens auxiliaires), n'a pu retenir une pathologie référencée. Elle a ainsi mentionné le diagnostic différentiel d'une maladie neurologique dans lequel des facteurs étrangers à l'AI entrent en considération. Elle n'a également pas été en mesure de se prononcer sur les limitations fonctionnelles endurées, ou encore d'arrêter un profil d'exigibilité dans un contexte neurologique, selon elle, en amélioration depuis l'expertise de 2011. Son avis médical (divergent) du 15 février 2017, qu'elle a rédigé après avoir pu consulter (à sa demande) le dossier pédiatrique de l'assurée, a mis en lumière le diagnostic d'infirmité motrice cérébrale de forme ataxique existant depuis la naissance. Tout en concédant l'existence d'un déconditionnement musculaire en recrudescence chez l'assurée, d'où l'importance, selon elle, de recourir à la physiothérapie et de maintenir autant que possible son corps en mouvement, la généraliste du SMR estime que la situation médicale est analogue à celle de 2011. Pour cette raison, elle se rallie au profil

d'exigibilité retenu en 2011 par l'expert en neurologie mandaté alors par l'Office AI.

4.4.4 La spécialiste en neurologie travaillant au sein du SMR, que l'intimé a (nouvellement) sollicitée durant la procédure d'instruction en vue de la rédaction de son mémoire de réponse du 14 août 2017, a d'emblée mis l'accent sur la différence existant entre le diagnostic de sa consœur, généraliste auprès du SMR, à savoir une parésie cérébrale, et celui, spécialisé, posé par l'expert en 2011 de même que la neurologue traitante le 2 août 2017, soit un syndrome cérébelleux en présence d'une polyneuropathie sensitivomotrice d'origine indéterminée, diagnostic auquel elle s'est ralliée. Elle a également approuvé, à titre de diagnostic différentiel, l'hypothèse d'une ataxie de Friedreich. La neurologue du SMR a relevé que, selon elle, les constats objectifs neurologiques de 2011 retenus par l'expertise et ceux de 2016 (décrits parfois de façon peu précise par la neurologue traitante) n'étaient que très partiellement superposables. En outre, toujours selon la neurologue du SMR consultée, les rapports neurologiques tant en 2011 qu'en 2016, hormis une mesure de la distance de marche avec déambulateur, ne contenaient aucune description fonctionnelle permettant d'évaluer la capacité de travail et son évolution ou d'établir un profil d'exigibilité. Dans ces conditions, elle a estimé, contrairement à l'avis de sa consœur généraliste au sein du SMR (qui avait retenu une situation médicale inchangée), qu'il n'était pas possible de se prononcer sur l'évolution de l'état de santé de l'assurée. Afin de pouvoir disposer de valeurs fiables, elle a préconisé de mettre en œuvre une (nouvelle) expertise neurologique.

5

5.1 Il résulte des appréciations médicales résumées au c. 4 que la seule évaluation sur laquelle la recourante peut se fonder pour exclure que l'état de santé de l'intimée 2 se soit modifié depuis l'octroi de la rente en 2012 (voir la problématique décrite au c. 4.2) est celle établie le 15 février 2017 par la généraliste en charge du cas au SMR. En effet, cette dernière a elle-même concédé, après avoir fait compléter le dossier par les

documents médicaux pédiatriques encore susceptibles d'être obtenus, que sa précédente synthèse du 10 août 2016 ne reposait pas sur une documentation suffisante. Quant au rapport du généraliste traitant du 1^{er} mars 2016, il qualifie certes aussi l'état de stationnaire, mais se réfère à son précédent avis du 25 mars 2013 qui, lui, décrivait une détérioration de la situation médicale.

5.2 S'il est vrai, selon la jurisprudence, que les rapports du SMR peuvent avoir une valeur probante comparable à celles d'autres expertises, ils doivent néanmoins satisfaire aux exigences définies par la jurisprudence en matière d'expertise médicale (ATF 125 V 351 c. 3a), y compris en ce qui concerne les qualifications médicales nécessaires (SVR 2017 IV n° 13 c. 3, 2009 IV n° 53 c. 3.3.2). Si toutefois un cas d'assurance devait être tranché sans qu'une expertise externe soit ordonnée, il convient alors de poser des exigences sévères en matière d'appréciation des preuves. En particulier, les rapports des médecins traitants remis par la personne assurée doivent également être pris en considération. Si les conclusions des constatations d'une personne spécialisée interne à l'assurance sont mises en doute par le rapport concluant d'un médecin traitant, l'indication générale de sa position contractuelle (ATF 125 V 351 c. 3a/cc) ne suffit pas à écarter ces doutes. Il appartient bien plus au tribunal d'ordonner une expertise judiciaire ou de renvoyer le dossier à l'assureur social, afin qu'il ordonne, dans le cadre de la procédure, une expertise selon l'art. 44 LPGA (ATF 142 V 58 c. 5.1, 135 V 465 c. 4.4 à 4.6).

5.3 Le rapport de synthèse présenté à l'AI le 15 février 2017 comprend certes une discussion fouillée du cas, qui repose sur un exposé détaillé de la documentation médicale au dossier, replacée dans le contexte des demandes successives de prestations AI de l'assurée. Ce rapport, uniquement établi sur dossier, a cependant été rédigé par un généraliste, alors que des troubles neurologiques sont en cause, ce qui en affaiblit déjà le caractère probant (voir TF 9C_323/2009 précité c. 4.3.1 avec références; VGE IV/11/530 du 19 septembre 2011 c. 4.1.2). De plus, le diagnostic auquel la généraliste du SMR parvient (parésie cérébrale de forme ataxique et exclusion du diagnostic différentiel d'ataxie de Friedreich; dos. AI 242/4) ne correspond pas à celui posé par l'expert en neurologie

mandaté en 2011 et la neurologue traitante en 2016 (adopté aussi par la neurologue du SMR appelée à se prononcer, il est vrai également sur dossier, en vue de la réponse au recours; c. 5.3.4). En conséquence, on ne peut retenir que les conclusions de la généraliste du SMR se fondent sur des bases médicales certaines (TF 8C_206/2017 du 09.06.2017 c. 4.3). La motivation principale du résultat du rapport (état inchangé depuis les décisions de mars/avril 2012), soit la confrontation des résultats de l'expertise de 2011 et de l'avis de la neurologue traitante en mai 2016, n'est pas non plus convaincante. D'une part, elle repose sur un diagnostic de maladie pratiquement pas évolutive aux yeux de la généraliste, ce qui va à l'encontre des réserves faites déjà dans l'expertise de 2011, avec la recommandation d'investiguer mieux l'étiologie des handicaps afin de mieux organiser les thérapies (dos. AI 97/7 et 9). A ce sujet, la généraliste du SMR part de l'idée qu'une intensification de la physiothérapie et de l'exercice, remédiera au déconditionnement et maintiendra, voire développera les capacités fonctionnelles, opinion qui n'est pas partagée, ou sous grande réserve, par les spécialistes qui estiment que l'entraînement physique, à nettement intensifier selon la neurologue traitante, ne permettra qu'à ralentir la progression de la maladie, de plus au détriment des ressources disponibles pour une activité professionnelle (dos. AI 97/9 et 209/3-4). D'autre part, la neurologue du SMR, en août 2018, compte tenu du manque de précision technique des observations médicales, n'a pas pu se rallier au raisonnement par lequel sa consœur généraliste au SMR arrivait à déduire que les constats objectifs rapportés dans l'expertise de 2011 se recoupaient avec ceux décrits par la neurologue traitante en 2011. Cette divergence remet également en cause la fiabilité de l'évaluation de la généraliste du SMR. Le choix d'insister sur certaines phases de la procédure administrative pour mettre en doute les handicaps prétendus par l'assurée, détails qui en y regardant de plus près se révèlent insuffisamment replacés dans le contexte, contribue aussi à affaiblir la confiance à placer dans les conclusions du rapport du 15 février 2017 (par ex.: le perfectionnement professionnel ayant impliqué un surcroît de frais de taxi en 2008, 2009 et 2011 a été qualifié de nécessaire par l'employeur [dos. AI 66/2] et rien n'indique qu'il s'agissait d'un choix personnel de l'assurée; voir aussi la référence au rapport du médecin de famille du 1^{er} mars 2016, qui atteste certes d'un état stationnaire, mais renvoie à l'avis

précédent du 25 mars 2013, qui lui certifiait déjà une détérioration). De même, il est surprenant que l'évaluation de février 2017 ne discute même pas les observations faites par les personnes impliquées dans les mesures professionnelles mises en œuvre en 2016, notamment celles du collaborateur spécialisé de l'Office AI chargé du cas (description d'un comportement de l'assurée refusant d'accepter la progression de la maladie et intention de l'AI d'orienter désormais les recherches vers les activités en cadre protégé, solution aussi envisagée par la neurologue traitante ["Protokoll per 14.08.2017" p- 10]; dos. AI.209/5).

5.3 Au vu de ce qui précède, contrairement à l'avis de la recourante, le rapport du 15 février 2017, élaboré sans examen personnel et par une médecin généraliste employée par le SMR, ne fait pas le poids face aux avis médicaux, notamment spécialisés, divergents figurant au dossier des médecins traitants et de la neurologue du SMR intervenue en vue de la rédaction de la réponse au recours. Le rapport du 15 février 2017 ne permet pas d'exclure, avec une vraisemblance prépondérante (degré de preuve exigé en droit des assurances sociales; ATF 138 V 218 c. 6; SVR 2017 UV n° 20 c. 3.2), que, depuis les décisions d'octroi de la demi-rente en 2012, l'état de santé de l'assurée s'est modifié dans une mesure susceptible d'influer sur le niveau de la rente dans la période visée par l'objet de la contestation.

6

6.1 S'agissant de l'argumentation du recours, il faut encore préciser que dans l'hypothèse apparemment suivie par l'intimée 2 dans les décisions attaquées, selon laquelle l'activité de bibliothécaire exercée depuis 1999 représentait un emploi de niche que le marché ordinaire du travail, même équilibré, n'offre pas avec une vraisemblance prépondérante (voir c. 3.2.1 et 4.1), le motif de révision de nature économique pourrait suffire en soi pour justifier une élévation du taux d'invalidité (voire de la rente) sans qu'une modification de l'état de santé depuis l'octroi de la demi-rente soit intervenue. En effet, la jurisprudence admet l'existence d'un motif de révision lorsque les conséquences de l'état de santé (constant en soi) sur

la capacité de gain a subi un changement notable, notamment dans le cas d'une amélioration de la capacité de travail en raison de l'accoutumance ou de l'adaptation au handicap (c. 2.3; ATF 141 V 9 c. 2.3, 130 V 343 c. 3.5). Si une telle accoutumance qui induit une augmentation du revenu avec invalidité constitue un motif pour diminuer la rente, l'inverse doit également logiquement pouvoir se produire. Si l'emploi particulièrement adapté dans lequel la personne handicapée réalise un revenu plus haut que ce que laissait prévoir son profil d'exigibilité, même sans modification de l'état de santé, la rente doit pouvoir être augmentée.

6.2 Reste à examiner la question de savoir si les pièces au dossier permettent d'établir, toujours au degré de la vraisemblance prépondérante, un motif de révision impliquant une augmentation de rente.

6.3 La discussion figurant au c. 5 a montré que le dossier médical ne permettait pas d'exclure à suffisance de droit l'hypothèse d'une détérioration de l'état de santé de l'assurée, compte tenu des faiblesses du seul rapport allant dans ce sens, à savoir celui du 15 février 2017 de la généraliste du SMR. Toutefois, en confrontant l'appréciation en question aux autres évaluations médicales, on constate aussi, à l'instar des conclusions auxquelles est parvenue la neurologue du SMR consultée par l'intimé 1 en procédure de recours, que ces autres évaluations ne sont pas non plus suffisantes pour se prononcer sur une augmentation de rente.

Tout d'abord, on ne peut ignorer qu'une partie de ces appréciations émanent des médecins traitants de l'assurée (médecin de famille et neurologues). L'avis d'un médecin traitant, en dépit de sa position contractuelle, est certes de nature à remettre en doute une évaluation du SMR, mais elle n'en revêt pas pour autant, en règle générale, une force probante suffisante. Il faut tenir compte du fait qu'en égard à la relation de confiance établie avec le patient, le médecin de famille, de même que les autres médecins traitants, généralistes ou spécialistes, auront plutôt tendance, dans le doute, à favoriser celui-ci (ATF 125 V 351 c. 3b/cc; SVR 2015 IV n° 26 c. 5.3.3.3; TF I 655/05 du 20 mars 2006 c. 5.4). Au cas particulier, il faut aussi souligner que la médecin la plus spécifiquement spécialisée, la neurologue, ne suivait l'assurée que depuis janvier 2016 lorsqu'elle a rédigé son rapport en mai 2016 qui, en dépit d'un examen

clinique étendu, ne comporte qu'une anamnèse succincte de quelques lignes, sans aucune donnée comparative de confrères. Si elle constate d'importants déficits, la détérioration qui est évoquée ne peut donc guère reposer que sur des données subjectives de l'assurée et de son frère. De même que pour les autres spécialistes traitants impliqués, le médecin de famille et même l'expert de 2011, l'estimation de la capacité de travail est du reste en grande part déterminée en fonction du taux de l'emploi occupé depuis de nombreuses années (auquel l'assurée tenait), sans quantification précise des déficits fonctionnels effectifs ni définition d'un profil d'exigibilité. Des empêchements sont décrits (difficultés de se lever, de tenir debout, de se déplacer, de même qu'au niveau de la motricité fine des mains), mais pas (ou peu) les ressources et capacités résiduelles. La (nouvelle) neurologue traitante fait simplement remarquer qu'elle estime que le taux de 50% se situe à la limite supérieure de ce qui est exigible et qu'un taux bien inférieur de 20-25%, articulé par le supérieur de l'assurée (selon les dires de cette dernière), voire une activité dans un cadre protégé, paraissent plus adaptés.

Il est vrai que les autres prestations qui ont été octroyées à l'assurée (contribution d'assistance, allocation pour impotence de degré faible, moyens auxiliaires) parlent pour l'existence d'atteintes prononcées, mais le fait que l'assurée a continué de travailler dans ces conditions ne permet pas d'évaluer concrètement ses empêchements et ses ressources dans les domaines professionnels les mieux adaptés, et encore moins la question de l'évolution des handicaps. Même les propres déclarations de l'assurée selon lesquelles, début 2016, elle qualifiait son état d'inchangé, en dépit d'une importante fatigue (questionnaire de révision de rente de décembre 2015, dos. AI 186/1), alors que le 14 mars 2016, elle a écrit à l'intimé 1 pour l'avertir d'une dégradation brutale de sa santé (dos. AI 197) sont difficilement interprétables. En décembre, malgré la résiliation de son contrat de travail et l'épreuve des recherches d'emploi, elle ne voulait pas compromettre ses chances dans la mesure professionnelle qui s'organisait et en mars, son courrier peut être interprété comme le reflet d'une situation pénible transitoire (échec de la mesure professionnelle, fatigue induite par le cumul de l'emploi et des recherches de travail) ou comme une prise de

conscience face à la progression (jusqu'ici inavouable pour elle) de la maladie (voir "Protokoll per 14.08.2017" p. 10).

Le dossier ne permet donc pas non plus, selon une vraisemblance prépondérante, de démontrer, soit une détérioration sensible, à une date déterminée, de l'état de l'assurée depuis l'octroi de la demi-rente, soit un état de santé, même indépendamment de toute évolution récente, de toute façon atteint à un tel point que l'exigibilité reconnue dans l'ancien emploi puisse être exclue d'emblée.

7.

Il résulte de ce qui précède qu'il faut certes annuler les décisions attaquées, mais aussi (ce qui ne correspond pas aux conclusions du recours) renvoyer la cause à l'Office AI pour rendre une nouvelle décision. Il se prononcera après avoir mis en lumière, au moyen d'une nouvelle expertise, à tout le moins neurologique comme il le propose, les véritables handicaps fonctionnels découlant de la pathologie évolutive dont l'assurée est vraisemblablement atteinte, voire ses éventuelles fluctuations, et ce, pour toute la période couverte par l'objet de la contestation (jusqu'à la date de la décision à rendre; ATF 131 V 242 c. 2.1, 130 V 138 c. 2.1). Une éventuelle augmentation de la rente pourra intervenir, ainsi que les décisions annulées le prévoyaient, au 1^{er} août 2016 selon l'art. 88^{bis} al. 1 let. b RAI (fin du contrat de travail, si le moment de la révision est défini par le motif économique). Elle pourra aussi être fixée à un autre moment, si c'est le motif d'une détérioration médicale qui l'emporte, en fonction des art. 88a al. 2 et 88bis al. 1 let. a RAI, en tenant compte de la demande de révision du 14 mars 2016 (dos. AI 197) et, si ce moment est antérieur au terme du contrat de travail, en prenant en considération une éventuelle part de salaire social. Une très hypothétique diminution de rente (jamais envisagée même par la recourante) ne pourrait avoir d'effet que postérieurement à une décision correspondante (art. 88bis al. 2 let. a RAI) et la demi-rente doit donc être maintenue pendant la durée de l'administration de preuves à mener par l'intimé 1.

8.

8.1 Par conséquent, le recours est admis dans la mesure où les décisions rendues par l'Office AI Berne les 11 mai et 12 juillet 2017 octroyant, depuis le 1^{er} août 2016, une rente entière à la place de la demi-rente sont annulées (gain de cause formel). Toutefois, contrairement à ce que la recourante a demandé dans sa réplique, mais conformément à la conclusion retenue par l'Office AI dans sa réplique (et l'assurée à titre subsidiaire), le dossier est renvoyé à l'intimé 1 en vue de procéder à une instruction complémentaire au sens des considérants et de rendre une nouvelle décision (indispensable, même si la demi-rente venait finalement à être confirmée, vu la demande de révision du 14 mars 2016 de l'assurée; art. 74^{ter} let. f RAI).

8.2 Même si au vu de gain de cause formel, la situation juridique de la recourante s'avère plus favorable qu'à l'issue de la procédure administrative antérieure et que des frais ne peuvent être mis à sa charge (ATF 137 V 57 c. 2.1), la succombance de l'Office AI est limitée au fait qu'il a rendu des décisions qui ont suscité le recours. Pour le surplus, l'issue de la procédure correspond aux conclusions de sa réplique. Par analogie avec les situations de conclusions concordantes, l'Office AI supportera Fr. 200.- de frais judiciaires réduits (art. 69 al. 1^{bis} LAI et 108 al. 1 LPJA; JAB 2009 p. 186 c. 4; voir dans ce sens: VGE IV/2015/1133 du 31 mars 2016 c. 4.1). Des frais ne peuvent être mis à la charge de l'intimée 2 eu égard à sa conclusion subsidiaire. L'avance de frais de Fr. 800.- versée par la recourante lui sera restituée.

8.3 Malgré son gain de cause (formel), la recourante, en sa qualité d'assureur social, ne peut prétendre à l'octroi de dépens (art. 61 let. g LPGA; ATF 128 V 124 c. 5b). Bien qu'elle obtienne gain de cause (sous l'angle de sa conclusion subsidiaire), il n'y a pas lieu non plus d'allouer de dépens, pas même en la forme d'une indemnité de partie, à la recourante qui n'est pas représentée en justice et dont les efforts déployés dans le cadre de la présente procédure ne dépassent pas la mesure de ce que tout un chacun consacre à la gestion de ses affaires personnelles (art. 61 let. g LPGA; ATF 127 V 2015 c. 4b et références).

Par ces motifs:

1. Le recours est admis et les décisions contestées, qui augmentaient la demi-rente à une rente entière d'invalidité, sont annulées. La cause est renvoyée à l'Office AI Berne pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
2. Les frais de la procédure, fixés forfaitairement à Fr. 200.-, sont mis à la charge de l'Office AI Berne. Il n'est pas perçu d'autres frais de procédure. L'avance de frais de Fr. 800.- versée par la recourante lui sera restituée lorsque le présent jugement sera entré en force.
3. Il n'est pas alloué de dépens.
4. Le présent jugement est notifié (R):
 - à la recourante,
 - à l'intimé 1,
 - à l'intimée 2,
 - à l'Office fédéral des assurances sociales.

La présidente:

La greffière:
e.r. J. Desy, 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).