



Cour III
C-7146/2009

Arrêt du 4 octobre 2011

Composition

Vito Valenti (président du collège),
Beat Weber et Philippe Weissenberger, juges,
Yannick Antoniazza-Hafner, greffier.

Parties

A. _____,
recourante,

contre

**Office de l'assurance-invalidité pour les assurés
résidant à l'étranger (OAIE)**, avenue Edmond-Vaucher 18,
case postale 3100, 1211 Genève 2,
autorité inférieure.

Objet

Assurance-invalidité (décision du 13 octobre 2009).

Faits :**A.**

A.a La requérante A. _____ est une ressortissante française née le [...] 1962 (doc 1 p. 11). Au bénéfice d'un certificat d'aptitude professionnelle dans le domaine boucherie-charcuterie, elle travaille en qualité de frontalière en Suisse à plein temps tout d'abord comme vendeuse dans la section boucherie d'un supermarché de 1988 à 1990 puis, dès octobre 1990, comme ouvrière au service d'une entreprise s'adonnant principalement au montage et à la production d'appareils électroniques (doc 1 p. 4 n° 6.2; 6; 11 p. 3; dossier OAIE p. 64). Souffrant de douleurs dorsales dès l'été/automne 2001, elle est opérée le 28 novembre 2001 pour excision d'hernie discale C6-C7 gauche aux Hôpitaux B. _____ (doc 11 p. 8-13; 25 p. 22 [discectomie en C6-C7 avec pose d'une cage intercorporelle en C6-C7]). Dès février 2002, elle reprend un mi-temps thérapeutique suivant ainsi l'avis de son médecin traitant (doc 6 p. 2; 11 p. 3 et 12). Son employeur ne l'affecte plus au montage des pièces et lui attribue une activité plus légère, exercée à 50%, dans l'archivage et la programmation (doc 18 p. 2 et p. 10, 4^{ème} paragraphe).

A.b N'ayant pas été en mesure d'augmenter son taux de travail de 50% depuis lors et s'étant retrouvée en incapacité de travail totale passagère à plusieurs reprises (doc 6 p. 2), elle dépose une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité du canton du Bâle-Ville (ci-après: OAI BS) en date du 25 mars 2003 (doc 1 p. 1).

B.

B.a Dans le cadre de l'instruction de la demande, l'OAI BS recueille divers renseignements économiques et médicaux relatifs à la requérante dont notamment un rapport médical pour frontalier du 14 mai 2003 (doc 11 p. 1-5) établi à la demande de l'administration par le Dr C. _____, médecin généraliste, et une prise de position non datée de son service médical établie par le Dr D. _____ (doc 12). Le premier praticien cité souligne que des investigations complémentaires sont en cours en France auprès des médecins traitant de l'assurée et que l'état clinique de l'intéressée n'est pas encore stabilisé avec présence de douleurs très variables et la survenue d'incapacités de travail complètes de temps en temps. Selon lui, il convient de retenir provisoirement une capacité de travail maximale de l'intéressé de 50% et de procéder à une nouvelle évaluation de l'invalidité une année plus tard (doc 11 p. 5). Appelé à se

prononcer sur l'opportunité d'un complément d'instruction, le Dr D._____ se rallie aux conclusions du Dr C._____ (prise de position susmentionnée [doc 12]).

B.b Par décision du 6 octobre 2003 (doc 15 p.2-6), l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après: OAIE), octroie à l'intéressée une demi-rente d'invalidité basée sur un taux d'invalidité de 50% dès le 1^{er} octobre 2002.

C.

En 2004, l'OAI BS entame une procédure de révision de la rente au cours de laquelle l'assurée verse à la cause le formulaire "révision de la rente" daté du 25 octobre 2004. Dans ce document, elle indique avoir été en incapacité de travail complète du 31 mai 2003 au 1^{er} avril 2004 en raison de sa maladie et que son employeur l'a licenciée avec effet au 1^{er} novembre 2003. Elle précise qu'elle se trouve actuellement au chômage à 50% et qu'elle touche des indemnités y relatives (doc 16 p. 1-2). Par ailleurs, le dossier est complété avec un rapport médical du 15 novembre 2004 établi par le Dr E._____ (doc 17 p. 1-4), une expertise rhumatologique du 20 mars 2005 réalisée par le Dr F._____ (doc 18 p. 5-10 [diagnostic retenu: syndrome cervical chronique avec extension des douleurs jusqu'au domaine lombaire ainsi que brachialgies à gauche plus qu'à droite d'origine vraisemblablement pseudoradiculaire; évaluation de la capacité de travail: 50% dans un travail adapté]) et un nouveau rapport médical pour frontaliers du 15 avril 2005 rédigé par les Drs C._____ et F._____ (doc 18 p. 1-4). Sur cette base, l'OAI BS par communication du 20 avril 2005 (doc 19), informe l'assurée que, suite à l'examen de son droit aux prestations, aucune modification avec répercussion sur sa capacité de travail n'a été constatée de sorte qu'elle a toujours droit à la demi-rente d'invalidité versée jusqu'alors.

D.

D.a En 2008, l'OAI BS ouvre une deuxième procédure de révision de la rente. A ce titre, il recueille un formulaire pour la révision de la rente du 13 juillet 2008 dans laquelle l'intéressée indique qu'elle ne travaille pas (doc 21), une note du Dr E._____ mentionnant qu'il n'a pas revu la patiente depuis le 12 juin 2007 (doc 23 p. 2), une expertise pluridisciplinaire du 22 décembre 2008 réalisée au Centre G._____ comprenant un rapport orthopédique du 11 novembre 2008 (doc 25 p. 22-26), un rapport psychiatrique du 22 novembre 2008 (doc 25 p. 14-21) et un rapport de synthèse du 22 décembre 2008 (doc 25 p. 1-13

[diagnostics retenus avec répercussion sur la capacité de travail: trouble somatoforme douloureux persistant; syndrome douloureux cervico-spondylogène chronique sans radiculopathie; évaluation de la capacité de travail: 100% dans un travail adapté]).

D.b Le 19 mars 2009 (doc 26), l'OAI BS informe l'assurée que, selon la documentation médicale nouvellement produite, elle est à nouveau en mesure d'exercer à temps complet une activité légère à mi-lourde sans tâche nécessitant des manipulations au-dessus de la tête comme par exemple des travaux de contrôle, de triage ou de surveillance ou des travaux simples dans le stockage ou le montage. Il conclut que le degré d'invalidité de l'assurée est actuellement de 0% de sorte que la demi-rente d'invalidité versée jusqu'alors doit être supprimée. Il impartit à l'intéressée un délai de 30 jours dès notification du projet de décision pour déposer ses observations éventuelles.

E.

Par acte du 30 mars 2009 (doc 27 p. 1), le Dr E._____ indique s'associer à l'intéressée pour contester les conclusions de l'administration. Il verse à la cause un rapport médical du 20 novembre 2008 (doc 27 p.2 établi suite à la réalisation d'une imagerie par résonance magnétique [IRM]) qui, selon lui, démontre que l'état clinique de sa patiente ne s'est pas amélioré. Suivant la proposition du SMR (prise de position du 30 avril 2009 établie par le Dr H._____ [doc 29 p. 2]), l'OAI BS demande aux spécialistes du Centre G._____ de se déterminer sur la nouvelle documentation produite. Dans des rapports des 20 et 21 septembre 2009 (doc 32 p. 3 et 32 p. 1-2), les experts ne décèlent aucun motif susceptible de remettre en question le bien-fondé de leurs conclusions antérieures. Appelé derechef à se déterminer à la lumière de ce complément d'instruction, le Dr H._____ se rallie aux conclusions précitées (rapport du 30 septembre 2009 [doc 33]).

F.

Par décision du 13 octobre 2009 (doc 37), l'OAIE supprime la demi-rente de l'assurée dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de ladite décision. Reprenant en grande partie l'argumentation du projet de décision, il souligne que la nouvelle documentation produite par l'assurée n'apporte aucun élément lui permettant de modifier ses déterminations antérieures.

G.

Par recours daté du 28 octobre 2009 (pce TAF 1), le Dr E._____

indique s'associer à l'intéressée pour contester la décision susmentionnée. Il relève que l'état clinique de sa patiente ne s'est pas amélioré et que celle-ci n'est à ses yeux pas capable de reprendre l'exercice de sa profession. En outre, il signale que l'assurée et lui-même sont francophones, ce qui pose des problèmes de compréhension en rapport avec l'acte attaqué rédigé en allemand. Ainsi, même s'ils maîtrisent quelque peu cette langue, beaucoup de termes de la décision leur échappent.

H.

Par décision incidente du 10 décembre 2009 (pce TAF 4 notifiée au Dr E. _____ et à la recourante), le Tribunal administratif fédéral invite l'assurée, jusqu'au 11 janvier 2010, à s'acquitter d'une avance sur les frais présumés de procédure de Fr. 300.- et à verser une procuration en faveur du Dr E. _____, faute de quoi la documentation ultérieure concernant la présente cause sera notifiée à la recourante. La somme requise est versée à la Poste suisse en date du 11 janvier 2010 (pce TAF 7 p. 4) et l'assurée renonce à produire une procuration dans le délai imparti.

I.

Appelée à se déterminer sur le recours, l'autorité inférieure, se référant à une prise de position de l'OAI BS du 3 mars 2010 (pce TAF 9 p. 3-6), propose son rejet et la confirmation de la décision attaquée (préavis du 12 mars 2010 [pce TAF 9 p. 1-2]).

J.

Invitée à répliquer par ordonnance du 4 mai 2010 (pce TAF 10 notifiée à la recourante le 14 mai 2010 [pce TAF 11; avis de réception]), l'assurée renonce à se déterminer dans le délai imparti.

Droit :

1.

1.1. En application de l'art. 40 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), l'office AI du secteur d'activité dans lequel le frontalier a travaillé est compétent pour examiner les demandes présentées par des frontaliers, tandis que les décisions sont notifiées par l'OAI. Sous réserve des exceptions prévues à l'art. 32 de la loi 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), le Tribunal administratif fédéral, en vertu de l'art. 31 LTAF, connaît des recours contre les décisions au sens de l'art. 5 de la loi fédérale du 20

décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) prises par les autorités mentionnées à l'art. 33 LTAF. En particulier, les décisions rendues par l'OAIE concernant l'octroi de prestations d'invalidité peuvent être contestées devant le Tribunal administratif fédéral conformément à l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20). Celui-ci est dès lors compétent pour connaître de la présente cause.

1.2. En vertu de l'art. 3 let. d^{bis} PA, auquel renvoie l'art. 37 LTAF, la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) est applicable. Selon l'art. 2 LPGA, les dispositions de la présente loi sont applicables aux assurances sociales régies par la législation fédérale, si et dans la mesure où les lois spéciales sur les assurances sociales le prévoient. Or, l'art. 1 al. 1 LAI mentionne que les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26^{bis} et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA.

1.3. Selon l'art. 59 LPGA, quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir. Ces conditions sont remplies en l'espèce.

1.4. Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 PA), le recours est recevable. Dans ce contexte, on précisera que même si ce n'est pas la recourante elle-même qui a déposé le recours mais son médecin traitant et qu'aucune procuration n'a été versée au dossier dans la présente procédure (cf. supra let. E et G-H), il n'y avait in casu aucun élément permettant de douter de la présence d'un pouvoir de représentation y relatif (RES NYFFENEGGER, in: CHRISTOHP AUER/MARKUS MÜLLER/BENJAMIN SCHINDLER [éd.], Kommentar zum Bundesgesetz über das Verwaltungsverfahren, Zurich/Saint-Gall 2008, p. 167 n° 17, ad art. 11 al. 2 PA), ce que par ailleurs le paiement de l'avance de frais par la recourante en date du 11 janvier 2010 a confirmé par la suite (cf. pce TAF 7 p. 3-4).

2.

La recourante est citoyenne d'un Etat membre de la Communauté européenne. Par conséquent est applicable, en l'espèce, l'Accord sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999, entré en vigueur le 1^{er} juin 2002, entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté

européenne et ses Etats membres, d'autre part (ALCP, RS 0.142.112.681), dont l'Annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale par renvoi statique au droit européen (cf. aussi art. 80a, de la Loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20]). Ainsi, conformément à l'art. 3 al. 1 du Règlement (CEE) N° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 (RS 0.831.109.268.1), les personnes qui résident sur le territoire de l'un des Etats membres et auxquelles les dispositions du règlement sont applicables, sont soumises aux obligations et sont admises au bénéfice de la législation de tout Etat membre dans les mêmes conditions que les ressortissants de celui-ci, sous réserve de dispositions particulières contenues dans ledit règlement. Comme avant l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend à une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (art. 40 par. 4 du Règlement 1408/71 précité; ATF 130 V 257 consid. 2.4), étant précisé que la documentation médicale et administrative fournie par les institutions de sécurité sociale d'un autre Etat membre doit être prise en considération (art. 40 du règlement [CEE] n° 474/72).

3.

Le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, le juge n'ayant pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2). En l'espèce, la procédure de révision de la rente dont est recours a été ouverte par l'OAI BS en 2008 (cf. supra lit. D.a), de sorte que les modifications de la LAI, consécutives à la 5^{ème} révision de cette loi et entrées en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008, sont déterminantes dans la présente affaire. On note que l'application de l'ancien droit n'aurait aucune influence sur l'issue de la cause (cf. ATF 136 V 216 consid. 2.1 a contrario, étant précisé que, selon le consid. 5 de la référence précitée, l'art. 31 LAI [dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008] ne trouve pas application dans la présente affaire).

4.

L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 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. Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. La notion d'invalidité est de nature économique/juridique et non médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident, et non la maladie en tant que telle. Le Tribunal fédéral a néanmoins jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore être exigés de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4, ATF 115 V 133 consid. 2, ATF 114 V 310 consid. 3c, ATF 105 V 156 consid. 1).

5.

D'une manière générale, en présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références). Le Tribunal fédéral a toutefois posé des lignes directrice en matière d'appréciation des preuves. En particulier, en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels susmentionnés. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion

contradictoire. Cette constatation s'applique également aux médecins non traitant consultés par le patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête (ATF 125 V 351 consid. 3c). Il n'en va différemment que si les médecins consultés font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 8C_392/2010 du 21 décembre 2010 consid. 5.2).

6.

L'objet du litige porte sur le point de savoir si l'administration a agi conformément au droit en supprimant la demi-rente d'invalidité de l'assurée par voie de révision.

7.

A titre liminaire, on note que la recourante, dans son mémoire de recours daté du 28 octobre 2009 (pce TAF 1), signale que son médecin traitant et elle-même connaissent des difficultés de compréhension en rapport avec la décision attaquée rédigée en allemand (cf. supra let. G). Elle semble ainsi implicitement faire valoir une violation du droit d'être entendu et de la liberté de la langue (art. 8 al. 2, 18, 29 al. 2, 70 de la Constitution de la Confédération suisse du 18 avril 1999 [Cst; RS 101], art. 42 LPGA, art. 6 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 [CEDH; RS 0.101]); cf. à ce sujet PASCAL MAHON, in: JEAN-FRANÇOIS AUBERT/PASCAL MAHON [éd.], Petit commentaire de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999, Zürich Bâle Genève 2003 ad art. 29 n° 5 ss; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 2^{ème} éd., Zurich Bâle Genève 2009 ad art. 43 n° 13) et demander une traduction de la décision attaquée.

Selon l'art. 33a al. 1 PA, la procédure est conduite dans l'une des quatre langues officielles; en règle générale, il s'agit de la langue dans laquelle les parties ont déposé ou déposeraient leurs conclusions, en l'occurrence le français, langue dans laquelle s'exprime la destinataire de la communication (ATF 108 V 208). Dans la présente procédure de révision, il convient toutefois de prendre en considération le fait que l'OAI BS était compétent pour examiner le droit à la rente de l'assurée, alors que la notification de la décision revenait à l'OAIE (art. 40 al. 2 RAI; cf. supra consid. 1.1). Cela étant, la langue officielle de l'OAI BS — qui par ailleurs ne fait pas partie de l'administration fédérale et dispose d'une large autonomie du point de vue de son organisation — est l'allemand selon le droit cantonal (§ 76 de la Constitution du canton de Bâle-Ville du 23 mars

2005 [RS 111.100]), de sorte que l'on ne saurait lui reprocher de s'être adressé à l'assurée dans cette langue (arrêt du Tribunal fédéral 9C_59/2007 du 30 janvier 2008 consid. 3). Il se pose donc uniquement la question de savoir si l'OAIE (autorité fédérale soumise à la PA et compétente pour la notification de la décision) était tenue de veiller à ce que la décision entreprise soit notifiée en français en procédant à une traduction de celle-ci (voire à ce sujet arrêt AVS 56242 de la Commission fédérale de recours du 5 novembre 2001 in: SVR 2002 p. 29, AHV Nr. 12; KIESER, op. cit., ad art. 42 n° 13). Cette question peut toutefois être laissée ouverte dans le cas d'espèce. En effet, même dans l'hypothèse où un tel droit (de recevoir la décision attaquée en français) devait en principe être reconnu dans des procédures concernant des frontaliers ne maîtrisant pas ou pas suffisamment la langue de procédure de l'OAI cantonal compétent, dans la présente affaire, un faisceau d'indices permettait de se convaincre que l'assurée maîtrisait suffisamment la langue allemande pour comprendre soit la teneur des actes de procédure soit celle des décisions rédigées par l'administration. Ainsi, outre le fait que la recourante avait travaillé plus de 10 ans dans un canton germanophone (cf. let. A.a; arrêt du Tribunal fédéral 8C_278/2011 du 26 juillet 2011 consid. 3.2), celle-ci avait été en mesure de se soumettre à plusieurs consultations médicales en allemand (notamment auprès des experts F._____, C._____ et I._____), étant précisé que les praticiens concernés n'avaient à aucun moment fait part de difficultés y afférentes. De surcroît, la recourante n'a jamais demandé de traduction auprès de l'OAI BS, étant précisé que l'administration cantonale avait conduit toute la procédure de révision en langue allemande, avait demandé explicitement à l'assurée de l'avertir sans délai si la présence d'un traducteur lors des examens réalisés au Centre G._____ était nécessaire (cf. lettre du 19 août 2008 [doc 24 p. 1] avec mise en évidence du passage quant à la question de la langue), sans que la recourante ne réagisse à cette injonction, et lui avait finalement remis un avant-projet détaillé en allemand le 19 mars 2009 (doc 26) sans que l'assurée se soit plainte d'un quelconque problème de compréhension dans ses observations y relatives du 27 mars 2009 (doc 27 p. 1). Dans ces circonstances, l'OAIE était fondé de renoncer à la traduction de la décision attaquée préparée par l'OAI-BS et de notifier celle-ci en allemand. Compte tenu des particularités du cas d'espèce susmentionnées, le comportement de la recourante consistant à soulever le problème de la langue seulement au stade de la procédure de recours — et de surcroît avec une motivation des plus succinctes — ne saurait convaincre le Tribunal de céder à l'existence de difficultés de compréhension ne lui permettant pas de défendre correctement ses

droits dans la présente procédure de recours pour des motifs ayant trait à la langue de la procédure de première instance. Eu égard aux particularités du cas, il y a en effet suffisamment d'indices pour conclure que la recourante, qui n'a au demeurant pas demandé au stade du recours à ce qu'il lui soit attribué un avocat commis d'office, maîtrisait suffisamment l'allemand pour comprendre la teneur de l'acte entrepris. En conclusion, rien ne permet de penser que l'assurée n'a pas pu défendre valablement ses droits dans la présente affaire, si bien que sa demande (implicite) de traduction de l'acte entrepris doit être rejetée. Par contre, et du moment que la langue maternelle de la recourante est le français, le Tribunal de céans pouvait adopter cette langue pour la procédure de recours (art. 33a al. 2 PA, 2^{ème} phrase), ce qu'il a fait en l'espèce.

8.

Sur le plan matériel, la LPGA prévoit le règlement suivant en matière de révision. Selon l'art. 17 LPGA, 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. Le deuxième alinéa de la même règle prévoit que toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement. Tout changement notable de l'état des faits apte à influencer le taux d'invalidité et ainsi le droit aux prestations constitue un motif de révision, notamment un changement significatif de l'état de santé (BGE 125 V 368 E. 2).

9.

Avant toute chose, il convient de déterminer les moments déterminants pour juger de l'évolution de l'état de santé de l'assurée dans la présente affaire.

9.1. Pour examiner si, dans un cas de révision, il y a eu une modification importante du degré d'invalidité au sens de l'art. 17 LPGA, le juge doit prendre en considération l'état des faits tel que retenu dans la dernière décision entrée en force se fondant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents opérée de façon conforme au droit ainsi qu'une appréciation des preuves et une comparaison des revenus (en cas d'éléments permettant de conclure à une modification de l'état de santé avec répercussion sur la capacité de gain) et le comparer à la situation existant au moment où la nouvelle décision doit être rendue. Les règles de la reconsidération et de la

révision procédurale demeurent toutefois réservées (ATF 133 V 108 consid. 5.4). En cas d'une simple communication au sens de l'art. 74^{ter} RAI, par laquelle l'administration informe l'assuré que, au terme d'une procédure de révision d'office, aucune modification de la situation propre à influencer le droit aux prestations n'a été constatée, le Tribunal fédéral a précisé qu'un tel acte devait en principe être retenu comme moment déterminant pour la comparaison des faits s'il se fondait sur une instruction correspondant aux exigences jurisprudentielles en la matière (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_1005/2009 du 29 janvier 2010 consid. 3.2 et les références citées).

9.2. En l'espèce, l'OAI BS a octroyé à l'assurée une demi-rente d'invalidité par décision du 6 octobre 2003. Par la suite, l'administration a procédé à une révision de la rente en 2004-2005 au cours de laquelle elle a mis en œuvre la réalisation d'une expertise orthopédique auprès du Dr F._____. Par communication du 20 avril 2005 (doc 19), elle a ensuite informé l'assurée que, suite aux investigations effectuées, il apparaissait que son droit à la rente restait inchangé. Il se pose donc la question de savoir si cet acte peut être considéré comme une décision déterminante pour la comparaison des faits dans le sens de la jurisprudence susmentionnée (consid. 9.1). L'OAI BS est d'avis que tel n'est pas le cas, dès lors que la communication du 20 avril 2005 ne se basait pas sur un examen matériel global du droit à la rente incluant également une comparaison des revenus (prise de position du 3 mars 2010 [pce TAF 9 p. 5 let. c]).

Dans ce contexte, il ressort du dossier que l'administration n'a effectivement pas procédé à une comparaison des revenus en 2005, ce qui semble critiquable. Certes, l'expert mandaté en 2005 avait retenu une capacité de travail de l'assurée de 50% dans une activité adaptée, ce qui était identique à l'évaluation opérée lors de l'octroi initial de la rente en 2003. Toutefois, depuis lors, la situation avait sensiblement changé au niveau de la situation économique, puisque la recourante – à laquelle le dernier employeur avait déjà attribué des tâches particulièrement adaptées à ses affections depuis la survenance de l'atteinte à la santé fin 2001 (cf let. A.a) – avait été licenciée en novembre 2003, de sorte qu'une évaluation en pour cent ne pouvait plus entrer en ligne de compte. Quoiqu'il en soit, à l'instar des conclusions de l'OAI BS dans son préavis du 3 mars 2010 (cf. pce TAF 9 p. 5 let. c), ce point peut souffrir de rester indécis en l'espèce, dès lors que, comme cela sera démontré aux considérants suivants, le fait que l'on prenne comme moment de référence le 6 octobre 2003 (octroi initial de la rente) ou le 20 avril 2005

(communication susmentionnée de l'OAI BS) pour la comparaison des faits déterminants n'a, de l'avis de cette Cour, pas d'incidence sur l'issue de la cause.

10.

10.1. La présence d'un motif de révision suppose une modification notable du taux d'invalidité. Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas. Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (cf. par exemple arrêt du Tribunal fédéral I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1 et les références citées).

Selon une jurisprudence constante, le fait que les diagnostics retenus soient restés identiques n'exclut pas a priori une augmentation significative des ressources du recourant en terme de capacité de travail et partant un changement notable de l'état des faits dans le sens de l'art. 17 LPGA. Tel est notamment le cas lorsque l'intensité de l'affection s'est résorbée ou lorsque l'assuré a réussi à mieux s'adapter à son atteinte. La question de savoir si un tel changement s'est effectivement produit ou si l'on se trouve en présence d'une nouvelle appréciation d'un même état de fait qui ne saurait être pertinent en matière du droit de la révision nécessite un examen approfondi, également compte tenu des conséquences non négligeables sur la situation juridique de l'assuré (arrêts du Tribunal fédéral 9C_88/2010 du 4 mai 2010 consid. 2.2.2; 8C_761/2010 du 1^{er} mars 2011 consid. 2.2.2).

10.2. Lors de l'octroi initial de la rente par décision du 6 octobre 2003, l'OAI BS se basait notamment sur un rapport pour frontaliers du 14 mai 2003 (doc 11 p. 1-15) rédigé par le Dr C._____, spécialiste en médecine générale. Ce praticien posait les diagnostics de cervico-brachialgies chroniques gauches sur status après opération pour hernie discale C6/C7 à gauche le 28 novembre 2001. Soulignant que l'assurée prenait des antalgiques de façon régulière, qu'elle présentait clairement un état non stabilisé avec variation importante des douleurs et que des investigations complémentaires étaient en cours auprès des médecins traitant de l'assurée, il préconisait de retenir provisoirement une capacité de travail maximale de 50% dans l'activité habituelle, précisant que

l'employeur de l'intéressée s'était montré très compréhensif en réduisant son temps de travail à 50% et en lui attribuant uniquement des activités légères. Le Dr D._____, du service médical de l'OAI BS, s'était par la suite rallié à cette évaluation (prise de position non datée [doc 12 p. 1]).

Par la suite, le droit à une demi-rente a été confirmé par communication du 20 avril 2005 (doc 19). Cet acte se basait avant tout sur l'expertise du 20 mars 2005 effectuée par le Dr F._____, spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation en particulier en ce qui concerne les maladies rhumatismales (doc 18 p. 5-10). Ce praticien posait les diagnostics de syndrome cervical chronique avec extension des douleurs jusque dans le domaine lombaire ainsi que de brachialgies plus à gauche qu'à droite, vraisemblablement d'origine pseudo-radiculaire, étant précisé que l'assurée ne présentait pas actuellement de signes de compression radiculaire mais souffrait toutefois d'un status après compression radiculaire en C7 suite à une hernie discale C6-C7 et qu'il ne pouvait pas être donné d'explications pour les douleurs prononcées et étendues de la patiente qui paraissaient être plausibles (doc 18 p. 8). Le Dr F._____ précisait notamment que la palpation de la colonne vertébrale et de la région des épaules s'était déroulée sans plainte de la part de l'intéressée (doc 18 p. 8). Mettant en avant que, lors d'état postopératoire après spondylodèse, il n'était pas rare qu'il soit observé un syndrome douloureux invalidant résistant au traitement même après une opération réussie (doc 18 p. 9), il soulignait que l'assurée souffrait de fortes douleurs traitées par le médicament "Antalgic" (doc 18 p. 7) et retenait que sa capacité de travail ne dépassait pas 50% dans un travail de substitution léger tel que l'archivage ou la programmation (4 heures par jours, au mieux 2 x 2 heures par jour) (doc 18 p. 10). Cette appréciation a été ensuite reprise par le Dr C._____ qui avait lui-même examiné la patiente le 10 janvier 2005 (doc 18 p. 2 let. d [rapport du 15 avril 2005]).

10.3. Lors de la deuxième procédure de révision entamée en 2008, l'OAI BS a notamment recueilli une expertise pluridisciplinaire auprès du Centre G._____. Celle-ci est composée d'un rapport orthopédique du 11 novembre 2008 établi par le Dr I._____, spécialiste en chirurgie orthopédique (doc 25 p. 22-26; cf. également le complément d'expertise de ce même praticien du 20 septembre 2009 [doc 32 p. 3]), d'un rapport psychiatrique du 22 novembre 2008 réalisé par le Dr J._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie (doc 25 p. 14-21) et d'un rapport de synthèse du 22 décembre 2008 comportant également les résultats d'un examen effectué par le Dr C._____ en date du 8 septembre 2008 [doc 25 p. 1-13 signé par les Drs C._____, J._____

et I. _____]). Les experts posent les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de trouble somatoforme douloureux persistant (CIM-10 F45.4), de syndrome cervico-spondylogène chronique sans radiculopathie sur status après hernie discale C6-C7 traitée par discectomie et pose d'une cage intercorporelle et spondylodèse le 27 novembre 2001 [recte: 28 novembre 2001] et les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de syndrome douloureux lombaire (doc 25 p. 10 s.). Selon eux, contrairement à ce que prétend la recourante qui fait état de plaintes restées identiques par rapport au dernier examen (cf. aussi doc 25 p. 23 et 26), l'état de santé a évolué positivement dès lors que plus aucun signe de radiculopathie n'a pu être observé, que la mobilité de la colonne vertébrale s'est avérée intacte et que les souffrances observées lors de l'examen clinique étaient seulement minimales et traitées uniquement par des moyens homéopathiques. Ils en infèrent un état de santé de l'assurée amélioré et entre temps stabilisé, de sorte que l'intéressée serait à nouveau en mesure d'accomplir un travail adapté à temps complet (sans travaux lourds ni travaux exécutés au-dessus de la tête) dès la date de leur expertise (doc 25 p. 11-12, p. 20 et p. 26). Le Dr I. _____ précise que, au vu des limitations fonctionnelles de l'assurée, celle-ci ne peut plus accomplir la profession de bouchère exercée au début de sa carrière professionnelle (expertise orthopédique du 11 novembre 2008 [doc 25 p. 26]; cf. aussi let. A.a ci-dessus). Par ailleurs, dans un complément d'expertise du 20 septembre 2009 (doc 32 p. 3), il prend position sur un rapport médical du 20 novembre 2008 établi suite à la réalisation d'une imagerie par résonance magnétique (ci-après: IRM). Selon lui, ce document met nouvellement en évidence une hernie discale avec ostéophyte en C5-C6 sans compression radiculaire. Il estime que cette atteinte existait vraisemblablement déjà lors de l'examen au Centre G. _____ en date du 11 novembre 2008 et qu'elle n'est pas de nature à remettre en cause son appréciation antérieure de la capacité de travail de l'assurée.

Sur la base de ces constats, l'administration estime que les éléments médicaux versés au dossier sont suffisants pour conclure à une amélioration notable de l'état de santé de l'assurée sur le plan somatique. La recourante conteste ce point de vue en se basant sur les évaluations de ses médecins traitant (rapports des 20 novembre 2008 et 27 mars 2009 [doc 27 p. 1-2]).

10.4. Le Tribunal de céans prend position comme suit.

10.4.1. Il appert que, dans la procédure de révision qui nous occupe, la recourante a été examinée au Centre G._____ par des experts disposant d'un titre en orthopédie, en psychiatrie et en médecine générale. Ces praticiens disposaient donc de toutes les qualifications requises pour juger valablement de l'état de santé et de la capacité de travail de l'assurée. En outre, l'instruction ordonnée par l'administration revêt un caractère interdisciplinaire dès lors que les experts ont discuté ensemble du cas avant d'émettre leur appréciation, ce qui renforce la valeur probante de leurs conclusions. Au demeurant, le rapport de synthèse du 22 décembre 2008 dresse un tableau global cohérent, se base sur une anamnèse complète ainsi que des examens circonstanciés et contient des conclusions dûment motivées.

10.4.2. Ainsi, les experts du Centre G._____ expliquent de façon convaincante et en conformité avec la jurisprudence en la matière (cf. supra consid. 10.1, 2^{ème} paragraphe) pour quelles raisons ils estiment que la capacité de travail de l'assurée a évolué positivement, quant bien même les diagnostics retenus et les plaintes de l'assurée sont restés identiques. En effet, ils mettent en évidence qu'en 2003 comme en 2005, l'état de santé de l'assurée n'était pas encore stabilisé (doc 25 p. 12). Cette affirmation est corroborée par le fait qu'en son temps, différents médicaments de forte intensité (avec également changement de médication ordonnée par les médecins traitant) avaient été prescrits à la recourante, comme le confirme de nombreux rapports médicaux (cf. rapports des 4 décembre 2002 [doc 11 p. 13], 17 avril 2003 [doc 11 p. 14-15], 15 mai 2003 [doc 11 p. 5] et 20 mars 2005 [doc 18 p. 7]). En particulier, il ressort des actes de la cause que l'assurée prenait encore en 2005 de façon régulière le médicament "Di-antalgic" (doc 18 p. 7; doc 25 p. 3). Il s'agit d'un générique du médicament Di-antalgic, à savoir un antalgique du pilier 2 pour le traitement de douleurs modérées à fortes (voire à ce sujet <http://www.sideralsante.fr/pharmaco/generique.pdf> et également <http://www.Adrenaline112.org/urgences/DPharmaco/AntalGen.html>, consultées le 2 septembre 2011). En revanche, fin 2008, les experts du Centre G._____ ont relevé que l'assurée privilégiait les moyens homéopathiques qui suffisaient pour traiter ses douleurs (doc 25 p. 12 [conclusions du rapport de synthèse du 22 décembre 2008]; rapport orthopédique du 11 novembre 2008 [doc 25 p. 24]; cf aussi le rapport psychiatrique du 22 novembre 2008 [doc 25 p. 17] qui indique que l'assurée prend des médicaments homéopathiques ainsi que du paracétamol, à savoir un antalgique du pilier 1 utilisé pour le traitement de douleurs d'intensité faible à modérée [cf. [Page 16](http://fr.</p>
</div>
<div data-bbox=)

wikipedia.org/wiki/Parac%C3%A9tamol, consulté le 2 septembre 2011]). Dans ce contexte, on note que ces constatations des experts, mentionnées dans le préavis de l'OAI BS du 3 mars 2010 (pce TAF 9 p. 6 let. g), n'ont pas été contestées par la recourante à laquelle le Tribunal de céans avait fait parvenir l'ensemble de la documentation établie au Centre G._____ (voire ordonnance du 4 mai 2010 [pce TAF 10]). Le Tribunal de céans ne voit donc aucune raison pertinente d'avoir des doutes quant à leur bien-fondé. Il suit de cela que les appréciations concordantes des experts mandatés, selon lesquelles l'état de santé de l'assurée et notamment les souffrances endurées par celle-ci avaient connu une évolution positive depuis l'octroi de la rente et l'expertise du Dr F._____ du 20 mars 2005, se basaient sur un élément objectif concret – à savoir le passage de la prise d'antalgiques du pilier 2 à des moyens homéopathiques en corrélation avec des antalgiques du pilier 1 – qui est de nature à convaincre le Tribunal de céans au niveau de la vraisemblance prépondérante, que l'état de santé de l'assurée (malgré la retenue de diagnostics restés pour l'essentiel identiques) s'était stabilisé en 2008 et que, en corollaire, le tableau clinique de cette dernière avait connu une amélioration notable (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_621/2010 du 22 décembre 2010 consid. 2.2.3, 9C_104/2010 du 27 juillet 2010 consid. 3.1 et 3.2.1). Cette conclusion est d'autant plus crédible qu'elle a été confirmée en 2008 par le Dr C._____ (cf. doc 25 p. 2, 1^{er} paragraphe, et p. 11-13), à savoir un expert neutre du Centre G._____, qui avait déjà examiné la recourante en 2003 et 2005 (cf. doc 11 p. 1-5; doc 18 p. 2 let. D) et qui était ainsi particulièrement en mesure de juger de l'évolution du tableau clinique de la recourante. On observe aussi que le Dr J._____, dans son rapport du 22 novembre 2008, constate que le déroulement des journées de l'assurée se passe de façon presque normale (doc 25 p. 16 et 19 in fine). Au surplus, on notera encore que, lors de l'ouverture de la procédure de révision par l'OAI BS, il est apparu que l'assurée n'avait plus consulté son médecin traitant depuis plus d'une année (cf. doc 21 p. 1 n° 1.4; doc 23 p. 2 [lettre du Dr E._____ du 12 août 2008], ce qui incite également, en tant qu'un élément parmi d'autres, à se convaincre du bien-fondé des conclusions émises par les experts du Centre G._____, dès lors que l'assurée était suivie médicalement de façon bien plus rapprochée en 2003 comme en 2005 (cf. doc 11 p. 5; 17 p. 2 let. D.2).

10.4.3. Eu égard à tout ce qui précède, il sied de reconnaître pleine valeur probante aux conclusions des experts du Centre G._____ qui ne sauraient être remises en cause par les rapports médicaux succincts et pas assez motivés (cf. rapports des 20 novembre 2011 [pce 27 p. 2], 27

mars 2009 [doc 27 p. 1] et 28 octobre 2009 [pce TAF 1 p. 1]) mis en avant par l'assurée (sur la jurisprudence en la matière cf. consid. 5 ci-dessus). Il y a donc lieu de conclure que l'assurée a connu une amélioration notable de son état de santé sur le plan somatique au plus tard le 22 décembre 2008 (date du rapport de synthèse de l'expertise du Centre G. _____), ce qui autorisait l'administration à procéder à un examen complet de la situation tant au niveau des faits que du droit (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_72/2010 du 17 juin 2010 consid. 2). Dans ce contexte, on note que le Dr J. _____, dans son rapport d'expertise du 22 novembre 2008, retient nouvellement le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant sans incidence sur la capacité de travail dans une activité adaptée (doc 25 p. 18 et p. 20, 3^{ème} paragraphe). Le Tribunal de céans peut se rallier sans autre à cette appréciation. D'une part, il est incontesté que l'assurée ne souffre d'aucune comorbidité psychiatrique (doc 25 p. 18), d'autre part les autres critères permettant exceptionnellement de reconnaître un caractère incapacitant à cette affection (cf. ATF 130 V 352) ne sont manifestement pas remplis en l'espèce comme cela ressort clairement des constatations de l'expert. Ainsi, si l'assurée présente des douleurs chroniques depuis plusieurs années, celles-ci ne font plus obstacle à l'exercice d'une activité de substitution adaptée (doc 25 p. 11-12 et p. 20; doc 32 p. 3). Par ailleurs, rien ne permet de parler de retrait social de l'intéressée, cette dernière ayant une bonne relation avec son fils, s'adonnant à divers hobbies et ayant quelques bons amis (cf. doc 25 p. 15 s.). On ne peut également parler d'épuisement de toutes les mesures thérapeutiques malgré des efforts constants de la personne concernée, dès lors que, fin 2008, l'assurée avait commencé une psychothérapie depuis une année seulement et que, selon l'expert, le rythme des séances était encore trop espacé (doc 25 p. 17 let. e et p. 20 in fine). Finalement, on ne saurait attacher une importance déterminante au fait que le Dr J. _____, dans les conclusions de l'expertise psychiatrique, conseille que l'assurée suive une psychothérapie au rythme d'une séance par semaine pour améliorer sa capacité de travail (doc 25 p. 20; voire aussi rapport de synthèse [doc 25 p. 12 in fine]). En effet, dans la discussion du cas, cet expert a dénié de façon claire (et tout à fait convaincante au vu du tableau clinique décrit) un caractère incapacitant au trouble somatoforme douloureux persistant. Dans ces circonstances, le Tribunal administratif fédéral peut conclure, au niveau de la vraisemblance prépondérante valable en droit des assurances sociales, que, sur le plan strictement médical, la recourante disposait des ressources nécessaires pour reprendre pied sur le marché du travail au moment déterminant, étant relevé que les

séances de thérapie susmentionnées pouvaient également être suivies dans le cadre d'un emploi exercé à plein temps.

11.

Il convient de surcroît d'examiner si l'autorité inférieure n'aurait pas dû mettre la recourante au bénéfice d'une mesure de réadaptation. En effet, selon la jurisprudence, lorsqu'un assuré a bénéficié d'une rente entière d'invalidité durant une période prolongée, il appartient à l'administration qui envisage de procéder à une révision du droit à la rente d'examiner, à titre préalable, l'opportunité de l'octroi de mesure de réadaptation, étant précisé que, dans la plupart des cas, cet examen n'entraîne aucune conséquence particulière, puisque les efforts que l'on peut raisonnablement exiger de la personne assurée — qui priment sur les mesures de réadaptation — suffisent à mettre à profit la capacité de gain sur le marché équilibré du travail dans une mesure suffisante à réduire ou supprimer la rente (arrêt du Tribunal fédéral 9C_368/2010 du 31 janvier 2011 consid. 5). En l'occurrence, il est douteux que cette pratique puisse s'appliquer en l'espèce puisque l'assurée n'était jusqu'alors pas au bénéfice d'une rente entière d'invalidité mais d'une demi-rente. Quoiqu'il en soit, on relève que les experts du Centre G._____ jugent certes que des mesures de réadaptation professionnelle sont indiquées et conseillent leur mise en œuvre (doc 25 p. 13 et 21). Il s'agit toutefois que de simples recommandations que le Tribunal de céans ne sauraient considérer comme une condition sine qua non pour la reprise d'une activité lucrative de l'assurée. En effet, il appert que le dernier employeur de la recourante, après la survenance de l'atteinte à la santé en 2001, s'était montré très compréhensif envers cette dernière en lui attribuant de nouvelles tâches mieux adaptées à son état de santé (doc 18 p. 2). L'assurée, âgée de seulement 48 ans au moment déterminant, avait donc déjà accompli pendant plusieurs mois un travail léger avant son licenciement en novembre 2003 et acquis une certaine expérience en la matière. Par ailleurs, on précisera que le Tribunal fédéral a dernièrement précisé sa jurisprudence en ce sens que, dans des cas comme en l'espèce, l'opportunité de mesures de réadaptation professionnelle doit en principe seulement être examinée si la diminution ou la suppression de la rente concerne une personne qui a atteint l'âge de 55 ans ou qui touchait une rente depuis plus de 15 ans (arrêt du Tribunal fédéral 9C_228/2010 du 26 avril 2011 consid. 3.3). Or, il appert que l'assurée ne remplissait pas ces conditions. Au vu de l'ensemble de ces éléments et en conformité avec la jurisprudence restrictive du Tribunal fédéral, il convient de conclure que, même en l'absence de mesures de réadaptation particulières, la recourante possédait les ressources nécessaires pour

reprandre pied sur le marché du travail au moment déterminant et qu'un tel effort était exigible de sa part sous l'angle de l'obligation de réduire le dommage.

12.

Il reste à analyser si la comparaison des revenus a été effectuée de façon conforme au droit.

12.1. Selon l'art. 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 gagner en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui sur un marché du travail équilibré. A défaut d'une activité effectivement exercée comme en l'occurrence, le gain d'invalide est une donnée théorique et est évalué sur la base de statistiques, en principe selon les rémunérations retenues par l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS; cf. www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/03/04.html). Ce gain doit être comparé au moment déterminant avec celui que la personne valide aurait effectivement pu réaliser au degré de la vraisemblance prépondérante si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1). L'administration doit par ailleurs tenir compte pour le salaire d'invalide de référence d'une diminution de celui-ci, cas échéant, pour raison d'âge, de limitations dans les travaux dits légers ou de circonstances particulières. La jurisprudence n'admet pas à ce titre de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 78 consid. 5).

12.2. En l'occurrence, les experts du Centre G. _____ admettent que l'assurée est en mesure d'effectuer tout travail léger à mi-lourd à 100% pour autant qu'elle n'accomplisse pas de travaux au-dessus de la tête. L'assurée n'ayant plus repris d'activité lucrative depuis novembre 2003, il se justifie de procéder à une comparaison des revenus selon la méthode générale. De la sorte, le salaire de valide de la recourante se monte à Fr. 3'726.67 en 2003 ($[\text{Fr. } 3440.- \times 13] : 12$) (cf. doc 6 p. 2; 26 p. 3) et à Fr. 4'094.32 en 2009 en tenant compte de l'évolution des salaires dans le secteur "fabrication d'équipement électronique" jusqu'au prononcé de la décision attaquée (2004: + 0.5%; 2005: + 1.6%; 2006: + 0.9%; 2007: + 1.8%; 2008: + 1.8; 2009: + 2.9). Le revenu d'invalide correspond au salaire mensuel moyen d'une salariée exerçant des activités simples et répétitives selon les données de l'ESS (niveau de qualification 4), toute profession confondue, à savoir Fr. 4'116.- pour 40 h./sem. en 2008 et Fr. 4'381.04 pour 41.7 h./sem. en 2009 en tenant compte de l'horaire usuel moyen et de l'augmentation des salaires en 2009, toute branche confondue (+ 2.1%). Or, il appert que même en procédant à une

déduction du salaire d'invalidé pour motifs inhérents à l'assurée de 10% — ce qui apparaît très généreux compte tenu des particularités du cas — la recourante ne présenterait manifestement pas un taux d'invalidité suffisant pour prétendre à une rente d'invalidité ($\frac{4'094.32 - 3'942.94}{4'094.32} = 3.70\%$).

13.

Eu égard à tout ce qui précède, il appert que l'autorité inférieure a agi conformément au droit en supprimant la demi-rente d'invalidité de la recourante à partir du premier jour du deuxième mois qui a suivi la notification de la décision entreprise conformément à l'art. 88^{bis} al. 2 let. a RAI. L'acte attaqué doit par conséquent être confirmé et le recours rejeté.

14.

Vu l'issue de la cause, les frais de procédure, fixés par le Tribunal de céans à Fr. 300.-, sont mis à la charge de la recourante déboutée (art. 69 al. 2 LAI et art. 3 let. b du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]). Ce montant est compensé par l'avance de frais fournie de Fr. 300.-. Il n'est pas alloué de dépens (art. 64 al. 1 PA a *contrario* en relation avec les art. 7 ss FITAF).

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :**1.**

Le recours est rejeté.

2.

Les frais de procédure, d'un montant de Fr. 300.-, sont mis à la charge de la recourante. Ce montant est compensé par l'avance de frais déjà versée de Fr. 300.-.

3.

Il n'est pas alloué de dépens.

4.

Le présent arrêt est adressé :

- à la recourante (Recommandé avec avis de réception)
- à l'autorité inférieure (n° de réf.)
- à l'Office fédéral des assurances sociales.

Le président du collège :

Le greffier :

Vito Valenti

Yannick Antoniazza-Hafner

Indication des voies de droit :

La présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, par la voie du recours en matière de droit public, dans les trente jours qui suivent la notification (art. 82 ss, 90 ss et 100 de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral [LTF, RS 173.110]). Le mémoire doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve, et être signé. La décision attaquée et les moyens de preuve doivent être joints au mémoire, pour autant qu'ils soient en mains du recourant (art. 42 LTF).

Expédition :