



Cour III
C-462/2013

Arrêt du 22 octobre 2013

Composition

Francesco Parrino (président du collège),
Michael Beusch, Daniel Willisegger, juges,
Yann Grandjean, greffier.

Parties

X. _____,
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 21 décembre 2012).

Faits :**A.**

X._____ est une ressortissante suisse d'origine algérienne. Née le (...) 1955, l'intéressée est divorcée, mère de deux enfants nés en 1983 et 1987. Elle est domiciliée dans la commune française de (...) (pces 3 et 5). La dernière activité salariée de l'intéressée avant son cas d'invalidité était celle d'ouvrière dans le domaine de la cosmétique, qu'elle a exercée du 18 janvier au 7 juin 1994 (pce 10). Elle a ensuite travaillé à temps partiel comme agent de service du 1^{er} avril 2004 au 19 août 2006 (pce 82), ainsi que comme "assistante de vie" (femme de service) du 1^{er} septembre 2004 et au moins jusqu'au 15 mai 2005 (pce TAF 1 annexe).

B.

Le 26 novembre 1996, l'assurée a été mise au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité dès le 7 juin 1995 (pce 15), au motif qu'elle souffrait de diverses atteintes rhumatologiques, notamment d'une luxation congénitale de la hanche droite (pce 13).

C.

La demi-rente octroyée à l'assurée a fait l'objet de plusieurs procédures de révision qui toutes ont conclu à son maintien (voir les décisions des 28 février 2001, 23 décembre 2004 et 11 juin 2009; pces 28, 42 et 115). Le degré d'invalidité a été réduit de 60% à 50% lors de la révision de 2004. A l'occasion de la dernière procédure de révision (décision du 11 juin 2009), il a été notamment retenu par l'autorité inférieure que les activités légères à prédominance sédentaire étaient encore exigibles à 50% (pce 114).

D.

D.a Le 24 janvier 2011, l'assurée a déposé une demande de révision de rente (pce 132).

D.b Par décisions des 11 avril et 3 mai 2011 (pces 147 et 149), l'autorité inférieure a rejeté sa demande et confirmé le droit à une demi-rente.

D.c Le 27 juillet 2011, après intervention du représentant de la recourante (pce 151), l'autorité inférieure a accepté de reconsidérer sa décision et de rouvrir l'instruction de la demande de révision (pce 156).

Dans ce cadre, l'autorité inférieure a ordonné une expertise rhumatologique. Le 7 décembre 2011, la Dresse A._____ du Bureau romand d'expertise médicale (BREM) a rendu son rapport (pce 176). Il ressort de ce

rapport que les atteintes diagnostiquées sont les suivantes: une coxarthrose droite au stade chirurgical sur dysplasie, une pangonarthrose droite évolutive, une scoliose dorso-lombaire significative, une spondylodiscarthrose évolutive avec rétrécissement canalaire en L3-L4, un status après prothèse totale de la hanche gauche (en 2007) et un status après ostéotomie du bassin du côté droit et de varisation du fémur droit pour luxation congénitale probable de la hanche droite (dans les années 1980). Ce rapport concluait que "à partir de novembre 2008, [il y a eu] une aggravation durable de l'état de santé de [l'assurée], significative, au point de modifier son exigibilité. Sa capacité de travail comme ménagère est diminuée à 70% *[sic!]* à ce moment-là ainsi que sa capacité comme femme de service". Ce même rapport ajoutait que "dans une activité plus adaptée comme ouvrière, pour une activité simple, en position assise, sans port de charges, sa capacité de travail théorique est un peu meilleure, elle reste évaluée à 50%".

Appelée à expliciter son expertise, étant donné que la dernière activité de l'assurée avant la survenance de l'invalidité était ouvrière en cosmétique et non femme de service (courrier de l'autorité inférieure du 19 mars 2012; pce 187), la Dresse A._____ a, le 17 avril 2012, répondu que "l'activité [d'ouvrière en cosmétique] était parfaitement compatible avec l'état de santé, toujours à 50%" (pce 189).

D.d De son côté, l'assurée a fait parvenir une note émanant du Dr B._____ et un certificat médical émanant du Dr C._____, tous deux datés du 27 juin 2012 et décrivant brièvement l'état de santé de la recourante sans se prononcer sur sa capacité de travail (pces 197 et 199).

D.e Le 7 septembre 2012, le médecin du Service médical régional (SMR), le Dr E._____, a pris position, confirmant le diagnostic et indiquant une capacité de travail de 30% dans une activité adaptée, tout en précisant que l'avis médical précédent demeurerait d'actualité (pce 201).

Appelé à préciser son avis (voir courrier de l'autorité inférieure du 30 octobre 2012; pce 206), le médecin du SMR, le Dr E._____, a fait savoir, le 22 novembre 2012, que l'assurée avait une incapacité de travail, aussi bien dans son activité habituelle que dans une activité adaptée, de 50% (pce 207). Le praticien fait valoir qu'il apprécie l'incapacité de travail dans l'activité habituelle au regard du fait que l'assurée était auparavant ouvrière dans la cosmétique, et non femme de service.

E.

Le 21 décembre 2012, l'autorité inférieure a communiqué à l'assurée une décision de rejet de sa demande de révision de rente. Cette décision était prise sur le motif que son incapacité de travail dans son activité antérieure d'ouvrière dans la cosmétique restait de 50% (pce 209).

F.

Le 29 janvier 2013, l'assurée a, par l'intermédiaire de son représentant, fait recours contre la décision du 21 décembre 2012 (pce TAF 1). En substance, la recourante contestait que l'on ait retenu comme activité habituelle celle d'ouvrière dans la cosmétique et non celle de femme de service. Elle jugeait contradictoire l'expertise de la Dresse A. _____ en ce sens qu'elle voyait une aggravation de l'état de santé de l'intéressée, tout en maintenant un degré d'incapacité de travail de 50% dans son activité d'ouvrière dans la cosmétique. La recourante critique enfin les rapports du Dr E. _____ au motif que ceux-ci seraient contradictoires.

G.

Le 2 mai 2013, l'autorité inférieure a répondu au recours (pce TAF 5). En substance, elle a fait valoir que l'expertise du BREM avait certes conclu à une aggravation de l'état de santé, mais que celle-ci n'avait pas eu de conséquence sur la capacité de travail de la recourante. Elle a également souligné que l'expertise du BREM répondait aux exigences jurisprudentielles et que l'activité habituelle de la recourante était bien celle d'ouvrière dans la cosmétique dès lors que c'était la dernière exercée avant le début de sa maladie de longue durée.

H.

Par décision incidente du 17 juin 2013, la recourante a été invitée à faire une avance de frais de 400 francs, dont elle s'est acquittée dans le délai imparti (pce TAF 10).

Droit :**1.**

1.1 Sous réserve des exceptions – non réalisées en l'espèce – prévues à l'art. 32 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), l'autorité de recours, en vertu de l'art. 31 LTAF en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), connaît des re-

cours interjetés par les personnes résidant à l'étranger contre les décisions prises par l'OAIE.

1.2 Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal administratif fédéral est régie par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) pour autant que la LTAF n'en dispose autrement. En vertu de l'art. 3 let. d^{bis} PA, 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 ladite 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. En application de l'art. 1 al. 1 LAI, 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) et l'avance de frais ayant été fournie, le recours est recevable.

2.

2.1 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). Lors d'un changement de législation durant la période déterminante, le droit éventuel à des prestations se détermine selon l'ancien droit pour la période antérieure et selon le nouveau dès ce moment-là (application *pro rata temporis*; ATF 130 V 445, voir aussi arrêt du Tribunal fédéral 8C_870/2012 du 8 juillet 2013 consid. 2.2).

2.2 Au niveau du droit international, l'accord entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP, RS 0.142.112.681) est entré en vigueur le 1^{er} juin 2002 avec notamment son annexe II qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale par renvoi au droit européen.

Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1^{er} avril 2012 au Règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale ainsi qu'au Règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1 et 0.831.109.268.11). Ces Règlements sont donc applicables *in casu* (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_455/2011 du 4 mai 2012). Conformément à l'art. 4 du règlement (CE) n° 883/2004, les personnes auxquelles ce règlement s'applique bénéficient en principe des mêmes prestations et sont soumises aux mêmes obligations, en vertu de la législation de tout Etat membre, que les ressortissants de celui-ci. On précisera que le règlement (CEE) n° 1408/71 — auquel l'ALCP renvoyait pour la période antérieure courant jusqu'au 31 mars 2012 — contenait une disposition similaire à son art. 3 al. 1.

2.3 Il sied en outre de souligner que l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (arrêt du Tribunal fédéral I 435/02 du 4 février 2003). Ainsi, même après 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. 46 al. 3 du règlement [CE] n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement respectivement, pour le droit en vigueur jusqu'au 31 mars 2012, art. 40 al. 4 en relation avec l'annexe V du Règlement n° 1408/71; voir aussi ATF 130 V 253 consid. 2.4; arrêt du Tribunal fédéral I 376/05 du 5 août 2005 consid. 3.1), 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. 49 al. 2 du règlement [CE] n° 987/2009).

2.4 Pour ce qui est du droit interne, les modifications consécutives à la 6^{ème} révision de la LAI, entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2012, trouvent également application en l'espèce.

3.

3.1 Aux termes de l'art. 8 LPGa, est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'art. 4 LAI précise que l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'al. 2 de cette disposition mentionne que l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

3.2 Un 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 (art. 28 al. 2 LAI). Suite à l'entrée en vigueur le 1^{er} juin 2002 de l'accord bilatéral entre la Suisse et la Communauté européenne, la restriction prévue à l'art. 29 al. 4 LAI – selon laquelle les rentes correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse (art. 13 LPGa) – n'est plus applicable lorsqu'un assuré est un ressortissant suisse ou de l'UE et y réside (ATF 130 V 253 consid. 2.3). Depuis l'entrée en vigueur des nouveaux règlements n° 883/2004 et n° 987/2009, les ressortissants suisses et de l'Union européenne qui présentent un taux d'invalidité de 40% au moins, ont droit à un quart de rente en application de l'art. 28 al. 1 LAI indépendamment de leur domicile et résidence (art. 4 du règlement 883/04).

4.

4.1 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. L'al. 2 de la même disposition 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. Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGa doit clairement ressortir du dossier (par ex. ATF I 559/02 du 31 janvier 2003, consid. 3.2). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral I 8/04 du 12 octobre 2005 consid. 2.1; MICHEL VALTERIO, *Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI]*, Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 3054 ss, 3065; RUDOLF RUEDI, *Die Verfügungsanpassung als verfahrensrechtliche Grundfigur namentlich von Invalidenrentenrevisionen*, in: Schaffhauser René/Schlauri Franz [édit.], *Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung*, Saint-Gall 1999, p. 15).

4.2 Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5; VALTERIO, n° 3063). Une simple appréciation différente d'un

état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGa (arrêt du Tribunal fédéral I 532/05 du 13 juillet 2006 consid. 3; I 561/05 du 31 mars 2006 consid. 3.3; ATF 112 V 371 consid. 2b).

4.3 La révision a lieu d'office lorsqu'en prévision d'une modification importante possible du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité, un terme a été fixé au moment de l'octroi de la rente ou de l'allocation pour impotent, ou lorsque des organes de l'assurance ont connaissance de faits ou ordonnent des mesures qui peuvent entraîner une modification importante du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité (art. 87 al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]).

4.4 L'art. 88a al. 2 RAI prévoit que si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29^{bis} est toutefois applicable par analogie L'art. 88^{bis} al. 2 let. a RAI dispose que la diminution ou la suppression de la rente ou de l'allocation pour impotent prend effet, au plus tôt, le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision. La règle indique les effets temporels de la révision sur le plan du droit à la rente (ATF 135 V 306 consid. 7.2).

5.

5.1 Le Tribunal fédéral a précisé que la dernière décision entrée en force, examinant matériellement le droit à la rente, fondée sur une instruction des faits, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conforme au droit constitue le point de départ pour examiner si le taux d'invalidité s'est modifié de manière à influencer le droit aux prestations (ATF 133 V 108 consid. 5.4; ATF 125 V 369 consid. 2 et ATF 112 V 372 consid. 2).

5.2 En l'espèce, la dernière décision entrée en force, examinant matériellement le droit à la rente, était celle de la précédente révision, soit celle du 11 juin 2009 (pce 115). Cet état de fait devra ainsi être comparé à celui au moment où a été prise la décision querellée, soit le 21 décembre 2012.

6.

6.1 L'art. 69 RAI prescrit que l'office de l'assurance-invalidité réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation; à cet effet peuvent être exigés ou effectués des rapports ou des renseignements, des expertises ou des enquêtes sur place, il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides.

6.2 Le tribunal des assurances doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 125 V 352 consid. 3a et réf. cit.).

6.3 La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertise ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa; 118 V 286 consid. 1b et les références). Au sujet des rapports établis par les médecins traitant, le juge peut et doit tenir compte du fait que selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitant consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête du fait qu'une expertise de partie n'a pas la même valeur que les expertises mises en oeuvre par un tribunal ou par l'administration conformément aux règles de procédure applicables (arrêt du Tribunal fédéral 8C_558/2008 du 17 mars 2009 consid. 2.4.2). Toutefois le simple fait qu'un rapport médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd

et les références citées). Quant aux documents produits par le service médical d'un assureur étant partie au procès, le Tribunal fédéral n'exclut pas que l'assureur ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci. Dans de telles constellations, il convient toutefois de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 122 V 157, 162 consid. 1d; ATF 123 V 175, 176 s consid. 3d; ATF 125 V 351, 353 s consid. 3b ee; cf. aussi arrêts du Tribunal fédéral I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3 et 9C_55/2008 du 26 mai 2008 consid. 4.2 avec références, concernant les cas où le service médical n'examine pas l'assuré mais se limite à apprécier la documentation médicale déjà versée au dossier). Le simple fait qu'un avis médical divergent – même émanant d'un spécialiste – ait été produit ne suffit toutefois pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

7.

7.1 Pour admettre un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA, il faudrait que la recourante ait connu une aggravation de son invalidité (voir aussi l'art. 87 al. 2 RAI).

En l'espèce, l'autorité inférieure retient qu'il n'y a pas eu de détérioration de l'état de santé de la recourante, de nature à aggraver son incapacité de gain. Pour fonder cette appréciation, l'autorité inférieure se base sur le rapport émanant de la Dresse A. _____ du BREM et daté du 7 décembre 2011, ainsi que sur les rapports émanant du Dr E. _____ du BREM datés des 7 septembre et 22 novembre 2012 (pces 201 et 207). L'autorité de recours relève que les expertises retenues sont conformes aux exigences jurisprudentielles en la matière (consid. 6.3).

7.2 L'appréciation des conclusions de ces rapports suppose que l'on examine préalablement le grief de la recourante qui affirme que son activité antérieure était celle de femme de service et non d'ouvrière dans la cosmétique. Le dernier salaire perçu par la recourante avant son cas d'invalidité, en 1996, était celui d'ouvrière en cosmétique (du 18 janvier au 7 juin 1994; pce 10). L'activité de femme de service ne saurait être retenue dès lors qu'elle a été exercée alors que la recourante était au bénéfice d'une rente d'invalidité (du 1^{er} septembre 2004 et au moins jusqu'au

15 mai 2005; pce TAF 1 annexe). Les conclusions des rapports examinés sont donc pertinentes en l'espèce.

7.3 L'expertise de la Dresse A._____, ainsi que l'appréciation qui en a été faite par le SMR, ont dû faire l'objet d'une précision. La recourante en tire d'ailleurs grief dans ses écritures. Aussi bien la Dresse A._____ que le Dr E._____ admettent une aggravation de l'état de santé de la recourante sans pour autant admettre une détérioration de sa capacité de gain. Tous deux sont partis du principe que l'activité habituelle de la recourante était celle de femme de service, et non d'ouvrière dans la cosmétique. C'est sur cette base erronée que les deux praticiens ont évalué l'incapacité de travail de la recourante à 70% (dans l'activité de femme de service). L'autorité inférieure a attiré l'attention des médecins sur cet élément factuel. Une fois cela fait, l'un comme l'autre ont amendé leur appréciation et ont estimé que, compte tenu de cette activité habituelle plus sédentaire, le degré d'incapacité était effectivement de 50% dans l'activité d'ouvrière dans la cosmétique. Quoi qu'il en soit, même avant la demande de précision de l'autorité inférieure, la Dresse A._____ avait déjà attesté que "dans une activité plus adaptée comme ouvrière, pour une activité simple, en position assise, sans port de charges, sa capacité de travail théorique [...] reste évaluée à 50%". Il n'y a donc pas eu de contradictions dans l'appréciation des médecins, mais une nouvelle appréciation au vu de faits qui ne leur avaient pas été communiqués correctement ou qu'ils ignoraient.

Parmi les griefs soulevés par la recourante, seule reste maintenant son affirmation selon laquelle son état de santé ne lui permettrait quoi qu'il en soit pas d'exercer la profession indiquée. La description des activités professionnelles ouvertes à la recourante est du ressort des médecins et il n'appartient pas à l'autorité de recours à substituer son appréciation à celle des praticiens (consid. 6.3). Les certificats des Drs C._____ et B._____ du 27 juin 2012 produits par la recourante ne permettent pas de mettre en doute les conclusions de la Dresse A._____, du fait qu'ils ne se prononcent pas sur sa capacité résiduelle.

L'autorité de recours ne peut dès lors que se rallier à l'appréciation de l'autorité inférieure dans ce sens que, même si l'état de santé de la recourante s'est aggravé, son incapacité de travail demeure de 50% dans son activité habituelle. Elle n'a donc pas connu d'aggravation par rapport à la précédente révision, soit celle du 11 juin 2009 (pce 115).

8.

8.1 Le taux d'invalidité d'une personne exerçant une activité lucrative est fixé d'après la comparaison des revenus prévue par l'art. 16 LPGA, c'est-à-dire essentiellement selon des considérations économiques. Ainsi 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 exigé de lui après les traitements et les mesures de réadaptation sur un marché du travail équilibré. Toutefois, lors d'une révision, si l'état de santé est inchangé, il y a lieu de décider d'abord s'il existe un motif d'adaptation. Ce n'est qu'après avoir répondu à cette question par l'affirmative qu'il y a lieu de procéder à une nouvelle appréciation du taux d'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_223/2011 consid. 3.2 du 3 juin 2011, voir aussi arrêt du Tribunal administratif fédéral C-6222/2011 du 24 août 2012 consid. 11).

8.2 En l'espèce, du moment que l'autorité inférieure a estimé que les circonstances (situation médicale et activités exigibles) ne s'étaient pas modifiées au point d'avoir une influence significative sur le degré d'invalidité de l'assuré, que l'assurée n'a pas allégué, ni rendu vraisemblable d'autres changements ayant des conséquences importantes sur sa capacité de gain, l'autorité inférieure n'avait concrètement aucun motif de procéder à une nouvelle comparaison des revenus. En effet, l'art. 17 al. 1 LPGA impose à l'administration de vérifier que le taux d'invalidité, connu, n'a pas subi de modifications notables et non de déterminer ce taux comme l'exige l'art. 16 LPGA lors de la survenance de l'invalidité.

8.3 Partant, l'autorité inférieure était fondée à conclure que la recourante a toujours droit à une demi-rente d'invalidité; la décision de l'autorité inférieure doit être confirmée et le recours rejeté.

9.

9.1 Vu l'issue de la procédure, les frais de celle-ci, fixés à 400 francs, sont mis à la charge de la recourante (art. 63 al. 1 PA, applicable par le truchement de l'art. 37 LTAF). Ils sont compensés par l'avance de frais du même montant dont elle s'est acquittée au cours de l'instruction.

9.2 Il n'est pas alloué de dépens (art. 7 al. 1 *a contrario* et 3 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]).

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est rejeté.

2.

Les frais de procédure de 400 francs sont mis à la charge de la recourante et sont compensés avec l'avance de frais de même montant déjà fournie.

3.

Il n'est pas alloué de dépens.

4.

Le présent arrêt est adressé :

- à la recourante (Acte judiciaire)
- à l'autorité inférieure (n° de réf. __; Recommandé)
- à l'Office fédéral des assurances sociales (Recommandé)

L'indication des voies de droit se trouve à la page suivante.

Le président du collège :

Le greffier :

Francesco Parrino

Yann Grandjean

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 :