



Cour III
C-5151/2014

Arrêt du 23 février 2017

Composition

Madeleine Hirsig-Vouilloz (présidente du collège),
David Weiss, Daniel Stufetti, juges,
Isabelle Pittet, greffière.

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 11 juillet 2014).

Faits :**A.**

A._____ est une frontalière de nationalité française, née le [...] 1963 (OAI JU docs 3, 9, 10, 80). Domiciliée en France (OAI JU doc 4), elle a travaillé en Suisse à compter de 1988, en dernier lieu, dès le 1^{er} avril 2000, en tant que décalqueuse sur cadrans pour l'entreprise B._____ SA, à Z., d'abord à 100%, puis, à partir du 12 juin 2004, à 50% pour raisons médicales, avec quelques tentatives infructueuses de reprises à 100%. Dès le mois de septembre 2009, l'intéressée a cessé de travailler pour l'entreprise B._____ SA pour des raisons de santé ; son employeur a résilié le contrat qui les liait avec effet au 30 juin 2010. Le 7 mars 2011, elle a repris une activité salariée à temps partiel dans le domaine de l'immobilier, auprès de la société C._____ ; elle a été licenciée au 3 décembre 2012 pour raisons économiques (OAI JU docs 1, 6, 19, 47, 51, 81, 103, 112, 134, 138, 165, 167 à 169 ; voir également extrait du compte individuel [OAI JU doc 13]).

B.

Le 19 octobre 2005, A._____ a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton du Jura (OAI JU ; OAI JU doc 14). Outre le questionnaire pour l'employeur du 22 novembre 2005 (OAI JU doc 19), divers renseignements médicaux ont été recueillis dans ce cadre (OAI JU docs 20 à 44), puis une expertise pluridisciplinaire (médecine interne, neurologie, psychiatrie, rhumatologie) a été réalisée à la Policlinique Médicale Universitaire à Lausanne, qui a donné lieu à un rapport du 4 octobre 2006 (OAI JU doc 56). Les diagnostics avec influence essentielle sur la capacité de travail, retenus dans ce rapport, étaient ceux de troubles mixtes de la personnalité et de syndrome douloureux somatoforme persistant ; un status après hystérectomie pour utérus fibromateux, ainsi qu'un syndrome polyalgique idiopathique diffus ont également été notés, toutefois sans influence sur la capacité de travail. Sur cette base, les experts ont conclu, pour des motifs psychiatriques, à une capacité résiduelle globale de travail de 50% dans toute activité permettant une position alternée et évitant le port de charges et les travaux lourds. Consulté à cet égard, le Dr D._____, du Service médical régional AI pour la Suisse romande (SMR), a estimé, dans son rapport d'examen du 18 janvier 2007 (OAI JU doc 68 ; voir également OAI JU docs 66 et 67), qu'il n'y avait pas d'incapacité de travail d'un point de vue rhumatologique, et qu'au niveau psychiatrique, les troubles dont souffrait l'intéressée ne revêtaient pas un caractère invalidant, ni par leur acuité, ni par leur gravité (voir également

avis du SMR du 11 janvier 2007 [OAI JU doc 65]). Le Dr D._____ en a conclu qu'il n'y avait ni limitation fonctionnelle, ni incapacité de travail.

Par décision du 30 avril 2007 notifiée par l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE ; OAI JU doc 72), ce dernier a confirmé le projet de décision de l'OAI JU du 15 mars 2007 (OAI JU doc 69) et rejeté la demande de prestations déposée par A._____. Aucun recours n'a été déposé contre cette décision, qui est entrée en force.

C.

C.a Le 20 décembre 2009, A._____ a déposé une seconde demande de prestations AI auprès de l'OAI JU (OAI JU doc 81 ; voir également écriture du 3 février 2010 [OAI JU doc 121]). Dans ce cadre, les documents suivants en particulier ont été versés au dossier :

- des avis d'arrêt de travail, prescrivant des arrêts en particulier dès septembre 2009 jusqu'au 28 février 2010 (OAI JU docs 90, 95, 98, 102 à 105, 107, 108, 110, 112),
- un compte-rendu d'IRM lombaire du 16 juillet 2008, effectué au Centre hospitalier de Y., qui note une petite saillie discale postéro-latérale droite en L2-L3, entraînant un refoulement du fourreau dural et de la racine L3 à droite (OAI JU docs 91, 92),
- les résultats d'une radiculographie/myéloscanner du 19 décembre 2008 réalisée au Centre hospitalier universitaire de X., faisant état d'une compression radiculaire L5 gauche sur étroitesse canalaire constitutionnelle (OAI JU docs 93, 94, 96, 97),
- un document faisant état, entre octobre et décembre 2009, de traitement en piscine, avec massages sédatifs et physiothérapie antalgique, de séance d'ondes de choc, de cryothérapie et de mil-thérapie (OAI JU doc 106 ; concernant les traitements suivis, voir également OAI JU doc 101),
- un certificat médical du 22 janvier 2010 de la Dresse E._____, de l'unité pluridisciplinaire de prise en charge de la douleur chronique au Centre hospitalier de Y., indiquant que suite à une lombosciatalgie du membre inférieur droit, des investigations ont mis en évidence une protrusion discale symptomatique ; le médecin relève chez l'intéressée, parallèlement aux douleurs, un retentissement émotionnel lié à la diminution de ses capacités fonctionnelles, ayant mené à un

syndrome dépressif justifiant un traitement antidépresseur et un suivi régulier spécialisé ; la Dresse E. _____ conclut que l'état de santé de l'intéressée ne lui permet pas de reprendre son activité professionnelle (OAI JU doc 116),

- une attestation du 30 janvier 2010 établie par le Dr F. _____, généraliste, lequel certifie que l'intéressée présente une affection douloureuse chronique créant un handicap au quotidien, nécessitant un suivi psychologique, une reprise du travail lui paraissant exclue pour le moment (OAI JU doc 118),
- une attestation du 3 février 2010 de G. _____, psychologue, certifiant recevoir l'intéressée depuis le 21 avril 2009, à raison d'une séance par semaine depuis fin novembre 2009 (OAI JU doc 117),
- un rapport de la Dresse E. _____ du 26 février 2010, qui relève que l'état de santé de l'intéressée s'est aggravé et que ses douleurs physiques ont rendu les gestes de la vie quotidienne difficiles ; la Dresse E. _____ conclut que la patiente ne peut absolument pas reprendre son activité professionnelle (OAI JU doc 126),
- une autre attestation, du 27 février 2010, du Dr F. _____, qui indique que l'intéressée est traitée en raison d'une fibromyalgie qui réduit ses capacités de travail ; le Dr F. _____ est d'avis qu'actuellement, une reprise d'activité ne peut pas être envisagée (OAI JU doc 125).

C.b Invité à se prononcer sur ces documents médicaux, le Dr H. _____, médecin généraliste pour le SMR, a retenu comme fait nouveau, dans son avis du 25 mars 2010 (OAI JU doc 128), la présence de petites saillies discales L2-L3 à droite, refoulant le fourreau dural et la racine L3 à droite. Il a conclu qu'il était nécessaire d'effectuer au SMR un examen clinique ostéoarticulaire, lequel a été réalisé le 20 avril 2010 par le Dr I. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation.

Dans son rapport du 22 avril 2010 (OAI JU doc 131), le Dr I. _____ a retenu, comme diagnostic avec répercussion durable sur la capacité de travail, des lombosciatalgies droites chroniques (M54.46), avec protrusion discale de localisation L2-L3 au contact de la racine L3 à droite et amputation de la racine L5 à droite sur sténose fonctionnelle, ainsi que, comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, un syndrome douloureux somatoforme, des troubles mixtes de la personnalité et un trouble dépressif réactionnel. Le médecin a estimé qu'il y avait une

aggravation de l'état de santé somatique et que l'intéressée présentait, dès le 16 juillet 2008 (date de l'IRM mettant en évidence un conflit radiculaire), une capacité de travail de 50% dans toute activité, pour autant que l'activité respectât les limitations fonctionnelles énumérées par le médecin (voir infra consid. 9.1).

A nouveau consulté, le Dr H. _____, dans son avis du 12 mai 2010 (OAI JU doc 132), a suivi les conclusions du Dr I. _____. Au niveau psychiatrique, le Dr H. _____ a indiqué que l'intéressée avait été examinée le 26 janvier 2010 par le Dr J. _____, de la Clinique K. _____, et que cet expert psychiatre, ayant posé le diagnostic d'épisode dépressif léger d'accompagnement des douleurs, ne limitant pas les capacités fonctionnelles de l'intéressée, n'avait pas retenu de diminution de la capacité de travail (OAI JU doc 140).

C.c Ont encore été versés au dossier, par la suite, un questionnaire pour l'employeur, du 10 juin 2010, rempli par l'entreprise B. _____ SA (OAI JU doc 134), le rapport du 26 janvier 2010 du Dr J. _____ et un rapport du 8 avril 2010 du Dr L. _____, rhumatologue à la Clinique K. _____, ces deux rapports ayant été sollicités par l'assureur-maladie de l'intéressée (OAI JU docs 139 à 141).

C.d Par décision du 22 novembre 2010 (OAI JU doc 156), confirmant le projet de décision de l'OAI JU du 8 septembre 2010 (OAI JU doc 144 ; voir également OAI JU doc 147), l'OAIE a reconnu à A. _____ un degré d'invalidité de 50% dès septembre 2009 (voir OAI JU doc 151) et lui a octroyé une demi-rente d'invalidité à partir du 1^{er} juin 2010.

Par décision du 1^{er} février 2011 (OAI JU doc 163), confirmant également son projet de décision du 8 septembre 2010, l'OAI JU a refusé le reclassement professionnel de l'intéressée, ayant constaté, en se rendant au sein de l'entreprise B. _____ SA, que l'activité habituelle comme elle était réalisée dans cette entreprise était adaptée aux limitations fonctionnelles décrites par le SMR (rapport intermédiaire du 23 novembre 2010 [OAI JU doc 153]).

D.

Par courrier du 1^{er} avril 2011 (OAI JU doc 165), A. _____ a informé l'AI qu'elle avait repris, depuis le 7 mars 2011, une activité salariée à temps partiel auprès de la société C. _____, agence immobilière.

E.

En septembre 2012, l'OAI JU a entrepris une procédure de révision d'office de la rente d'invalidité de A._____.

E.a Ont été versés au dossier, dans ce cadre :

- le questionnaire pour la révision de la rente du 18 septembre 2012 dans lequel l'intéressée indique notamment que son état s'est amélioré depuis juin 2012 environ, (OAI JU docs 167 à 169 ; voir également bulletins de paie de mars 2011 à septembre 2012 [OAI JU docs 171 à 191] et concernant le licenciement : OAI JU doc 200),
- un rapport médical intermédiaire du Dr M._____, médecin généraliste, homéothérapeute et chélothérapeute, reçu le 3 décembre 2012 par l'OAI JU ; le Dr M._____ relève des fibromyalgies, des douleurs, de l'asthénie et un état dépressif ; il indique que l'incapacité de travail de l'intéressée est toujours de 50%, mais qu'on peut s'attendre à une amélioration progressive (OAI JU doc 195),

Consulté à cet égard, le Dr N._____, médecin généraliste du SMR, a recommandé, dans son avis médical du 18 juillet 2013 (OAI JU doc 202), la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (médecine interne, rhumatologie et psychiatrie).

E.b Le soin de réaliser cette expertise, qui s'est déroulée les 23 et 28 janvier 2014, a été confié à la Dresse O._____, rhumatologue, et aux Drs P._____, médecin interniste généraliste, et Q._____, psychiatre, du Centre R._____, à W. (voir OAI JU docs 204 à 209). Un examen radiologique de la colonne lombaire a également été effectué le 28 janvier 2014, dont les résultats montrent de discrets troubles statiques (OAI JU doc 211) et un pincement discal discret au niveau D12-L1 et très discret au niveau L4-L5 et L5-S1 (OAI JU doc 210 p. 13 et 14).

Cette expertise a donné lieu à un rapport daté du 18 mars 2014 (OAI JU doc 210). Dans ce rapport, les Drs O._____, P._____ et Q._____ ont retenu, comme diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail, celui de rachialgies diffuses, principalement lombaires, avec antécédents de sciatalgies et cruralgies droites sur hernie discale L3-L4, depuis 2008 environ, et, comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, ceux de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger à moyen, présent depuis 1986-1987, de trouble de la personnalité émotionnellement labile, type borderline, présent depuis l'adolescence, et de fibromyalgie.

Les experts ont conclu à une capacité complète, à plein temps, avec une diminution de rendement de 20%, dans toute activité respectant les limitations fonctionnelles décrites (voir infra consid. 10.1).

E.c Sur cette base, l'OAI JU a procédé à une comparaison des revenus en application de la méthode générale, mettant en évidence un taux d'invalidité de 27% (OAI JU doc 213). Dans son projet de décision du 8 mai 2014 (OAI JU doc 214), il a signifié à A._____ qu'à l'avenir, il n'existerait plus de droit à une rente d'invalidité et qu'elle n'avait plus de droit à des mesures de réadaptation professionnelle, ayant perçu des prestations de l'assurance-chômage en France. En réponse au courrier de l'intéressée du 3 juin 2014 (OAI JU doc 215), l'OAI JU a notamment transmis à cette dernière, le 12 juin 2014 (OAI JU doc 216), une copie de l'expertise du Centre R._____.

Par décision du 11 juillet 2014 (OAI JU doc 218), l'OAIE a confirmé le projet de décision de l'OAI JU et supprimé la rente d'invalidité de A._____ dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision.

F.

F.a Par acte du 12 septembre 2014 (TAF pce 1), A._____ a formé recours auprès du Tribunal administratif fédéral contre la décision précitée, dont elle demande le réexamen. La recourante estime en particulier que l'activité d'opératrice en horlogerie, niveau 4, retenue comme activité adaptée après invalidité par l'OAI JU dans son calcul de l'invalidité, est précisément inadaptée à son état de santé, et relève que sa dernière activité était celle de négociatrice dans le domaine immobilier. Elle souligne par ailleurs qu'au vu des rapports des experts et de ses médecins, les avis quant à l'amélioration de sa capacité de travail divergent, et que le semblant de mieux observé dans son état de santé en été 2012 ne serait pas permanent. Enfin, elle critique le rapport d'expertise du Centre R._____ sur divers points.

F.b Invité à se déterminer sur le recours, l'OAIE, dans sa réponse du 24 octobre 2014, en a proposé le rejet et la confirmation de la décision attaquée, s'en remettant à la prise de position du même jour de l'OAI JU (TAF pce 3). Celui-ci relève que selon les experts du Centre R._____, il y a une amélioration au point de vue somatique, par rapport à 2010, puisque la notion de sciatgie est maintenant au second plan et que le syndrome radiculaire L3-L4 a disparu (régression du syndrome radiculaire et du syndrome lombovebral) ; au niveau psychique, il n'y aurait pas de

péjoration de l'état de santé et pas de limitations significatives à l'origine d'une incapacité de travail. L'OAI JU considère que le rapport des experts répond aux critères jurisprudentiels en la matière et qu'aucun élément versé au dossier ne permet de le remettre en cause. Enfin, il confirme son calcul de l'invalidité.

F.c Par décision incidente du 3 novembre 2014, le Tribunal administratif fédéral a fixé l'avance pour les frais de procédure présumés à Fr. 400.-, que la recourante a versée sur le compte du Tribunal dans le délai qui lui était imparti (TAF pces 4, 5, 6).

F.d Dans une réplique du 1^{er} décembre 2014 (TAF pce 7), la recourante reprend pour l'essentiel les griefs invoqués dans son recours. Elle joint à sa réplique, outre des documents figurant déjà au dossier :

- les résultats d'un examen du 6 janvier 2004 du thorax, des mains et des pieds, effectué au Centre hospitalier de Y.,
- les résultats de radiographies du genou droit, du 7 décembre 2007,
- un rapport d'électroneuromyographie du 15 mars 2010 du Dr S. _____, neurologue, effectuée en raison de lombosciatalgie droite chronique ;
- un compte-rendu de juin 2010 du service de radiologie-imagerie médicale du Centre hospitalier de Y., concluant à des anomalies capillaroscopiques modérées fonctionnelles, compatibles avec un phénomène de Raynaud primitif,
- les résultats d'un examen échographique et doppler des membres inférieurs du 21 juin 2012,
- un rapport Holter du 13 mai 2014, dont les commentaires sont peu lisibles,
- un rapport du 25 août 2014 notant une incontinence urinaire d'effort,
- les résultats d'un IRM du rachis lombaire du 13 novembre 2014, effectué en raison de lombosciatalgies droites depuis un mois.

F.e Par courrier du 9 décembre 2014 (TAF pce 9), le Tribunal fédéral a transmis au Tribunal de céans, pour compétence, un recours de

l'intéressée du 2 décembre 2014 contre le chiffre 3 de la décision incidente du 3 novembre 2014, relatif au versement de l'avance de frais.

F.f Par prise de position du 17 décembre 2014 et duplique du 29 décembre 2014 (TAF pce 10), l'OAI JU et l'autorité inférieure ont réitéré les conclusions qu'ils avaient proposées dans la prise de position et la réponse du 24 octobre 2014.

F.g Par ordonnance du 23 janvier 2015 (TAF pce 11), le Tribunal de céans a déclaré considérer le recours du 2 décembre 2014 comme une demande d'assistance judiciaire partielle et a invité la recourante à remplir le formulaire « Demande d'assistance judiciaire », lequel est parvenu en retour au Tribunal le 25 février 2015 (TAF pce 13). Par décision incidente du 11 mars 2015 (TAF pce 14), le Tribunal administratif fédéral a admis la demande d'assistance judiciaire partielle et dispensé la recourante du paiement des frais de procédure. L'avance de frais de Fr. 400.- a été remboursée à la recourante en mars 2015.

F.h Par ordonnance du 23 janvier 2015 (TAF pce 11), le Tribunal de céans a transmis à la recourante la prise de position de l'OAI JU du 17 décembre 2014 et la duplique du 29 décembre 2014, avec divers documents du dossier requis par l'intéressée.

Droit :

1.

1.1 Au vu de l'art. 31 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), 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), le Tribunal administratif fédéral connaît des recours interjetés par les personnes résidant à l'étranger contre les décisions prises par l'OAI. Demeurent réservées les exceptions – non réalisées en l'espèce – prévues à l'art. 32 LTAF.

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 pas autrement. Or, 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. A cet égard, conformément à l'art. 2 LPGA en relation avec l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA

s'appliquent à l'AI (art. 1a à 26^{bis} et art. 28 à 70 LAI), 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 En outre, déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et art. 52 PA), le recours est recevable.

2.

En vertu de la maxime inquisitoire, le Tribunal définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA) ; il applique en outre le droit d'office. Le Tribunal n'est pas lié par les motifs invoqués (art. 62 al. 4 PA) ou par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (PIERRE MOOR, Droit administratif, vol. II, 3^e éd., Berne 2011, ch. 2.2.6.5 ; JÉRÔME CANDRIAN, Introduction à la procédure administrative fédérale, La procédure devant les autorités administratives fédérales et le Tribunal administratif fédéral, 2013, n° 176). Cependant, l'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a, ATF 121 V 204 consid. 6c, ATF 119 V 347 consid. 1a ; MOSER/BEUSCH/KNEUBÜHLER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2^e éd., 2013, p. 25 n. 1.55).

3.

3.1 La législation applicable est en principe celle en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques (ATF 136 V 24 consid. 4.3, ATF 130 V 445 consid. 1.2, ATF 129 V 1 consid. 1.2). En l'espèce, la suppression de la demi-rente d'invalidité de la recourante ayant été prononcée par décision du 11 juillet 2014, les dispositions légales en vigueur jusqu'à cette date sont déterminantes.

3.2 L'affaire présente un aspect transfrontalier, dans la mesure où la recourante, ressortissante française, domiciliée en France, Etat membre de la Communauté européenne, a travaillé et a été assurée en Suisse. Est dès lors applicable à la présente cause l'accord, entré en vigueur le 1^{er} juin 2002, 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), dont l'annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale. Dans ce contexte, les parties contractantes appliquaient entre elles, jusqu'au 31 mars 2012, le règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté (RO 2004 121), et le règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relatif à l'application du règlement (CEE) n° 1408/71 (RO 2005 3909). Une décision du Comité mixte du 31 mars 2012 (décision n° 1/2012 [RO 2012 2345]) a actualisé le contenu de l'annexe II précitée avec effet au 1^{er} avril 2012, en prévoyant, en particulier, que les parties appliqueraient désormais entre elles le règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1), ainsi que le 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 (RS 0.831.109.268.11 ; art. 1 al. 1 de l'annexe II en relation avec la section A de l'annexe II). Conformément à la jurisprudence constante, compatible avec les dispositions transitoires contenues à l'art. 87 du règlement n° 883/2004, le droit éventuel à des prestations se détermine selon l'ancien droit pour la période antérieure au 1^{er} avril 2012 et selon le nouveau droit dès ce moment-là (application pro rata temporis ; ATF 130 V 445, ATF 140 V 98 consid. 5.2, ATF 139 V 88 consid. 4, ATF 138 V 533 consid. 2.2).

Cela étant, comme avant l'entrée en vigueur de l'ALCP, la procédure ainsi que les conditions d'octroi d'une rente d'invalidité suisse sont déterminées exclusivement d'après le droit suisse (ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 376/05 du 5 août 2005 consid. 3.1). Du reste, conformément à l'art. 4 du règlement n° 883/2004, similaire à l'art. 3 par. 1 de l'ancien règlement n° 1408/71, les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne et les ressortissants suisses bénéficient de l'égalité de traitement.

3.3 S'agissant du droit interne, sauf indication contraire, les dispositions citées ci-après sont celles de la LAI et de son règlement d'exécution telles que modifiées par la 6^e révision de l'AI (premier volet), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647).

4.

Le litige porte en l'espèce sur la suppression d'une demi-rente d'invalidité par voie de révision.

5.

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. L'AI suisse couvre ainsi seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique, et non la maladie en tant que telle (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé, mais l'incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée qui en résulte et qui n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de la personne assurée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

6.

6.1 Pour pouvoir déterminer la capacité de travail d'un assuré et évaluer son invalidité, l'administration, ou le juge en cas de recours, a néanmoins besoin de documents que le médecin ou éventuellement d'autres spécialistes doivent lui fournir (ATF 117 V 282 consid. 4a) et sur lesquels elle s'appuiera, sous peine de violer le principe inquisitoire (arrêts du Tribunal fédéral 8C_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1 et I 733/06 du 16 juillet 2007 consid. 4.2.1). Le Tribunal fédéral a jugé en effet que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore être exigés de l'assuré, quand bien même la notion d'invalidité est de nature économique/juridique et non médicale (ATF 125 V 256 consid. 4, ATF 115 V 133 consid. 2, ATF 114 V 310 consid. 3c, ATF 105 V 156 consid. 1 ; voir supra consid. 5).

6.2 Le juge des assurances sociales doit, pour sa part, 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. 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. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, le Tribunal s'assurera que les points

litigieux importants 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 351 consid. 3a et les références).

6.3 Lorsqu'une expertise médicale a été réalisée, le Tribunal ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions de cette expertise, la tâche de l'expert étant précisément d'éclairer les aspects médicaux d'un état de fait donné grâce à ses connaissances spéciales. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contienne des contradictions manifestes ou ignore des éléments essentiels (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa, ATF 118 V 220 consid. 1b et les références ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 et 4.1.2, et I 131/03 du 22 mars 2004 consid. 2.2). En outre, en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise, du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Cette constatation s'applique de même 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). La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels susmentionnés. Par ailleurs, au sujet des rapports établis par les médecins traitants, 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. 3c/cc et les références). Il n'en va différemment que si les médecins mandatés par l'assuré, ou d'autres spécialistes, font état d'éléments objectivement vérifiables – de nature notamment clinique ou diagnostique –, ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêts du Tribunal fédéral 8C_392/2010 du 21 décembre 2010 consid. 5.2 et 9C_101/2010 du 5 août 2010 consid. 3.3.3).

6.4 Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu

d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 3^e éd., Zurich 2015, art. 42 n° 30 p. 561 ; ATF 122 II 464 consid. 4a). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst (Sozialversicherungsrecht [SVR] 2001 IV n° 10 p. 28).

7.

7.1 Selon l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, tout changement notable de l'état de fait apte à influencer le taux d'invalidité et ainsi le droit aux prestations constitue un motif de révision (ATF 125 V 368 consid. 2). Ainsi, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 141 V 9 consid. 2.3, ATF 130 V 343 consid. 3.5, ATF 113 V 275 consid. 1a).

7.2 Dans le cadre d'une révision de la rente, la question principale est de savoir si une modification de l'état de santé, ayant une influence sur la capacité de travail, est survenue depuis la dernière décision déterminante. La valeur probante d'une expertise médicale établie en vue d'une révision dépend ainsi largement du fait de savoir si elle explique d'une manière convaincante la modification survenue de l'état de santé. Les experts doivent alors prendre en considération que la modification de l'état de santé doit être notable et qu'une nouvelle appréciation du cas alors que les circonstances sont demeurées inchangées ne constitue pas un motif de révision (ATF 141 V 9 consid. 2.3, ATF 112 V 371 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1 ; RCC 1987 p. 36 ; SVR 2004 IV n. 5 consid. 3.3.3). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (RUDOLF RUEDI, Die Verfügungsanpassung als verfahrensrechtliche Grundfigur namentlich von Invalidenrentenrevisionen, in : Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung, 1999, p. 15).

8.

8.1 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, il s'agit de comparer les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force, reposant sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (arrêts du Tribunal fédéral 8C_747/2011 du 9 février 2012 consid. 4.1, 9C_198/2011 du 11 novembre 2011 consid. 4.2 et 9C_860/2008 du 19 février 2009 consid. 2.1 ; ATF 133 V 108 consid. 5, en particulier consid. 5.4, ATF 130 V 71 consid. 3.2.3, ATF 130 V 343 consid. 3.5, ATF 125 V 368 consid. 2 et les références).

8.2 En l'espèce, suite à la décision du 30 avril 2007 rejetant la première demande de prestations AI déposée par A. _____ (OAI JU doc 72), une seconde demande de prestations a abouti à la décision du 22 novembre 2010 (OAI JU doc 156), reconnaissant à la recourante un degré d'invalidité de 50% dès septembre 2009 et lui octroyant une demi-rente entière d'invalidité à partir du 1^{er} juin 2010. Cette décision du 22 novembre 2010 a été le résultat d'une procédure d'instruction, au cours de laquelle l'OAI JU, après avoir reçu des rapports médicaux des médecins traitants de la recourante (voir supra Faits C.a) et sur les recommandations du SMR (Dr H. _____ ; avis du 25 mars 2010 [OAI JU doc 128]), qui retenait comme fait nouveau la présence de petites saillies discales L2-L3 à droite, a jugé nécessaire de requérir un examen clinique ostéoarticulaire auprès du SMR. Cet examen a été réalisé le 20 avril 2010 par le Dr I. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et a donné lieu à un rapport du 22 avril 2010 (OAI JU doc 131), lequel tient compte des documents médicaux antérieurs figurant au dossier, notamment radiologiques, comprend une anamnèse familiale, professionnelle, actuelle, ostéoarticulaire, psychosociale et psychiatrique, prend en considération les plaintes exprimées par l'intéressée et contient diagnostics, limitations fonctionnelles et conclusions sur la capacité de travail, discutées et dûment motivées. Le SMR, par le Dr H. _____, s'est ensuite prononcé sur ce rapport, sur lequel il s'est fondé, de même que sur le rapport psychiatrique du 26 janvier 2010 du Dr J. _____, pour conclure à une aggravation de l'état de santé somatique de l'intéressée dès le 16 juillet 2008 et, à partir de cette date, à une capacité de travail de 50% dans toute activité professionnelle (avis du 12 mai 2010 [OAI JU doc 132]).

Il convient donc de considérer la décision du 22 novembre 2010 comme une décision reposant sur un examen matériel du droit à la rente. Par conséquent, la question de savoir si le degré d'invalidité a subi une modification devra être jugée dans la présente affaire en comparant les faits tels qu'ils se présentaient à l'époque de cette décision et ceux qui ont existé jusqu'au 11 juillet 2014, date de la décision litigieuse supprimant la demi-rente, qui marque la limite dans le temps du pouvoir d'examen du Tribunal.

9.

La décision du 22 novembre 2010 octroyant à la recourante une demi-rente d'invalidité reposait avant tout sur le rapport du 22 avril 2010 du Dr I. _____ (OAI JU doc 131) et, pour l'aspect psychiatrique, sur celui du 26 janvier 2010 du Dr J. _____ (OAI JU doc 140), pris en compte par le Dr H. _____ dans son avis SMR du 12 mai 2010 (OAI JU doc 132).

9.1 Dans son rapport, le Dr I. _____ observait, notamment suite à l'examen clinique rhumatologique de l'intéressée, une personne à la mine triste décrivant une symptomatologie algique diffuse d'intensité sub-maximale à maximale permanente évoluant depuis 2004. Il notait en outre que les investigations réalisées au vu des lombosciatalgies droites (douleurs de la jonction lombosacrée irradiant au niveau de la fesse et dans le membre inférieur droit à caractère intermittent) déclarées par la recourante depuis 2008 (notamment IRM lombaire du 16 juillet 2008 et myéloscan du 19 décembre 2008 [OAI JU docs 91 à 97]) mettaient en évidence une protrusion discale de localisation L2-L3 à droite, au contact de la racine L3 à droite, et une amputation au niveau de la racine L5 à droite. A l'examen clinique, le Dr I. _____ décrivait une personne polyalgique, présentant un syndrome lombovertébral avec un syndrome radiculaire de type L3 et L5 à droite, irritatif (douleurs, dysesthésie et fourmillements) sans mise en évidence de trouble moteur ou sensitif (OAI JU doc 131 p. 7). Il rapportait encore, en particulier, que l'intéressée présentait 18 point sur 18 selon Smythe en faveur d'une fibromyalgie (OAI JU doc 131 p. 5).

Sur la base de ces observations, le Dr I. _____ posait le diagnostic, avec répercussion sur la capacité de travail, de lombosciatalgies droites chroniques (M54.46), avec protrusion discale de localisation L2-L3 au contact de la racine L3 à droite et amputation de la racine L5 à droite sur sténose fonctionnelle. Pour la composante à caractère non organique, le Dr I. _____ retenait le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme, qu'il jugeait sans répercussion sur la capacité de travail. Il notait encore le

diagnostic de troubles mixtes de la personnalité et de trouble dépressif réactionnel, également sans répercussion sur la capacité de travail (OAI JU doc 131 p. 7). Il considérait, au vu de ses constats, que les limitations fonctionnelles subies par la recourante étaient les suivantes : pas de port de charges supérieures à 5 kg de façon répétitive et, occasionnelle, au-delà de 7.5 kg, pas de position statique assise au-delà de 30 à 40 minutes sans possibilité de varier les positions assise/debout, minimum 2 fois à l'heure, de préférence à la guise de l'intéressée, pas de position en porte-à-faux ou en antéflexion du rachis contre résistance, pas de montées ou descentes d'escaliers à répétition, pas de position statique debout immobile (piétinement) et diminution du périmètre de marche à environ une demi-heure à trois quarts d'heure (OAI JU doc 131 p. 8).

Enfin, le Dr I. _____ concluait que l'intéressée présentait, dès le 16 juillet 2008, date de l'IRM mettant en évidence un conflit radiculaire (OAI JU docs 91, 92), une capacité de travail de 50% dans toute activité qui respectât les limitations fonctionnelles précitées, cette évaluation de la capacité de travail se fondant uniquement sur l'existence du syndrome lombovertébral aigu au décours en présence d'un syndrome radiculaire irritatif L3 et L5. Il expliquait que la composante à caractère non organique n'était pas prise en compte pour l'évaluation de la capacité de travail résiduelle, en l'absence de pathologie préexistante à caractère invalidant, de comorbidité d'ordre psychiatrique invalidante ou de signe de gravité.

9.2 Au niveau psychiatrique, le Dr J. _____ rapportait notamment que la recourante faisait état d'une symptomatologie essentiellement douloureuse, en lien avec les membres inférieurs et supérieurs, de douleurs cervicales, de maux de tête et de dos, ainsi que de réveils nocturnes accompagnés de rumination, et que ce n'est que sur sollicitation qu'elle indiquait une symptomatologie de pleurs quotidiens, de fatigue importante, de baisse de l'estime d'elle-même et de culpabilité, le tout accompagné d'idéation suicidaire, en plus de ses troubles du sommeil. Le Dr J. _____ expliquait ainsi que la symptomatologie dépressive n'était pas au premier plan, dans la mesure où elle n'avait été relatée par l'intéressée que sur sollicitation de l'expert et que, de plus, la prescription d'antidépresseur reçue était minimale. Le psychiatre indiquait par ailleurs qu'il ressortait des documents à sa disposition la survenance brusque d'un épisode dépressif sévère, qui n'était toutefois pas retrouvé dans l'anamnèse actuelle. Enfin, s'agissant de la fibromyalgie, celui-ci relevait que si le diagnostic était reconnu – ce diagnostic n'avait pas encore été confirmé par un rhumatologue au moment de l'expertise du

Dr J. _____ – , il n'y aurait pas assez de critères jurisprudentiels pour déclarer cette atteinte invalidante (OAI JU doc 140 p. 4 et 6).

Sur cette base, le Dr J. _____ retenait le diagnostic d'épisode dépressif léger d'accompagnement des douleurs, ne limitant en rien les capacités fonctionnelles de la recourante. Le psychiatre concluait à une capacité de travail totale dans toute activité, la limitation n'étant que d'ordre somatique (OAI JU doc 140 p. 5 et 7).

9.3 Le Dr H. _____, du SMR, dans son avis du 12 mai 2010 (OAI JU doc 132), reprenait tant les diagnostics que les conclusions des Drs I. _____ et J. _____. Il notait que les lésions constatées par le Dr I. _____ expliquaient la présence de douleurs importantes ne permettant pas à la recourante de travailler à plus de 50%, et que les symptômes liés au trouble somatoforme, présents sous la forme d'une fibromyalgie à 18 points sur 18 et de nombreux signes de symptomatologie douloureuse d'origine non organique, ne constituaient pas une atteinte à la santé invalidante en l'absence d'une comorbidité psychiatrique démontrée.

10.

La décision litigieuse du 11 juillet 2014 supprimant la rente d'invalidité de la recourante se base, quant à elle, essentiellement sur le rapport d'expertise du 18 mars 2014 (OAI JU doc 210) établi par les Drs O. _____, P. _____ et Q. _____, du Centre R. _____, et contenant également les résultats d'un examen radiologique de la colonne lombaire effectué le 28 janvier 2014 (OAI JU doc 210 p. 13 et 14 et doc 211). Le Dr N. _____, du SMR, avait en effet considéré, dans son avis du 18 juillet 2013 (OAI JU doc 202), que le rapport médical intermédiaire du Dr M. _____ reçu le 3 décembre 2012 par l'OAI JU (OAI JU doc 195), seul document médical alors au dossier dans la présente procédure de révision, ne permettait pas de statuer sur la capacité de travail de l'intéressée.

10.1 L'examen de la recourante, effectué par les experts du Centre R. _____, les a conduits à constater en particulier un status dans la norme sur le plan de la médecine interne, hormis des céphalées de type tensionnel. Au niveau rhumatologique, les experts ont observé une restriction de la mobilité du rachis lombaire, la présence de tous les points de fibromyalgie et un status neurologique normal, l'examen radiologique de la colonne lombaire ne montrant que de discrets troubles dégénératifs sans signification pathologique. Ils ont relevé que l'intéressée décrivait actuellement un fond douloureux chronique légèrement moins intense

qu'en 2010, les douleurs étant toutefois aussi vives que précédemment lors des moments de crises, lesquelles obligerait alors la recourante à garder le lit (OAI JU doc 210 p. 14). Ils ont également noté que si l'on avait parlé, en 2010, d'amputation de la racine par une hernie discale latéralisée à droite, occasionnant une cruralgie droite, cette douleur, bien localisée, n'était plus citée au premier plan par l'intéressée, au contraire des douleurs généralisées et chroniques (OAI JU doc 210 p. 6) ; il apparaissait ainsi que les douleurs du membre inférieur droit étaient rarement prédominantes depuis trois ans et qu'elles n'obéissaient pas, quand elles survenaient, à un territoire radiculaire (OAI JU doc 210 p. 8 en bas et 9 en haut). Les experts ont dès lors conclu de leurs observations que par rapport à 2010, la situation s'était améliorée puisque la notion de sciatalgie était maintenant au second plan, qu'il n'y avait plus de concordance radio-clinique telle qu'elle avait été évoquée au Dr I. _____ et que le syndrome radiculaire L3-L4 avait actuellement disparu, le tableau clinique étant plutôt dominé par un syndrome polyalgique diffus idiopathique ou une fibromyalgie.

Les médecins du Centre R. _____ ont par conséquent retenu le diagnostic, ayant une répercussion sur la capacité de travail, de rachialgies diffuses, principalement lombaires, avec antécédents de sciatalgies et cruralgies droites sur hernie discale L3-L4 (OAI JU doc 210 p. 17). Ils ont estimé que la capacité de travail de l'intéressée était complète en temps, avec une diminution de rendement de 20% en raison de la survenance de douleurs par crises intenses, dans toute activité évitant le port de charges au-delà de 5 kg régulièrement et au-delà de 8 kg occasionnellement, les porte-à-faux, les flexions antérieures du tronc régulières et la station accroupie (OAI JU doc 210 p. 15 et 17 à 19). On peut souligner à cet égard que le Dr I. _____, dans son rapport du 22 avril 2010, avait considéré que la situation de la recourante n'était pas stabilisée et qu'une fois que le syndrome radiculaire et le syndrome lombovertébral aigu auraient régressé, il était vraisemblable que l'intéressée puisse retrouver une capacité de travail de l'ordre de 75% dans toute activité respectant les limitations fonctionnelles (OAI JU doc 131 p. 8).

10.2 Sur le plan psychique, les experts ont mis en évidence une symptomatologie dépressive, dont l'intensité se situe entre le léger et le moyen au moment de l'examen, dominée par des ruminations négatives sur soi-même et la vie, une inhibition, avec une asthénie/fatigabilité, une perte de motivation et du plaisir, et une humeur à dominante dysphorique. Ne s'agissant pas du premier épisode dépressif selon l'anamnèse, les médecins du Centre R. _____ ont retenu un trouble dépressif récurrent. Par ailleurs, ils ont noté que l'intéressée apparaissait fragile, avec une

estime de soi très basse, remise en question par les difficultés et échecs dans son existence, et retenu à cet égard un trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline, qui, grâce au travail accompli sur le plan thérapeutique depuis plusieurs années, montrait cependant une certaine stabilité, en l'absence de décompensation majeure et de crise, la recourante arrivant à faire face aux exigences de la vie quotidienne. Enfin, les experts ont diagnostiqué un trouble somatoforme en raison de la fibromyalgie, à propos duquel ils ont constaté qu'il n'y avait pas de processus maladif s'étendant sur plusieurs années, pas de perte de l'intégration sociale, pas d'état psychique cristallisé, ni d'échec des traitements ambulatoires.

Sur la base de ces éléments, les médecins du Centre R._____ ont posé les diagnostics, sans répercussion sur la capacité de travail, de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger à moyen (F 33), de trouble de la personnalité émotionnellement labile, type borderline (F 60.31) présent depuis l'adolescence, et de fibromyalgie. Ils ont conclu à une capacité de travail complète en temps, sans diminution de rendement et sans limitations (OAI JU doc 210 p 15 à 17).

11.

Le Tribunal de céans ne voit pas de motifs de s'écarter des conclusions des experts du Centre R._____ qui mettent en évidence une amélioration de l'état de santé et de la capacité de travail de la recourante.

11.1 En effet, force est de constater tout d'abord que l'expertise réalisée par les Drs O._____, P._____ et Q._____ a été réalisée par une rhumatologue, un médecin interniste généraliste et un psychiatre, à savoir des spécialistes disposant de toutes les connaissances requises pour juger valablement de l'état de santé de l'intéressée. De plus, cette expertise revêt un caractère interdisciplinaire dès lors que le rapport contient une synthèse tenant compte des divers observations et avis des experts, pour aboutir à une conclusion unique, tant sur les aspects médicaux que sur la capacité de travail de la recourante (OAI JU doc 210 p. 14 à 19), ce qui renforce la valeur probante de l'appréciation des médecins du Centre R._____. Au surplus, le rapport d'expertise du 18 mars 2014 satisfait aux exigences de la jurisprudence en matière de valeur probante des documents médicaux, dans la mesure où il tient compte des éléments au dossier (p. 3 à 6), prend en considération les plaintes de la recourante (p. 6 à 10), contient une anamnèse complète (notamment p. 10 et 11), se fonde sur des examens circonstanciés (p. 11 à 13) ainsi que sur les résultats d'examens radiologiques (p. 13 et 14), contient une discussion sur la

situation médicale et les points litigieux, de même que des conclusions motivées (p. 14 à 19 ; voir supra consid. 6.2 et 6.3).

11.2 Par ailleurs, il convient de relever que les experts du Centre R. _____ ont réalisé avec soin la tâche consistant à comparer les faits au moment de la décision octroyant à la recourante une demi-rente d'invalidité et les circonstances présentes ; ils ont ainsi expliqué, de manière convaincante, la modification survenue de l'état de santé (voir supra consid. 7.2). Les experts ont en effet montré que l'atteinte rhumatologique, pour laquelle une incapacité de travail de 50% avait été reconnue lors de la décision initiale, et les douleurs qui y étaient liées s'étaient améliorées par la disparition du syndrome radiculaire, les résultats de l'examen radiologique du 28 janvier 2014 concluant uniquement à de discrets troubles statiques (OAI JU doc 211) et la notion de sciatalgie étant dorénavant au second plan. Tandis que dans le même temps, le syndrome polyalgique diffus idiopathique ou fibromyalgie, tout comme les atteintes psychiques, demeuraient inchangés, le rhumatologue du Centre R. _____ retrouvant notamment, comme le Dr I. _____ en 2010, 18 points sur 18 de fibromyalgie (OAI JU doc 210 p. 12 en bas). S'agissant des atteintes psychiques, les médecins du Centre R. _____ ont certes affiné leurs diagnostics et retenu également celui de trouble de la personnalité émotionnellement labile, type borderline, qui n'apparaissait pas dans le rapport du 26 janvier 2010 du Dr J. _____. Toutefois, les experts ont précisé que ce trouble était présent depuis l'adolescence, soit déjà en 2010 ; par ailleurs, la plupart des observations qu'ils ont faites, telles que ruminations négatives, fatigue, baisse de l'estime de soi, humeur triste, correspondent à celles du Dr J. _____ ; enfin, les experts du Centre R. _____ ont constaté que le travail accompli sur le plan thérapeutique depuis plusieurs années par la recourante lui permettait de faire face aux exigences de la vie quotidienne, et ont confirmé, comme avant eux le Dr J. _____, que les atteintes psychiques dont souffre l'intéressée n'ont aucune incidence sur sa capacité de travail. Il n'y a donc pas lieu de voir dans ce nouveau diagnostic psychiatrique une aggravation de l'état de la recourante.

11.3 Une amélioration peut également être constatée au regard des limitations fonctionnelles, d'ordre somatique uniquement, retenues par le Dr I. _____ en son temps et par les médecins du Centre R. _____ maintenant.

Ainsi, si la capacité à porter des charges a peu évolué entre les constats du Dr I. _____ (pas de port de charges supérieures à 5 kg de façon

répétitive et au-delà de 7.5 kg occasionnellement) et ceux des experts du Centre R._____ (pas de port de charges au-delà de 5 kg régulièrement et au-delà de 8 kg occasionnellement), il s'avère que les positions et mouvements à éviter ont grandement diminué. En effet, quand le Dr I._____ déconseillait la position statique assise au-delà de 30 à 40 minutes sans possibilité de varier les positions assise/debout, la position en porte-à-faux ou en antéflexion du rachis contre résistance, les montées ou descentes d'escaliers à répétition, la position statique debout immobile (piétinement) et la marche au-delà d'une demi-heure à trois quarts d'heure, les médecins du Centre R._____ recommandent d'éviter seulement les porte-à-faux, les flexions antérieures du tronc régulières et la station accroupie.

11.4 Ni les critiques de la recourante à l'encontre du rapport d'expertise du Centre R._____, ni la documentation médicale versée au dossier par l'intéressée au cours de la procédure de révision d'office (OAI JU doc 195) et en procédure de recours (TAF pce 7), ne sont de nature à remettre en cause la valeur probante de ce rapport d'expertise et ses conclusions.

11.4.1 Ainsi, l'intéressée reproche notamment aux experts, dans son mémoire de recours, de ne pas avoir rendu compte, ou pas suffisamment, dans leur rapport, de tous les sujets abordés lors de l'expertise, tels que eczéma aux mains, contrôle périodique de la thyroïde, tachycardie et extrasystoles, constipation chronique, incontinence urinaire et syndrome de Raynaud, lequel deviendrait de plus en plus invalidant car la recourante présenterait une perte importante de la sensibilité au niveau des mains. Or, il apparaît tout d'abord que les experts du Centre R._____ ont au contraire fait état de la plupart de ces maux, notant en particulier, parmi les plaintes actuelles (OAI JU doc 210 p. 8), des « palpitations épisodiques ayant déjà fait l'objet d'investigations cardiologiques revenues rassurantes », une « constipation chronique qui nécessite un traitement homéopathique et de petits lavements réguliers », de « rares cystites, jamais compliquées », ainsi que, au niveau dermatologique, des « rougeurs itératives aux extrémités [...] ayant fait l'objet d'investigations étendues immunologiques en milieu hospitalier en France, revenues négatives ». Ils ont également indiqué, parmi les données objectives en médecine interne, une peau sans anomalie, bien que relativement sèche aux extrémités, ni souffle, ni frottement cardiaque, une sensibilité douloureuse diffuse de tout le cadre colique de type colon spastique, un status post hystérectomie et annexectomie, ainsi que des loges rénales souples et indolores (OAI JU doc 210 p. 11 et 12). On peut aisément comprendre, à la lecture de ce qui précède, que les experts ne se soient

pas étendus sur ces divers maux, lesquels s'avèrent sans grandes conséquences sur la capacité de travail, ou peuvent être traités.

S'agissant par ailleurs du syndrome de Raynaud, l'intéressée n'a produit, à l'appui de ses dires, qu'un compte-rendu de juin 2010 du service de radiologie-imagerie médicale du Centre hospitalier de Y., versé au dossier en procédure de recours (TAF pce 7) et concluant à des anomalies capillaroscopiques, compatibles avec un phénomène de Raynaud primitif. Outre que ce document médical se limite à des résultats d'examens et n'indique ni limitations fonctionnelles, ni effets éventuels sur la capacité de travail, il précède la décision initiale d'octroi de la demi-rente du 22 novembre 2010, laquelle n'avait pas été contestée en son temps et que ce compte-rendu de juin 2010 ne saurait au demeurant remettre en cause. Les mêmes remarques peuvent d'ailleurs être faites au sujet des autres documents médicaux produits en procédure de recours (TAF pce 7), dont la date est antérieure à la décision du 22 novembre 2010, soit les résultats de l'examen du 6 janvier 2004 du thorax, des mains et des pieds, qui ne montrent rien d'anormal ; les résultats de radiographies du genou droit, du 7 décembre 2007, notant un aspect radiologiquement normal de ce genou ; et le rapport d'électroneuromyographie du 15 mars 2010, effectuée en raison de lombosciatalgie droite chronique, dont il résulte un membre inférieur droit sans anomalie notable ainsi qu'une absence de signes électrophysiologiques en faveur d'une souffrance radiculaire lombosacrée active.

Enfin, aucun document médical au dossier ne fait état de troubles de la thyroïde, pouvant étayer les dires de la recourante à cet égard.

11.4.2 La recourante critique encore dans son recours les conclusions d'ordre psychiatrique des experts du Centre R._____, affirmant que les observations de ces derniers sur son sommeil en particulier laissent penser à un comportement de type dépressif, alors qu'il s'agirait davantage d'un syndrome de fatigue chronique. On peut relever à cet égard que les médecins du Centre R._____ n'ont pas ignoré la fatigue dont fait état l'intéressée, soulignant, dans leur discussion sur le plan psychique, une symptomatologie dépressive dominée en particulier par une asthénie et une fatigabilité (OAI JU doc 210 p. 15). Cela rejoint d'ailleurs les notes du Dr M._____, médecin traitant de la recourante, dans son rapport médical intermédiaire reçu le 3 décembre 2012 par l'OAI JU, qui explique que les restrictions touchant sa patiente se manifestent par des douleurs, une asthénie et un état dépressif (OAI JU doc 195).

11.4.3 Enfin, l'intéressée soutient qu'au niveau rhumatologique, la conclusion des experts du Centre R. _____ sur sa capacité de travail, qui serait dorénavant de 100%, ne s'appuierait que sur des données subjectives, à savoir le fait qu'elle a elle-même mentionné en premier lieu ses douleurs généralisées et en second lieu seulement, la douleur localisée, soit la sciatalgie/cruralgie droite ; or la plupart de ses symptômes seraient toujours présents. Il convient là de rappeler que si les médecins du Centre R. _____ ont constaté que le syndrome radiculaire L3-L4 avait disparu, c'est notamment sur la base de données objectives, soit les résultats de l'examen radiologique du 28 janvier 2014 concluant uniquement à de discrets troubles statiques (OAI JU doc 211).

11.4.4 Se trouvent encore au dossier, dans le cadre de la procédure de révision de la rente, le rapport médical intermédiaire du Dr M. _____, médecin traitant de la recourante, reçu le 3 décembre 2012 par l'OAI JU (OAI JU doc 195), les résultats de l'examen échographique et doppler des membres inférieurs du 21 juin 2012, le rapport Holter du 13 mai 2014, ainsi que le rapport du 25 août 2014 concernant une incontinence urinaire d'effort et les résultats d'un IRM du rachis lombaire du 13 novembre 2014 (TAF pce 7). Ces documents ne remettent pas non plus en question les conclusions des experts du Centre R. _____.

Dans son rapport, le Dr M. _____, seul praticien, hormis les médecins du Centre R. _____, à s'être prononcé sur la capacité de travail de la recourante, relève des douleurs, de l'asthénie et un état dépressif, et retient le diagnostic de fibromyalgies, faisant ainsi, toutefois de manière très sommaire, les mêmes constats que les experts. Sur cette base, il indique pour sa part, mais sans plus de détails ou de motivation, que l'état de santé de l'intéressée n'évolue pas et que son incapacité de travail est donc toujours de 50% ; pourtant, il déclare également, en fin de rapport, que l'on peut s'attendre à une amélioration progressive. De plus, ce rapport, outre qu'il est succinct, peu motivé et peu clair, a été établi par le médecin traitant de la recourante, par ailleurs médecin généraliste, homéothérapeute et chélothérapeute. Or, ainsi que l'a exposé le Tribunal fédéral, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration du seul fait qu'un médecin traitant a une opinion contradictoire, à moins qu'il soit fait état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés par les experts et qui sont assez pertinents pour remettre en cause les conclusions de ces experts, ce qui n'est pas le cas du rapport du Dr M. _____ (voir supra consid. 6.3).

Quant aux quatre autres documents médicaux précités, il s'agit uniquement de résultats de divers examens, qui ne mentionnent ni limitations fonctionnelles, ni éventuelle incapacité de travail. Du reste, ils ne révèlent pas un état de santé aggravé. Ainsi, l'examen échographique et doppler des membres inférieurs du 21 juin 2012 constate une absence de signe de phlébite, le rapport Holter du 13 mai 2014, bien que peu lisible, indique à tout le moins que si l'intéressée présente des extrasystoles isolées, elle ne fait pas de bradycardie, ni de tachycardie, et le rapport du 25 août 2014 relève une incontinence urinaire d'effort classique de grade 1, pouvant être corrigée par la mise en place d'une bandelette sous-urétrale, après la réalisation d'une cystoscopie par un urologue pour éliminer la possibilité d'une cystite interstitielle. Seuls les résultats de l'IRM du rachis lombaire du 13 novembre 2014, qui concluent à une discopathie bombante L4-L5 et L5-S1, une hernie discale protrusive droite L2-L3 et un probable angiome du corps de L2, à compléter par un scanner, prévu vraisemblablement pour le 12 décembre 2014, pourraient constituer un indice d'une nouvelle aggravation de l'état de santé de la recourante. Toutefois, il s'agit là de faits survenus après le prononcé de la décision litigieuse du 11 juillet 2014, qui doivent par conséquent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative, à moins qu'ils ne soient établis de manière suffisamment précise et qu'ils ne servent à la constatation rétrospective de la situation antérieure à la décision elle-même. Le Tribunal peut alors les prendre en compte (ATF 130 V 138 consid. 2.1, ATF 121 V 362 consid. 1b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1 ; MICHEL VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], 2011, ch. 3080). Ceci n'est cependant pas le cas en l'espèce. L'IRM du 13 novembre 2014 fait en effet état d'atteintes telles qu'elles existaient à la date de l'examen, voire éventuellement en octobre 2014, puisqu'il est indiqué dans les résultats que l'IRM a été réalisé en raison de lombosciatalgies survenues un mois plus tôt. Rien ne permet de conclure que ces atteintes étaient présentes auparavant. Cet IRM ne remet donc en cause ni les résultats de l'examen radiologique du 28 janvier 2014 concluant uniquement à de discrets troubles statiques, ni les observations et conclusions des experts du Centre R. _____ rapportées en mars 2014. Au demeurant, il ne donne aucune indication quant à une éventuelle incapacité de travail liée aux troubles qu'il observe.

11.5

11.5.1 Pour finir, les médecins du Centre R. _____ ayant retenu le diagnostic de fibromyalgie, il est nécessaire de rappeler que depuis 2004

– voire 2006 en ce qui concerne singulièrement la fibromyalgie – la jurisprudence du Tribunal fédéral a posé la présomption selon laquelle ces troubles, comme d'autres troubles psychosomatiques similaires, pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible et n'entraînaient pas, en règle générale, une limitation de la capacité de travail de longue durée pouvant conduire à une invalidité. Ce n'était que dans des cas exceptionnels, lorsque la personne assurée présentait une comorbidité psychiatrique importante et si, de surcroît, elle remplissait certains critères définis (appelés critères de Foerster), qu'il était admis que l'assuré était incapable de fournir cet effort de volonté nécessaire à surmonter sa maladie et qu'elle pouvait être considérée comme invalide (ATF 132 V 65 consid. 4, ATF 131 V 49, ATF 130 V 352 consid. 2.2.3).

11.5.2 Le Tribunal fédéral, dans un ATF 141 V 281, a toutefois modifié sa pratique (pour un résumé des points principaux : voir ATF 141 V 281 consid. 6 ; voir également arrêt du Tribunal administratif fédéral C-3804/2014 du 21 septembre 2015 consid. 5). Un point central du changement concerne la renonciation à la présomption du caractère surmontable de la douleur. La Haute Cour a également jugé qu'il convenait de renoncer à l'exigence d'une comorbidité psychiatrique et à son rôle prépondérant. Dorénavant, la capacité de travail exigible des personnes souffrant d'un trouble somatoforme douloureux ou d'une atteinte psychosomatique semblable doit être évaluée sur la base d'une vision d'ensemble, dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et normative, permettant de mettre en lumière les facteurs incapacitants d'une part et les ressources de la personne d'autre part.

Le Tribunal fédéral a décrit les indicateurs standards de l'évaluation du caractère invalidant des affections psychosomatiques (ATF 141 V 281 consid. 4.1.3) :

- A. Catégorie "degré de gravité fonctionnel"
 - a. Complexe "atteinte à la santé"
 - i. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic
 - ii. Succès du traitement ou résistance à cet égard
 - iii. Succès de la réadaptation ou résistance à cet égard
 - iv. Comorbidités
 - b. Complexe "personnalité" (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles)
 - c. Complexe "contexte social"
- B. Catégorie "cohérence" (points de vue du comportement)

- a. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie
- b. Poids des souffrances révélés par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation.

Le Tribunal fédéral a souligné que ce catalogue d'indicateurs n'a pas la fonction d'une simple check-list et qu'il faut toujours tenir compte des circonstances du cas concret. Il a indiqué par ailleurs qu'il convient, plus qu'avant, de tenir compte des effets de l'atteinte à la santé sur les aptitudes de la personne concernée à exercer son travail et les tâches de sa vie quotidienne (répercussions fonctionnelles), et de mieux intégrer la question des ressources personnelles dont dispose la personne concernée, au vu en particulier de sa personnalité et du contexte social dans lequel elle évolue.

La Haute Cour a souligné que la nouvelle jurisprudence ne modifie en rien celle tirée de l'art. 7 al. 2 LPGA, qui exige la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectif de l'exigibilité, le fardeau de la preuve matérielle incombant à la personne requérante. Des évaluations et des limitations subjectives qui ne sont médicalement pas explicables ne peuvent toujours pas être considérées comme des atteintes à la santé invalidantes. La reconnaissance d'un taux d'invalidité fondant le droit à une rente ne sera admise que si, dans le cas d'espèce, les répercussions fonctionnelles de l'atteinte à la santé médicalement constatée sont établies de manière concluante et exempte de contradictions, et avec (au moins) un degré de vraisemblance prépondérante, à l'aide des indicateurs standards.

Quant au règlement transitoire de la nouvelle jurisprudence, le Tribunal fédéral a considéré que la jurisprudence de l'ATF 137 V 210 consid. 6 gardait sa pertinence dans le sens que les expertises effectuées d'après les anciens standards de procédure ne perdaient pas de fait leur valeur probante. Cas échéant, un complément ponctuel peut s'avérer suffisant (ATF 141 V 281 consid. 8).

11.5.3 Le Tribunal de céans considère qu'en l'occurrence, l'expertise du Centre R._____, compte tenu de sa qualité, permet une appréciation convaincante de la situation, également au regard de la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral, et qu'un complément d'instruction n'est pas nécessaire. Les experts du Centre R._____ ont en effet posé sans équivoque le diagnostic de fibromyalgie, ayant observé, lors de l'examen clinique, la présence de tous les points de fibromyalgie, un status

neurologique normal et, à l'examen radiologique de la colonne lombaire, uniquement de discrets troubles dégénératifs sans signification pathologique. S'agissant des traitements suivis (OAI JU doc 210 p. 6), il ressort du rapport d'expertise que si aucune modalité thérapeutique n'a réussi à vaincre complètement les douleurs, des séances d'hypnose et de relaxation notamment ont un effet bénéfique, bien que transitoire ; la recourante déclare par ailleurs que sa situation s'est peut-être légèrement améliorée entre les crises douloureuses aiguës, par rapport à 2010. En outre, bien que les médecins du Centre R._____ aient noté que l'intéressée apparaissait fragile, avec une estime de soi très basse, remise en question par les difficultés et échecs dans son existence, et retenu à cet égard un trouble de la personnalité, ils ont constaté dans le même temps que grâce au travail thérapeutique accompli, la recourante présentait une certaine stabilité, en l'absence de décompensation majeure et de crise. Ils ont rapporté qu'elle parvenait à faire face aux exigences de la vie quotidienne, aidée régulièrement, voire même journalièrement par des membres de son entourage (sa partenaire, sa sœur aînée) ou de son voisinage (OAI JU doc 210 p. 14 à 16). Il résulte en outre du dossier que l'intéressée a repris d'elle-même une activité salariée à temps partiel, dans le domaine de l'immobilier, son licenciement en décembre 2012 n'ayant pas eu lieu pour des raisons médicales, mais économiques, et qu'elle désirerait ardemment retrouver un travail (OAI JU doc 210 p. 14 en bas ; OAI JU docs 165, 167). Les experts ont ainsi conclu, en résumé, qu'ils ne constataient pas de processus malade s'étendant sur plusieurs années, ni de perte de l'intégration sociale, ni d'état psychique cristallisé, ni d'échec des traitements ambulatoires, ils n'ont retenu aucune limitation fonctionnelle en lien avec la fibromyalgie et ont considéré que la capacité de travail de l'intéressée était complète en temps, sans diminution de rendement en plus des 20% admis au niveau somatique. En conséquence, il apparaît clairement que la fibromyalgie dont souffre la recourante n'a que peu d'impact sur ses aptitudes à exercer un travail et les tâches de sa vie quotidienne, et qu'elle dispose de ressources personnelles suffisantes dans ce cadre.

12.

12.1 Au vu de ce qui précède, le Tribunal de céans peut se rallier à l'appréciation des médecins du Centre R._____ et à celle de l'administration, et conclure au degré de la vraisemblance prépondérante que, par rapport à la situation donnée le 22 novembre 2010, date de la décision octroyant la demi-rente d'invalidité à la recourante, l'état de santé de celle-ci s'est amélioré de façon significative sur le plan somatique. On

peut d'ailleurs relever, bien qu'elle le conteste en procédure de recours, que la recourante avait elle-même indiqué, dans le questionnaire pour la révision de la rente du 18 septembre 2012 (OAI JU doc 169), que son état de santé s'était amélioré depuis juin 2012 environ car elle présentait moins de douleurs globalement, en dépit de crises récurrentes, ce qu'elle aurait également déclaré aux experts, selon le rapport du Centre R._____ (OAI JU doc 210 p. 6). Par ailleurs, il convient de fixer l'amélioration de l'état de santé dès janvier 2014, soit au moment où a eu lieu l'expertise au Centre R._____, les experts, dans leur rapport de synthèse, n'ayant pas indiqué que cette amélioration était survenue plus tôt.

Il y a donc lieu de retenir que l'intéressée, dès janvier 2014, présentait une capacité de travail de 80% dans toute activité tenant compte des limitations fonctionnelles décrites par les experts du Centre R._____ (voir supra consid. 10.1) et que cet état a perduré au moins jusqu'au 11 juillet 2014, date de la décision attaquée.

12.2 Certes, les experts ont retenu dans leur rapport que l'activité exercée jusqu'ici, ou l'activité antérieure, était celle de négociatrice en immobilier, exigible à 80%, et qu'ils ne se sont pas expressément prononcés sur la capacité de travail dans l'activité de décalqueuse sur cadrans. Cependant, ils ont clairement conclu que la capacité de travail de la recourante était de 80% dans toute activité respectant les limitations fonctionnelles qu'ils ont décrites dans leur rapport (OAI JU doc 210 p. 19). Or, il s'avère que l'ancienne activité de décalqueuse respecte ces restrictions. En effet, dans le même temps que l'administration accordait à l'intéressée une demi-rente d'invalidité, elle lui a refusé un reclassement professionnel, par décision du 1^{er} février 2011 (OAI JU doc 163), ayant constaté, en se rendant au sein de l'entreprise B._____ SA le 23 novembre 2010 (OAI JU doc 153), que l'activité habituelle de décalqueuse, comme elle était réalisée dans cette entreprise, était adaptée aux limitations fonctionnelles décrites par le SMR (voir supra consid. 9.1). A plus forte raison est-elle donc adaptée aux restrictions retenues par les médecins du Centre R._____, moindres que celles du SMR (voir supra consid. 10.1). Ainsi, à titre d'exemple, le poste de décalqueuse nécessite trois à quatre fois par jour le port d'une plaque de décalquage qui pèse moins de 2 kg, sur moins de 5 mètres ; par ailleurs, la position des bras durant le travail ne dépasse pas une antépulsion de l'avant-bras ainsi qu'une abduction de l'humérus de 90° ; et les collaborateurs de l'OAI JU qui se sont rendus chez B._____ SA n'ont pas constaté de positions en porte-à-faux ou en antéflexion du rachis dans le cadre de la production (OAI JU doc 153 ; voir également OAI JU doc 210 p. 3 en bas). Par conséquent, la capacité de travail de la recourante est de

80 % dans toute activité observant les limitations fonctionnelles mises en évidence, y compris l'activité de décalqueuse. Une comparaison des revenus n'est dès lors pas nécessaire et le taux d'invalidité s'élève à 20%.

13.

Enfin, s'agissant des mesures de réadaptation professionnelles dont il est fait mention dans le rapport d'expertise du Centre R. _____, le Tribunal de céans constate que c'est à juste titre que l'autorité inférieure a considéré, dans la décision dont est recours, que l'intéressée n'y avait pas droit. En effet, l'art. 9 al. 1^{bis} LAI précise que le droit aux mesures de réadaptation prend naissance au plus tôt au moment de l'assujettissement à l'assurance obligatoire ou facultative AVS/AI et s'éteint au plus tard à la fin de cet assujettissement. En conséquence, en principe, dès qu'une personne n'est plus assurée à l'AVS/AI suisse, notamment parce qu'elle ne vit pas en Suisse et n'y travaille plus (art. 1a al. 1 let. a et b de la loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants [LAVS, RS 831.10]), comme c'est le cas de la recourante, elle perd son droit aux mesures de réadaptation.

L'ALCP prévoit toutefois une clause de prolongation d'assurance qui maintient, à certaines conditions, l'assujettissement à l'AVS/AI suisse (MICHEL VALTERIO, op. cit., ch. 1348). Ainsi, selon l'annexe II de l'ALCP, déterminant en l'occurrence (voir supra consid. 3.2), section A par. 1 let. i point 8, lorsqu'une personne qui exerçait en Suisse une activité lucrative salariée ou non salariée couvrant ses besoins vitaux a dû cesser son activité suite à un accident ou une maladie et qu'elle n'est plus soumise à la législation suisse sur l'assurance-invalidité, elle est considérée comme couverte par cette assurance pour l'octroi de mesures de réadaptation jusqu'au paiement d'une rente d'invalidité ainsi que durant la période pendant laquelle elle bénéficie de ces mesures, à condition qu'elle n'ait pas repris une nouvelle activité hors de Suisse. La couverture d'assurance prend fin, au plus tard, au moment où le cas est définitivement liquidé sous l'angle du droit de l'AI suisse par le versement d'une rente (et que des mesures de réadaptation ne sont pas envisagées en parallèle) ou que la réadaptation a été mise en œuvre avec succès. Une travailleuse frontalière qui a dû cesser son activité en Suisse pour des raisons de santé et a été mise au bénéfice d'une rente de l'AI suisse, comme c'est là encore le cas de la recourante, ne peut donc pas par la suite prétendre à des mesures de réadaptation. Il en va de même quand l'intéressée reprend une activité lucrative hors de Suisse ou qu'il/elle bénéficie des prestations de l'assurance-chômage de son Etat de résidence ; celles-ci représentent en effet un revenu de remplacement du travail (ATF 132 V 53 consid. 6.6,

ATF 132 V 244 consid. 6 ; arrêts du Tribunal administratif fédéral C-4291/2015 du 16 janvier 2017 consid. 7.4 et C-5291/2013 du 31 août 2016 consid. 5.1).

14.

Au vu de tout ce qui précède, c'est à juste titre que l'OAIE a supprimé la demi-rente d'invalidité allouée jusqu'alors à la recourante et qu'il ne lui a pas octroyé de mesures de réadaptation professionnelles. La suppression de la rente prend effet le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision (art. 88^{bis} al. 2 let. a du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]), soit en l'espèce dès le 1^{er} septembre 2014, dans la mesure où la recourante indique dans son recours que la décision litigieuse lui a été notifiée le 19 juillet 2014.

Partant, la décision litigieuse du 11 juillet 2014 doit être confirmée et le recours du 12 septembre 2014 rejeté.

15.

La recourante étant au bénéfice de l'assistance judiciaire partielle (TAF pce 14), il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 al. 1 et 65 PA).

En outre, vu l'issue du litige, il n'est pas alloué de dépens (art. 64 al. 1 PA, art. 7 al. 1 et al. 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.

Il n'est pas perçu de frais de procédure, ni alloué de dépens.

3.

Le présent arrêt est adressé :

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

La présidente du collège :

La greffière :

Madeleine Hirsig-Vouilloz

Isabelle Pittet

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 LTF). 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 :