



Arrêt du 2 juin 2020

Composition

Caroline Bissegger (présidente du collège),
Michela Bürki Moreni, Michael Peterli, juges,
Marion Capolei, greffière.

Parties

A. _____, (Portugal)
représentée par Maître Corinne Monnard Séchaud,
recourante,

contre

**Office de l'assurance-invalidité pour les assurés
résidant à l'étranger OAIE,**
autorité inférieure.

Objet

Assurance-invalidité, suppression de la rente et refus de mesures de nouvelle réadaptation en vertu des dispositions finales de la 6^{ème} révision de l'AI, premier volet (décision du 14 septembre 2018).

Faits :**A.**

La ressortissante portugaise A._____ (ci-après : la recourante, l'assurée ou l'intéressée), née le (...) 1961, a cotisé à l'AVS/AI suisse de manière non continue d'octobre 1986 à décembre 2017 (AI pces 148 p. 453 ; 152 p. 461 s. ; annexe à TAF pce 24). En dernier lieu, elle a travaillé à 80% en tant qu'employée d'exploitation pour le compte du Centre hospitalier B._____ (ci-après : le Centre hospitalier B._____ ; AI pce 143 p. 442 ss). Suite à de multiples interventions chirurgicales qui n'ont pas apporté d'amélioration escomptée (acromioplastie de l'épaule droite en 1996, cholécystectomie en 1997, opération du tunnel carpien à gauche et transposition antérieure du nerf cubital au coude gauche en 1998, opération du tunnel carpien à droite et une épicondylite à droite en 1999) et souffrant notamment d'un trouble somatoforme douloureux avec une fibromyalgie diagnostiqués en 1999 (AI pces 141 p. 428 ss ; 144 p. 447), elle a été contrainte de réduire son taux d'activité à 40% à compter du (...) décembre 2000 (AI pces 143 p. 443 ; 153 p. 478).

B.

B.a Le 27 mars 2001, la recourante a déposé une première demande de prestations d'invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton C._____ (ci-après : l'OAI-C._____ ; AI pce 153 p. 474 ss). Sur la base des documents médicaux versés au dossier (AI pces 141 p. 428 ss ; 144 p. 447), le Service médical régional (ci-après : le SMR), soit pour lui le Dr D._____, dont la spécialisation n'est pas connue, a retenu dans son rapport d'examen daté du 7 mars 2003 (AI pce 139 p. 425 s.) les diagnostics principaux de fibromyalgie et de syndrome somatoforme douloureux persistant. Ledit médecin a relevé comme limitations fonctionnelles des douleurs récidivantes ostéo-articulaires, un manque de force des membres supérieurs ainsi qu'une fatigabilité et fixé le début de l'incapacité de travail durable au 17 novembre 1999. Dès le 4 décembre 2000, il a retenu chez l'assurée une incapacité de travail définitive de 50% (pour un travail de 80%) dans toute activité.

B.b L'OAI-C._____ a appliqué la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité et arrêté la part des activités lucratives et ménagères de l'assurée respectivement à 80% et 20%. Dans l'exercice des tâches ménagères, il a retenu un taux d'invalidité de 56% (cf. enquête économique sur le ménage du 27 juin 2003 ; AI pces 136 p. 417 ; 137 p. 418 ss).

B.c Retenant un degré d'invalidité global de 51%, l'OAI-C._____ a, par décision du 30 octobre 2003, alloué à l'assurée une demi-rente d'invalidité à partir du 1^{er} novembre 2003, et, par décision datée du 11 décembre 2003, octroyé à celle-ci rétroactivement une demi-rente pour la période du 1^{er} novembre 2000 au 31 octobre 2003 (AI pces 130 p. 395 ss ; 132 p. 407 ss).

C.

En 2005, puis en 2010, l'OAI-C._____ a entrepris deux révisions d'office de la rente d'invalidité (AI pces 103 p. 311 ss ; 116 p. 359 ss) et a, par communications des 12 mai 2006 et 15 mars 2011, informé l'intéressée du maintien de sa demi-rente, retenant un degré d'invalidité de 51% en 2006 (AI pce 108 p. 332), respectivement de 50% en 2011 (AI pce 92 p. 284).

D.

D.a En janvier 2013, l'OAI-C._____ a initié une nouvelle procédure de révision de la rente d'invalidité de l'intéressée sur la base des dispositions finales de la 6^{ème} révision de l'assurance-invalidité (1^{er} volet ; ci-après : 6^{ème} révision ou révision 6a ; AI pce 87 p. 275 ss).

D.b Dans ce cadre, l'OAI-C._____ a mis sur pied une expertise pluridisciplinaire dans les disciplines de la médecine interne, psychiatrie et rhumatologie auprès du Centre O._____ (ci-après : l'expertise pluridisciplinaire ou l'expertise du Centre O._____) qui a eu lieu les 4, 7 et 10 septembre 2015. Dans le rapport d'expertise pluridisciplinaire daté du 25 janvier 2016 (AI pce 58 p. 161 ss) et signé par les Drs E._____, spécialiste FMH en médecine interne, F._____, spécialiste FMH en psychiatrie-psychothérapie et G._____, spécialiste FMH en rhumatologie (ci-après : les experts), les médecins précités ont retenu comme diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'intéressée des lombalgies chroniques dans le cadre de troubles dégénératifs et des douleurs séquellaires in status post acromioplastie de l'épaule droite. Comme diagnostics n'ayant pas d'incidence sur la capacité de travail, ils ont mentionné une ligature des trompes en 1994, une cholécystectomie pour lithiase en 1997, une cure laparoscopique d'adhérences abdominales (recte : adhérences pulmonaires ; cf. AI pces 58 p.165 ; 112 p. 343) en juillet 2003, une hypertension artérielle depuis 2004, une thrombopathie depuis 2004, une sinusite maxillaire et sphénoïdale gauches avec thrombose du sinus sigmoïde et du bulbe jugulaire droit en 2012, un syndrome d'apnée du sommeil depuis un an et demi avec traitement par CPAP, un syndrome narcoleptique, une gastropathie depuis 2005 avec mise en évidence en mai 2015 d'un Hélico-

bacter éradiqué à cette date, des gonalgies droites sur lésions dégénératives débutantes ainsi qu'un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) d'intensité moyenne dans le cadre d'une fibromyalgie (p. 183). Durant l'examen, les experts ont observé les limitations fonctionnelles suivantes : pas de travail les bras levés au-dessus de l'horizontale, changements de position possibles, pas de mouvements itératifs contraignants pour le rachis lombaire en flexion/extension/rotation/inclinaison du tronc, pas de mouvements répétés d'agenouillement/relèvement, pas de travail en position agenouillée, pas de montée ou de descente itérative des escaliers respectivement des pentes, pas de travail en hauteur (échelle, escabeau), pas de travail avec des engins émettant des vibrations, port de charge limité à 5 kg, pas de soulèvement de charges en hauteur, pas d'activité avec risque de blessures, pas de conduite professionnelle (p. 184) et pas d'utilisation de matériel à risque (p. 179 s.). Dans l'activité habituelle de nettoyeuse, les experts ont conclu chez l'assurée à un taux de capacité résiduelle de travail inchangé (40%, soit 50% d'incapacité de son taux de 80%) depuis avril 2000, sans diminution du rendement. Dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles précitées, les experts ont retenu une capacité de travail de 100%, sans diminution du rendement, et précisé qu'il n'y avait jamais eu d'incapacité durable dans une activité adaptée (p. 184 s.).

D.c Le SMR, soit pour lui le Dr H. _____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie (selon le registre des professions médicales consulté le 4 mai 2020 sur <https://www.medregom.admin.ch>), a retenu dans son avis médical du 8 février 2016 (cf. Al pce 55 p. 113 s.) que l'expertise pluridisciplinaire réalisée au Centre O. _____ satisfaisait aux exigences jurisprudentielles dans le domaine des troubles sans soubassement somatique précis et qu'elle avait pleine valeur probante. Par ailleurs, il a expliqué que l'évaluation actuelle de la situation de l'assurée reposait sur un paradigme différent de celui qui avait prévalu en 2003. A l'aune des critères actuels, il convenait donc de considérer que seules les atteintes à la santé ostéo-articulaires dûment prouvées avaient une valeur incapacitante ; dans cette logique, il a expliqué que l'activité professionnelle actuelle n'était effectivement exigible qu'à 40% alors qu'une activité respectant les limitations fonctionnelles l'était à 100%. Rétrospectivement, il était délicat de fixer à partir de quand les conclusions actuelles étaient applicables. Médicalement, toutefois, force était d'admettre qu'il n'y avait pas eu de modification déterminante de l'état médical depuis 2003, hormis en ce qui concernait les troubles dégénératifs rachidiens lesquels ne pouvaient pas être datés en l'absence d'iconographie idoine préalable à celle qui avait été effectuée dans le cadre de ladite expertise.

D.d Le 5 octobre 2017, l'intéressée et son époux ont annoncé à la Centrale de compensation leur départ définitif de Suisse pour le Portugal au 31 décembre 2017 (AI pces 29 p. 74 ; 37 p. 87).

D.e Dans son projet de décision du 14 février 2018 (AI pce 33 p. 79 s.), l'OAI-C. _____ a proposé de supprimer la demi-rente d'invalidité de l'assurée au motif que l'examen de la rente d'invalidité selon les dispositions finales de la 6^{ème} révision démontrait que les diagnostics qui avaient ouvert le droit à la rente étaient liés à un syndrome sans pathogénèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique et que, d'après les constats médicaux actuels, ces diagnostics n'avaient aucun fondement anatomique objectivable qui pourrait, du point de vue de la médecine des assurances, fonder une incapacité de travail durable. Puis, il n'y avait pas non plus de rattachement à une comorbidité psychiatrique ni de graves limitations fonctionnelles autres. Par ailleurs, ledit Office ne voyait pas d'autres critères susceptibles de mettre en doute avec une vraisemblance prépondérante la capacité de l'intéressée à surmonter la douleur. Dès lors, l'assurée ne remplissait plus les conditions du droit à une rente d'invalidité. De plus, dès lors qu'elle avait quitté la Suisse pour se rendre au Portugal le 31 décembre 2017, aucune mesure d'évaluation par le service spécialisé en réadaptation ne pouvait lui être proposée.

D.f Le 22 février 2018, l'intéressée a manifesté son désaccord avec le projet de décision précité. Elle a notamment fait valoir qu'elle « était à l'AI depuis 18 ans » en raison de divers problèmes de santé, auxquels d'autres atteintes telles qu'un problème cardiaque, un problème pulmonaire (utilisation d'un CPAP), une arthrose des mains, une thrombose des sinus due à un caillot cérébral ayant engendré une perte de force du côté droit ainsi qu'une hypertension artérielle et une asthénie, se sont ajoutées. Par ailleurs, elle s'est étonnée que l'OAI-C. _____ ne l'ait pas contactée afin de discuter des mesures de réadaptation (AI pce 29 p. 72 ss).

D.g Par pli daté du 13 mars 2018 (AI pce 17 p. 55 s.), l'OAI-C. _____ a expliqué à l'assurée, désormais représentée par I. _____ SA (AI pce 28 p. 70 s.) que la suppression de sa rente se basait sur les dispositions finales de la 6^{ème} révision concernant les réexamens des rentes octroyées en raison d'un syndrome sans pathogénèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique. D'après l'expertise du Centre O. _____, ces troubles étaient toujours présents à ce moment-là, mais ils ne sauraient être considérés comme invalidants à l'aune des indicateurs développés par la jurisprudence topique par le Tribunal fédéral. Par ailleurs, l'OAI-C. _____ a admis que l'assurée aurait dû être convoquée par son service

de réadaptation. Cependant, suite à diverses raisons, non imputables à l'assurée, cette rencontre n'avait pas eu lieu. Dès lors que l'intéressée avait entre-temps définitivement quitté la Suisse, il avait estimé qu'elle n'était pas disposée à se soumettre à des mesures de nouvelle réadaptation, raison pour laquelle un projet de suppression de rente lui avait été notifié. Finalement, l'OAI-C._____ a invité l'assurée à l'informer dans les plus brefs délais si elle était disposée à suivre les mesures de nouvelle réadaptation.

D.h Par courrier du 25 avril 2018 (AI pce 15 p. 34 ss), l'assurée a transmis à l'OAI-C._____ plusieurs nouveaux documents médicaux, à savoir notamment deux rapports médicaux des 26 novembre 2014 et 23 juin 2015 du Dr J._____, spécialiste FMH en médecine interne et pneumologie, notant la persistance de la somnolence diurne excessive chez l'intéressée malgré le traitement efficace des apnées du sommeil par un appareil CPAP (AI pce 15 p. 39 et 43), ainsi qu'un rapport médical du 27 janvier 2016 de la Dresse K._____, spécialiste FMH en médecine interne et cardiologie, consultée par l'intéressée en raison de palpitations paroxystiques, concluant à l'absence d'anomalie morphologique et d'arythmie à l'origine des palpitations (AI pce 15 p. 40 ss). A l'appui de son écrit, elle a fait valoir que les diagnostics retenus pour l'octroi successif d'une rente AI en sa faveur n'étaient pas exclusivement des syndromes sans pathogénèse ni étiologie claire et sans constat de déficit organique et que, par conséquent, les dispositions finales de la 6^{ème} révision ne trouvaient pas application dans le cas d'espèce. Puis, elle a contesté la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire. En outre, elle a expliqué que le réexamen de la rente AI sous l'angle de l'art. 17 LPGA n'était pas non plus envisageable dans le cas d'espèce. De plus, elle a requis que le prononcé de mesures de nouvelle réadaptation soit suspendu jusqu'à droit connu dans la procédure de suppression de la rente AI. En conclusion, l'intéressée a requis que la procédure de suppression de sa rente AI soit annulée.

D.i Sans soumettre lesdits nouveaux documents médicaux au SMR, l'OAI-C._____ a expliqué à la recourante, dans un courrier daté du 27 août 2018 (AI pce 10 p. 19 s.), qu'en l'occurrence, les atteintes objectivables avaient joué au moment de l'octroi de la rente AI un rôle secondaire, renforçant uniquement les effets du syndrome sans pathogénèse ni étiologie claires. Ainsi, conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral (9C_121/2014 du 3 septembre 2014 consid. 2.6), les dispositions finales de la 6^{ème} révision étaient applicables dans le cas d'espèce. Puis, cet Office a relevé que l'expertise probante du Centre O._____ considérait ces troubles, toujours présents au moment de la révision de la rente, comme

non-invalidants conformément aux critères développés par la jurisprudence topique du Tribunal fédéral et que, par conséquent, c'était à juste titre que la rente avait été supprimée selon les dispositions précitées.

D.j L'assurée n'ayant pas réagi au courrier précité du 27 août 2018, l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : l'OAIE ou l'autorité inférieure) a, par décision du 14 septembre 2018 (Al pce 6 p. 8 ss), supprimé la demi-rente d'invalidité de l'intéressée à compter du premier jour du deuxième mois qui suivait la notification de ladite décision et décidé qu'aucune mesure d'évaluation par son service spécialisé en réadaptation ne lui pouvait être proposée en raison de son départ au Portugal le 31 décembre 2017. Par ailleurs, il a retiré l'effet suspensif à un éventuel recours interjeté contre cette décision. L'autorité inférieure a, pour l'essentiel, repris les motifs évoqués dans le projet de décision du 14 février 2018 (cf. Al pce 33 p. 79 s.) et s'est expressément référée au courrier explicatif du 27 août 2018 (cf. Al pce 10 p. 19 s.).

E.

E.a Par mémoire du 19 octobre 2018 (timbre postal ; TAF pce 1), l'assurée, nouvellement représentée par Maître Monnard Séchaud (ci-après : la représentante), a formé recours par-devant le Tribunal administratif fédéral (ci-après : le Tribunal ou le TAF) à l'encontre de la décision précitée. Elle a conclu, sous suite de frais et dépens, principalement, à ce que la décision du 14 septembre 2018 soit annulée et partant à ce que sa demi-rente d'invalidité soit maintenue ainsi que, subsidiairement, à ce que la décision du 14 septembre 2018 soit annulée et la cause renvoyée à l'Office compétent pour complément d'instruction au sens des considérants. Elle a en outre assorti son recours d'une demande de restitution de l'effet suspensif (p. 26). A l'appui de son recours, elle a fait valoir que, même si c'était à raison qu'une procédure de révision de la rente d'invalidité avait été initiée sur la base des dispositions finales de la 6^{ème} révision, le tableau clinique actuel n'était plus le même que celui qui existait au moment où la rente avait été octroyée. En effet, son état de santé s'était aggravé entre-temps et le seul diagnostic de trouble sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique n'était plus d'actualité. Par conséquent, sa rente ne pouvait pas être supprimée en vertu des dispositions finales de la 6^{ème} révision (p. 18 à 20). Par ailleurs, la recourante a contesté la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire (p. 20 à 23). En outre, la recourante a fait valoir que l'Office AI ne lui avait jamais proposé d'éventuelles mesures de nouvelle réadaptation et qu'il ne l'avait jamais convoquée à un entretien dans ce but, alors que la procédure de révision avait été ouverte

en 2013 et qu'elle n'était partie au Portugal qu'à la fin de l'année 2017. Elle a expliqué qu'elle était encore, à l'heure actuelle, disposée à se soumettre à des mesures de nouvelle réadaptation en Suisse (p. 23 à 25). Par ailleurs, l'assurée a joint au recours plusieurs nouveaux documents médicaux, à savoir notamment un rapport médical du 5 décembre 2012 du Dr L._____, spécialiste FMH en neurologie, retenant que la notion d'une thrombose sinusale cérébrale survenue en été 2012 contre-indiquait l'introduction d'une hormonothérapie post-ménopause (annexe 9 à TAF pce 1), un rapport médical du 30 septembre 2015 du Dr J._____, notant la persistance d'une somnolence diurne importante chez l'intéressée malgré le traitement efficace des apnées du sommeil par un appareil CPAP (annexe 10 à TAF pce 1) ainsi qu'un rapport médical du 6 avril 2018 du Dr M._____, spécialiste FMH en médecine interne et pneumologie (annexe 12 à TAF pce 1). Ce pneumologue a posé chez l'intéressée le diagnostic d'hypersomnie idiopathique qui était assimilable à une narcolepsie sans cataplexie. S'agissant du traitement médicamenteux suivi par l'intéressée, il a expliqué que la Ritaline n'avait pas apporté de bénéfice subjectif et que sous Modafinil, la fatigue et la somnolence étaient pratiquement résolues, mais que la patiente avait l'impression de fonctionner « comme un robot » et qu'elle ne souhaitait donc pas le prendre régulièrement. Finalement, il a précisé que le problème d'hypersomnie idiopathique n'avait pas été franchement détaillé dans l'expertise du Centre O._____ et que ses répercussions sur la capacité de travail de l'assurée, telles que les difficultés de vigilance et de concentration, n'avaient pas été clairement énumérées.

E.b Par décision incidente du 26 octobre 2018, le Tribunal de céans a invité la recourante à effectuer une avance sur les frais de procédure présumés de Fr. 800.-, montant dont elle s'est acquittée dans le délai imparti (TAF pces 2 ; 4).

E.c Dans sa réponse datée du 18 janvier 2019 (TAF pce 7), l'OAIE a conclu au rejet de la requête tendant à la restitution de l'effet suspensif au recours ainsi qu'à l'admission du recours, à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à l'administration afin qu'il soit procédé à une expertise dédiée à la problématique de l'hypersomnolence diurne afin d'en déterminer objectivement l'impact sur l'exigibilité d'une activité professionnelle adaptée aux atteintes musculosquelettiques connues (cf. avis médical du 3 décembre 2018 du Dr H._____ du SMR ; annexe à TAF pce 7).

E.d Par décision incidente du 12 février 2019 (TAF pce 8), le Tribunal de céans a rejeté la requête en restitution de l'effet suspensif de l'intéressée.

E.e Par réplique du 7 mars 2019 (TAF pce 10), la recourante a estimé en substance que la conclusion de l'autorité inférieure correspondait à sa conclusion subsidiaire et que dès lors, en l'état, sa conclusion principale restait litigieuse et qu'elle devait être tranchée par le Tribunal de céans (p. 2). Par ailleurs, elle a modifié les conclusions prises en tête de son mémoire de recours et conclu principalement à l'annulation de la décision litigieuse et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} novembre 2018, avec intérêts à 5% l'an, et subsidiairement à l'annulation de la décision litigieuse et au renvoi de la cause à l'Office compétent pour complément d'instruction au sens des considérants (p. 5).

E.f Dans sa duplique du 11 avril 2019 (TAF pce 12), l'autorité inférieure a persisté dans ses précédentes conclusions.

E.g Par ordonnance du 16 avril 2019 (TAF pce 13), le Tribunal a signalé aux parties que l'échange d'écritures était clos, d'autres mesures demeuraient toutefois réservées.

E.h Le 5 août 2019, la recourante est venue aux nouvelles concernant le recours (TAF pce 15).

Droit :

1.

1.1 Le Tribunal administratif fédéral examine d'office sa compétence (art. 7 al. 1 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative [PA, RS 172.021]), respectivement la recevabilité des moyens de droit qui lui sont soumis (art. 31 de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral [LTAF, RS 173.32] ; ATF 133 I 185 consid. 2 et les références citées).

1.2 Sous réserve des exceptions, non réalisées en l'espèce, prévues à l'art. 32 LTAF, le Tribunal de céans connaît, 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), des recours interjetés par des personnes résidant à l'étranger contre les décisions prises par l'OAIE au sens de l'art. 5 PA.

1.3 Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal administratif fédéral est régie par la PA pour autant que la LTAF n'en dispose pas autrement. Conformément à 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 expressément à la LPGA.

1.4 En l'espèce, interjeté en temps utile (art. 20, 21, 22a, 50 PA et art. 60 LPGA) dans les formes légales (art. 52 PA) auprès de l'autorité judiciaire compétente (art. 33 let. d LTAF et art. 69 al. 1 let. b LAI) par une administrée directement touchée par la décision attaquée (art. 48 PA et 59 LPGA) qui a effectué le paiement de l'avance de frais dans le délai imparti (art. 63 al. 4 PA), le recours du 19 octobre 2018 est recevable quant à la forme.

2.

2.1 Concernant le droit matériel applicable, l'affaire présente un aspect transfrontalier dans la mesure où la recourante, ressortissante portugaise, vivant au Portugal – Etat membre de l'Union européenne (UE) – a travaillé et versé des cotisations en Suisse d'octobre 1986 à décembre 2017 (cf. AI pces 148 p. 453 ; annexe à TAF pce 24). La cause doit donc être tranchée non seulement au regard des normes du droit suisse mais également à la lumière des dispositions de 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), entré en vigueur pour la relation avec la Suisse le 1^{er} juin 2002 (ATF 133 V 265 consid. 4.1 ; 128 V 315 consid. 1), avec notamment son annexe II réglant la coordination des systèmes de sécurité sociale par renvoi au droit européen.

Depuis la modification de l'annexe II de l'ALCP avec effet au 1^{er} avril 2012 (cf. la décision n° 1/2012 du Comité mixte du 31 mars 2012 remplaçant l'annexe II dudit accord sur la coordination des systèmes de sécurité sociale [RO 2012 2345]) sont également déterminants 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 n° 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.11 ; cf. arrêt du TF 8C_455/2011 du 4 mai 2012 consid. 2.1 ; à titre d'exemple les arrêts du TAF C-3/2013 du 2 juillet 2013 consid. 3 ; C-3985/2012 du 25 février 2013 consid. 2.1). A compter du 1^{er} janvier 2015, sont également applicables dans les relations entre la Suisse et les Etats membres de l'Union européenne (UE) les modifications apportées notamment aux règlements n° 883/2004 et n° 987/2009 par les règlements (UE) n° 1244/2010 (RO 2015 343), n° 465/2012 (RO 2015 345) et n° 1224/2012 (RO 2015 353).

2.2 Le droit matériel applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants ou ayant des conséquences juridiques se sont produits, le juge n'ayant pas, en principe, à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision attaquée (ATF 136 V 24 consid. 4.3 ; 129 V 1 consid. 1.2).

En l'occurrence, la présente cause doit être examinée à l'aune des dispositions du droit suisse en vigueur dans leur teneur entre le 11 décembre 2003 (date de la décision rendue par l'OAI-C. _____ au terme de l'examen de la demande de prestations AI présentée le 27 mars 2001 et mettant l'intéressée au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} novembre 2000, cf. AI pces 130 p. 395 ss ; 153 p. 474 ss), et le 14 septembre 2018 (date de la décision attaquée ; cf. AI pce 6 p. 8 ss), qui marque la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 129 V 1 consid. 1.2 ; 121 V 362 consid. 1b).

3.

3.1 La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (art. 43 LPGA ; ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi, le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA ; MOOR/POLTIER, Droit administratif, vol. II, 3^e éd. 2011, p. 292 ss ch. 2.2.6.3). Ce faisant, il ne tient pour existants que les faits qui sont prouvés, cas échéant au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 176 consid. 5.2 ; 138 V 218 consid. 6). Par ailleurs, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA ; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (MOOR/POLTIER, op. cit., p. 300 s. ch. 2.2.6.5 ; BENOÎT BOVAY, Procédure administrative, 2^e éd.

2015, p. 243). 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 ; 121 V 204 consid. 6c ; MOSER/BEUSCH/KNEUBÜHLER, *Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht*, 2^e éd. 2013, p. 25 ch. 1.55).

3.2 En l'espèce, le Tribunal de céans se fondera sur l'état de fait, y compris l'état de santé de la recourante, jusqu'au jour de la décision, soit le 14 septembre 2018. Les éléments de fait postérieurs à cette date ne devant, en principe, pas être pris en considération, sauf s'ils permettent une meilleure compréhension de l'état de santé de la recourante antérieur à la décision attaquée (ATF 130 V 445 consid. 1.2.1 ; arrêt du TAF C-31/2013 du 24 février 2014 consid. 3.1).

4.

L'objet du recours est le bien-fondé de la décision du 14 septembre 2018, prise en application notamment des dispositions finales de la 6^{ème} révision, par laquelle l'OAIE a supprimé la demi-rente d'invalidité de l'intéressée dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de ladite décision et nié son droit à des mesures de nouvelle réadaptation en raison de son domicile à l'étranger (cf. AI pce 6 p. 8 ss).

5.

Selon l'art. 17 al. 1 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. Un motif de révision doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (MICHEL VALTERIO, *Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI]*, 2011, p. 833 ch. 3065). 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, *op. cit.*, p. 832 s. ch. 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 TFA I 532/05 du 13 juillet 2006 consid. 3 ; ATF 112 V 371 consid. 2b). 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 constituait le point de

départ pour examiner si le taux d'invalidité s'était modifié de manière à influencer le droit aux prestations (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; 125 V 368 consid. 2 ; 112 V 371 consid. 2b).

6.

6.1 En application de l'al. 1, 1^{ère} phrase, de la let. a des dispositions finales de la 6^{ème} révision, les rentes octroyées en raison d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique seront réexaminées dans un délai de 3 ans à compter de l'entrée en vigueur de la modification. Si les conditions visées à l'art. 7 LPGA ne sont pas remplies, la rente sera réduite ou supprimée, même si les conditions de l'art. 17 al. 1 LPGA ne sont pas remplies (al. 1, 2^{ème} phrase, de la let. a des dispositions finales de la 6^{ème} révision).

6.2 Les pathologies sans pathogenèse ni étiologie claires, dont les troubles somatoformes douloureux et la fibromyalgie (voir la liste des pathologies concernées dans la Circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales sur les dispositions finales de la modification de la LAI du 18 mars 2011, CDF, ch. 1002, complétée à l'ATF 142 V 342 du trouble de stress post-traumatique), se distinguent des autres pathologies psychiatriques comparables aux affections somatiques en tant qu'elles sont vérifiables et objectives, pour lesquelles un diagnostic peut être posé clairement à l'aide d'exams cliniques psychiatriques et qui ne relèvent ainsi pas du champ d'application de la lettre a des dispositions finales précitées (cf. CDF ch. 1003 et ATF 139 V 547 consid. 7.1.4 et 7.2 ; 141 V 281 consid. 4.3.1). Le Tribunal fédéral a précisé que la rente ne pouvait être réduite ou supprimée que si elle avait été octroyée en raison d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique et que le tableau clinique était toujours de cet ordre à la date de la révision (ATF 139 V 547 consid. 10.1.1 et 10.1.2).

6.3 L'al. 1, 1^{ère} phrase, de la let. a des dispositions finales de la 6^{ème} révision doit être lu en relation avec l'al. 4 de la let. a des dispositions finales de la 6^{ème} révision qui précise que l'al. 1 ne s'applique pas aux personnes qui ont atteint 55 ans au moment de l'entrée en vigueur de la modification, ou qui touchent une rente de l'assurance-invalidité depuis plus de 15 ans au moment de l'ouverture de la procédure de réexamen. Selon le Tribunal fédéral, pour calculer depuis combien d'années la rente a été versée, il faut se référer, pour la date initiale, à celle du début du droit à la rente et non pas à la date de la décision (ATF 139 V 442 consid. 3 et 4). Le moment

déterminant de l'ouverture de la procédure de réexamen, pour sa part, correspond au moment où, selon le degré de la vraisemblance prépondérante, le réexamen a effectivement été introduit et, notamment pas au moment où l'Office AI a informé la personne assurée qu'il entendait supprimer la rente (cf. arrêts du TF 8C_773/2013 du 6 mars 2014 consid. 3 ; 8C_576/2014 du 20 novembre 2014 consid. 4.3.2).

6.4 En l'occurrence, par décision du 11 décembre 2003, l'intéressée a été mise au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} novembre 2000, (cf. AI pce 130 p. 395 ss). Cette décision était fondée en particulier sur le rapport médical du Dr D. _____, médecin du SMR, du 7 mars 2003 (cf. AI pce 139 p. 425 s.), qui avait retenu comme atteinte principale à la santé une fibromyalgie ainsi qu'un syndrome somatoforme douloureux persistant. La rente a donc bien été octroyée en raison d'un syndrome sans pathogénèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, ce qui est par ailleurs expressément admis par la recourante (cf. TAF pce 1 p. 18).

6.5 En outre, le Tribunal de céans note que le réexamen d'office de la rente d'invalidité a été initié dans le courant du mois de janvier 2013 (cf. AI pce 87 p. 275 ss), soit à l'intérieur du délai de 3 ans prévu par la loi. De plus, en janvier 2013, cela faisait 12 ans et 2 mois (et non 15) que la rente d'invalidité était servie à l'intéressée (cf. AI pce 130 p. 395 ss). Enfin, née le 2 février 1961, la recourante n'avait pas atteint l'âge de 55 ans au 1^{er} janvier 2012, date de l'entrée en vigueur de la 6^{ème} révision (cf. AI pce 152 p. 461).

6.6 Par conséquent, la présente affaire remplissant les conditions formelles et ne tombant pas dans les exceptions prévues par l'al. 4 de la let. a des dispositions finales de la 6^{ème} révision, la recourante appartient au cercle des personnes susceptibles d'être concernées par la procédure de réexamen de sa rente d'invalidité au sens des dispositions finales de la 6^{ème} révision. Il convient donc d'examiner les conditions matérielles liées au réexamen d'office de la rente d'invalidité dans le cadre des dispositions finales précitées. En d'autres termes, il s'agit de déterminer si l'état de santé de la recourante réunit les conditions visées à l'art. 7 LPGA (cf. infra consid. 7 et 8), ce qui implique d'évaluer la valeur probante des preuves médicales recueillies par l'OAIE (cf. infra consid. 9).

7.

7.1 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 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

7.2 La notion d'invalidité dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI est de nature économique/juridique et non médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident, et non la maladie en tant que telle. Selon une jurisprudence constante, bien que l'invalidité soit une notion juridique et économique, les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c ; 105 V 156 consid. 1 ; voir ég. 140 V 193 consid. 3.2).

7.3

7.3.1 S'agissant en particulier des troubles somatoformes douloureux persistants, ou des troubles psychosomatiques semblables tels que la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4 ; 130 V 352 consid. 2.2.2 ; arrêt du TF 9C_688/2016 du 16 février 2017 consid. 3.5 ; cf. aussi PETER HENNINGSEN, Probleme und offene Fragen in der Beurteilung der Erwerbsfähigkeit bei Probanden mit funktionellen Körperbeschwerdesyndromen, SZS 2014 p. 12, selon lequel le diagnostic de fibromyalgie et de trouble somatoforme douloureux dépend en large mesure du médecin qui le pose : un médecin rhumatologue diagnostique en règle générale une fibromyalgie alors qu'un médecin psychiatre plutôt un trouble somatoforme douloureux), le point de départ de l'examen du droit aux prestations selon l'art. 4 al. 1 LAI, ainsi que les art. 6 ss LPGA, et en particulier l'art. 7 al. 2

LPGA, est l'ensemble des éléments et constatations médicales. Une limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action ne peut fonder le droit à une prestation que si elle est la conséquence d'une atteinte à la santé qui a été diagnostiquée, *lege artis*, de manière indiscutable par un médecin spécialiste de la discipline concernée (ATF 141 V 281 consid. 2.1 ; 130 V 396 ; arrêts du TF 9C_899/2014 consid. 3.1 et 8C_569/2015 du 17 février 2016 consid. 4.1.1).

7.3.2 Les experts doivent ainsi motiver le diagnostic de telle manière que l'organe d'application du droit suisse puisse comprendre si les critères d'un système de classification reconnu (par exemple la CIM-10) sont effectivement remplis. En particulier, l'exigence d'une douleur persistante, intense et s'accompagnant d'un sentiment de détresse doit être remplie. Un tel diagnostic suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie, c'est-à-dire tant sur le plan personnel que sur le plan professionnel (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1 et les références citées ; arrêt du TF 9C_862/2014 du 17 septembre 2015 consid. 3.2).

7.3.3 Une fois que le diagnostic de fibromyalgie a été posé *lege artis* conformément aux règles précitées (cf. supra consid. 7.3.1 et 7.3.2), il convient de déterminer si dit diagnostic résiste aux motifs d'exclusion décrits à l'ATF 131 V 49 et repris à l'ATF 141 V 281. Ce n'est en effet que si ces motifs d'exclusion ne sont pas réalisés que le diagnostic de fibromyalgie conduit à la constatation d'une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'assurance invalidité (ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; arrêts du TF 8C_607/2015 du 3 février 2016 consid. 4.2.2 et 9C_173/2015 du 29 juin 2015 consid. 4.1.2).

7.3.4 Lorsque le diagnostic de fibromyalgie a été dûment posé et qu'aucune des limitations mentionnées par la jurisprudence n'est réalisée, il convient de déterminer si le trouble constaté est invalidant ou non et, dans l'affirmative, d'en évaluer le degré (ATF 141 V 281 consid. 3.6). Dans ce contexte, le Tribunal fédéral a jugé que la capacité de travail exigible des assurés souffrant d'une telle atteinte psychosomatique doit être évaluée sur la base d'une vision d'ensemble, dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et normative (indicateurs standards), permettant de mettre en lumière des facteurs d'incapacités d'une part et les ressources de l'assuré d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.5 et 3.6 ; arrêts du TF 8C_569/2015 du 17 février 2016 consid. 4.1 et les références citées ; 9C_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.3 et les références citées).

7.3.5 Par ailleurs, la jurisprudence précitée développée pour les troubles somatoformes douloureux s'applique également à toutes les maladies psychiques (ATF 143 V 409 ; 143 V 418).

8.

8.1 Conformément à la maxime inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 43 LPGA mais aussi art. 12 PA), l'administration est tenue de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin (MOOR/POLTIER, op. cit., p. 254 s. ch. 2.2.4.1 ; cf. ég. l'art. 69 RAI). Il appartient à l'autorité compétente d'établir elle-même les faits pertinents dans la mesure où l'exige la correcte application de la loi (cf. ATF 116 V 23 ; 114 la 114 consid. ch).

8.2 Le juge des assurances sociales 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 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a). Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a). La valeur probante d'une expertise est de plus liée à la condition que l'expert dispose de la formation spécialisée nécessaire, de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (cf. arrêts du TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et la référence ; 9C_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1 ; cf. VALTERIO, op. cit. p. 797 ch. 2912). En présence d'avis contradictoires, le Tribunal doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt qu'une autre. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions manifestes ou ignore des éléments essentiels ou lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires objectivement vérifiables – de nature notamment clinique ou diagnostique – aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de

l'expert (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/aa ; 118 V 286 consid. 1b et les références ; arrêt du TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 et 4.1.2 ; arrêt du TFA I 131/03 du 22 mars 2004 consid. 2.2).

8.3 La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertise ou de rapports médicaux. Le juge procède à cette appréciation selon le principe de la libre appréciation des preuves selon les types de rapports médicaux et expertises (ATF 125 V 351 consid. 3b).

8.3.1 Lorsqu'au stade de la procédure administrative une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb ; arrêt du TF I 701/04 du 27 juillet 2005 consid. 2.1.2).

8.3.2 S'agissant des rapports du SMR au sens des art. 59 al. 2^{bis} LAI et 49 al. 1 et 3 RAI, ceux-ci ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne mais contiennent les résultats de l'examen des conditions médicales du droit aux prestations et une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ils ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes (arrêts du TF 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 ; 9C_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1). Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire. De tels rapports pour avoir valeur probante ne peuvent suivre une appréciation sans établir les raisons pour lesquelles des appréciations différentes ne sont pas suivies (cf. arrêt du TF 9C_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3 ; VALTERIO, op. cit., p. 799 ch. 2920 ss).

8.3.3 Quant aux 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. 3b/cc et les références).

8.4 Par ailleurs, le Tribunal fédéral a souligné que dans le cadre d'une révision introduite en raison de la let. a des dispositions finales de la 6^{ème} révision, le rôle de l'examen médical, exécuté consciencieusement par des spécialistes, est particulièrement important vu qu'il n'est pas toujours facile de déterminer du point de vue médical si un trouble psychique présente une pathogenèse et étiologie claires. L'examen médical est donc soumis à des exigences particulièrement élevées. Un examen spécialisé selon les règles de l'art est déterminant. Les experts doivent exposer de façon claire pour quelles raisons ils ont diagnostiqué un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et pour quelles raisons l'investigation clinique psychiatrique n'a pas permis de déterminer des troubles clairement établis et objectivables en relation avec les conséquences invalidantes. De plus, l'examen doit être récent et répondre aux questions déterminantes (cf. arrêt du TF 8C_773/2013 du 6 mars 2014 consid. 4.3.1 et les références citées dont notamment l'ATF 139 V 547 consid. 9.2 ss), afin de connaître la situation de l'assuré à la date de la révision. En particulier, il faut déterminer si l'état de santé s'est détérioré ou amélioré depuis l'octroi de la rente et si, en plus des troubles non objectivables, un diagnostic ne peut pas être clairement posé à l'aide d'examens cliniques (ATF 139 V 547 consid. 10.1.2). Finalement, quant à l'exigence du caractère récent des examens médicaux, le Tribunal fédéral a jugé qu'il est extrêmement douteux qu'une expertise établie deux ans et demi avant la suppression de la rente en application des dispositions finales de la 6^{ème} révision puisse servir de base à ladite suppression (arrêts du TF 8C_972/2012 du 31 octobre 2013 consid. 10.3.1 ; 8C_505/2013 du 8 janvier 2014 consid. 4.3.1).

8.5 Au demeurant, dans le domaine des assurances sociales, la décision doit se fonder sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible, la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 139 V 176 consid. 5.3 ; 135 V 39 consid. 6.1 ; 121 V 45 consid. 2a).

9.

9.1 Est litigieuse la question de savoir si l'autorité inférieure a supprimé à juste titre la demi-rente d'invalidité de la recourante en application des dispositions finales de la 6^{ème} révision. En l'occurrence, pour fonder la décision attaquée du 14 septembre 2018, l'OAIE se repose largement sur les conclusions communes de l'expertise pluridisciplinaire datée du 25 janvier 2016 et rendue suite aux visites médicales de l'intéressée les 4, 7 et 10 septembre 2015 auprès des Drs E._____, spécialiste FMH en médecine interne, G._____, spécialiste FMH en rhumatologie et F._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie (cf. supra consid. D.b ; Al pce 58 p. 161 ss).

9.2 Dans son recours (cf. TAF pce 1), la recourante a, d'une part, exposé qu'une révision sur la base des dispositions finales de la 6^{ème} révision n'était pas envisageable en l'espèce. En effet, malgré l'octroi de la rente d'invalidité en raison d'une fibromyalgie et d'un syndrome somatoforme douloureux, le tableau clinique n'était désormais plus le même dès lors que la recourante avait développé, depuis le moment de l'octroi initial de la rente d'invalidité, de nombreuses nouvelles affections objectivables qui avaient des répercussions sur sa capacité de travail et que son état de santé s'était aggravé entretemps. D'autre part, elle a émis de nombreuses critiques quant à la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire précitée.

9.3 Si, dans le cadre de la présente révision, l'autorité inférieure et son service médical ont considéré que les documents médicaux produits par la recourante n'apportaient pas d'éléments nouveaux justifiant une incapacité de travail supplémentaire que celle d'ores et déjà retenue auparavant (cf. Al pces 6 p. 8 ss. ; 55 p. 113 s.), tant l'autorité inférieure que son service médical ont revu partiellement leur position dans un second temps, suite à la production, en procédure de recours, de nouveaux rapports médicaux (cf. annexes à TAF pce 1 ; cf. supra consid. E.a). Ainsi, dans son avis médical du 3 décembre 2018 (cf. annexe à TAF pce 7), le Dr H._____ du SMR a confirmé qu'il n'y avait pas lieu de revenir sur les conclusions de l'expertise du Centre O._____ quant aux aspects rhumatologiques et psychiatriques, mais qu'il était nécessaire de recourir à une expertise dédiée à la problématique de l'hypersomnolence diurne. Suivant l'avis du Dr H._____, l'OAIE a, dans sa réponse du 18 janvier 2019 (cf. TAF pce 7), proposé l'admission du recours et le renvoi de l'affaire à l'autorité inférieure pour un complément d'instruction médicale afin d'en déterminer objectivement l'impact du syndrome narcoleptique sur l'exigibilité d'une activité professionnelle.

9.4 En ce qui concerne la problématique de l'hypersomnolence diurne, le Tribunal ne voit pas de motifs de s'écarter de l'avis du Dr H. _____ du SMR et des conclusions de l'autorité inférieure. Il appert en effet que le dossier n'a pas été suffisamment instruit s'agissant de l'impact du syndrome narcoleptique sur la capacité de travail et les limitations fonctionnelles de la recourante. Ainsi, alors que les experts du Centre O. _____ avaient admis que la problématique de l'hypersomnolence diurne était « vaincue » moyennant un traitement de Modasomil dont l'indication était posée sur la base d'une étude polysomnographique et un test itératif de latence d'endormissement effectués en avril 2015 (cf. Al pce 58 p. 179 s., 187, 195 ss) ou, en d'autres termes, que traité par Modasomil, le syndrome narcoleptique n'avait pas d'effet sur la capacité de travail et le rendement de l'intéressée, il ressort d'un rapport médical ultérieur du 6 avril 2018 du Dr M. _____, spécialiste FMH en médecine interne et pneumologie (cf. annexe 12 à TAF pce 1), que le traitement par Modasomil avait été tenté avec efficacité sur les symptômes, mais au prix d'effets secondaires intolérables. De plus, les experts du Centre O. _____ ont retenu que la conduite professionnelle et l'utilisation de matériel à risque étaient contre-indiquées en raison de l'hypersomnolence (cf. Al pce 58 p. 179 s.), mais ils n'ont nullement motivé les raisons pour lesquelles ces limitations fonctionnelles n'auraient pas d'effet sur la capacité de travail de l'intéressée dans une activité professionnelle. Au vu de ce qui précède, le Tribunal n'est pas en mesure de retenir à la vraisemblance prépondérante que la recourante ne souffre pas nouvellement d'un syndrome narcoleptique invalidant. Le rapport d'expertise s'avère dès lors lacunaire sur ce point.

9.5 De plus, le Tribunal ne peut pas se rallier à l'avis du Dr H. _____ et aux conclusions de l'autorité inférieure dans la mesure où ils soutiennent qu'il n'y avait pas lieu de revenir sur les autres conclusions des experts du Centre O. _____. En effet, l'expertise pluridisciplinaire ne satisfait pas aux réquisits jurisprudentiels (cf. supra consid. 7 et 8). Ainsi, compte tenu du fait qu'entre la réalisation des examens médicaux (4, 7 et 10 septembre 2015), l'établissement de l'expertise du Centre O. _____ (25 janvier 2016 ; cf. Al pce 58 p. 161) et la suppression de la rente d'invalidité (cf. décision de l'OAIE du 14 septembre 2018 ; cf. Al pce 6 p. 8 ss) trois ans se sont écoulés, respectivement deux ans et sept mois, l'expertise pluridisciplinaire ne remplit pas les exigences particulièrement élevées du Tribunal fédéral quant à l'actualité des examens médicaux établis dans le cadre d'une révision introduite en raison de la let. a des dispositions finales de la 6^{ème} révision. Puis, l'expertise du Centre O. _____ ne satisfait pas non plus aux exigences de la jurisprudence en matière de valeur probante pour les raisons qui vont suivre.

9.5.1 Dans un premier temps, le Tribunal constate que l'expertise pluridisciplinaire a été rendue sur la base d'un dossier incomplet. Ainsi, s'agissant de la thrombopathie, atteinte pour laquelle l'assurée est suivie régulièrement depuis 2004 au Centre hospitalier B. _____ (cf. Al pces 58 p. 178 ; 112 p. 343 s.), le dossier de l'autorité inférieure ne contient ni rapports médicaux de l'hôpital en question, ni résultats d'examens objectifs (crase sanguine etc.). Par ailleurs, le dossier ne comporte notamment ni l'IRM de la colonne lombaire du 12 septembre 1997, ni la radiographie de la colonne lombaire du 12 septembre 1997, ni la radiographie de la colonne cervicale du 21 juin 2000, ni l'IRM cérébrale du 19 septembre 2002, ni les résultats d'examens de laboratoire auxquels se réfère le Dr N. _____, spécialiste FMH en médecine interne générale et médecin traitant de l'intéressée (ci-après : le médecin traitant), dans son rapport médical E 213 (CH) du 6 juin 2004 (cf. Al pce 122 p. 378). En l'absence des informations précitées et étant donné qu'au moment de l'expertise, l'assurée souffrait en particulier de cervico-lombalgies et d'une thrombopathie potentiellement invalidantes (cf. Al pce 58 p. 180 ; 183), le rapport d'expertise du Centre O. _____ n'a pas été établi en pleine connaissance de l'anamnèse et de l'évolution de l'état de santé de l'intéressée.

9.5.2 Ensuite, il sied de relever que plusieurs points litigieux n'ont pas fait l'objet d'une étude circonstanciée et/ou que l'expertise ne se fonde pas sur des examens complets et récents.

9.5.2.1 En effet, en ce qui concerne la thrombopathie, les experts l'ont qualifiée d'atteinte n'ayant pas de répercussion sur la capacité de travail de l'intéressée en se fondant exclusivement sur les déclarations de l'assurée qui avait attesté lors de l'expertise que ladite affection était stable et que les contrôles réguliers au Centre hospitalier B. _____ n'avaient pas nécessité de traitement particulier (cf. Al pce 58 p. 168, 179, 183). Or, un tel procédé n'était pas admissible dès lors que l'existence d'une thrombopathie susceptible de diminuer durablement la capacité de travail de l'assurée ne pouvait pas être exclue en l'état du dossier. En effet, outre le fait que le dossier médical est lacunaire (cf. supra consid. 9.5.1), le médecin traitant a affirmé à plusieurs reprises que cette atteinte avait des répercussions sur sa capacité de travail (cf. Al pces 112 p. 343 s. ; 94 p. 288 ; 80 p. 259). De plus, la recourante a été victime d'une thrombose du sinus sigmoïde et du bulbe jugulaire droit en été 2012 (cf. Al pce 87 p. 245 ; annexe 9 à TAF pce 1). A ce sujet, elle a expliqué aux experts qu'il y avait eu « une nette aggravation [de l'état de santé] depuis qu'elle avait vécu la thrombose dans la tête » (cf. Al pce 58 p. 167) et qu'avec la thrombose, elle avait perdu une partie de ses forces restantes (cf. Al pce 58 p. 169). Compte tenu de ce

qui précède, c'est à tort que les experts n'ont pas mis en œuvre des examens objectifs complets.

9.5.2.2 Puis, les experts ont fondé le diagnostic de douleurs séquellaires selon status post acromioplastie de l'épaule droite, qu'ils ont qualifié d'atteinte ayant une répercussion sur la capacité de travail (cf. Al pce 58 p. 183), sur une IRM établie de 2001 (cf. Al pce 58 p. 178 ; 141 p. 436 s.). Toutefois, eu égard à la longue période écoulée entre l'établissement de ce document et de l'expertise et compte tenu des éléments médicaux recueillis par le Centre O. _____ (persistance des douleurs de l'épaule droite [cf. Al pce 58 p. 168] ; mobilisation, tests fonctionnels à la recherche d'une lésion de la coiffe des rotateurs ainsi que palpation de l'articulation acromio-claviculaire décrits comme douloureux [cf. Al pce 58 p. 175] ; confirmation de la fragilité des tendons de l'épaule droite [cf. Al pce 58 p. 180]), il aurait été indiqué de mettre à jour le dossier d'imagerie médicale au moment de l'expertise.

9.5.2.3 En outre, les experts n'ont pas procédé à des examens objectifs complets malgré la présence de sérieux doutes sur l'existence de plusieurs affections susceptibles de diminuer durablement la capacité de travail de l'assurée. En effet, premièrement, il ressort du dossier de l'OAIE que l'assurée souffrait à partir de 2005 d'une périarthrite scapulo-humérale gauche qui, selon le médecin traitant, avait des répercussions sur sa capacité de travail (cf. Al pce 112 p. 343), respectivement d'une tendinopathie de stade 2 sans déchirure du tendon sus-épineux, plus modérée (1-2) sans déchirure du tendon du sous-scapulaire et du sous-épineux avec arthropathie inflammatoire acromio-claviculaire (cf. Al pce 112 p. 344, qui fait référence à une IRM de l'épaule gauche établie le 9 décembre 2005). Lors de l'expertise, la recourante s'est plainte de « douleurs de partout (...) touchant les articulations, plus particulièrement au niveau du membre supérieur » (cf. Al pce 58 p. 168) et les experts ont retenu une certaine fragilité des tendons de l'épaule gauche (cf. Al pce 58 p. 180). Deuxièmement, dans un rapport médical E 213 (CH) du 6 juin 2004, le Dr N. _____ avait noté qu'il ressortait d'un rapport de radiographie de la colonne cervicale établi en 2000 que l'assurée souffrait notamment d'une discopathie en C5-C6 (cf. Al pce 122 p. 378). Lors de l'expertise, l'intéressée se plaignait de cervicalgies, plus précisément de douleurs de la colonne cervicale plus ou moins permanentes qui augmentaient avec les positions statiques assis ou debout prolongées, avec les efforts physiques et le port de charges (cf. Al pce 58 p. 168), et l'examen clinique a révélé une mobilisation et la palpation du rachis cervical douloureuses (cf. Al pce 58 p. 174, 180). Troisièmement, l'assurée a indiqué aux experts qu'elle ressentait des douleurs au

niveau des doigts des mains des deux côtés, et signalé qu'elle lâchait parfois des objets (cf. Al pce 58 p. 168). De plus, les experts ont observé à l'examen clinique des douleurs à la palpation/pression des articulations interphalangiennes proximales II-III-IV à droite et II-III à la main gauche (cf. Al pce 58 p. 175). Quatrièmement, il ressort du dossier de l'autorité inférieure que l'assurée souffrait depuis 2008 de dorsalgies récurrentes sur troubles statiques et dégénératifs qui, selon le médecin traitant, avaient une influence sur sa capacité de travail (cf. Al pce 94 p. 288 ss). Lors de l'expertise, l'intéressée se plaignait de dorsalgies, plus précisément de douleurs de la colonne dorsale plus ou moins permanentes qui augmentaient avec les positions statiques assis ou debout prolongées, avec les efforts physiques et le port de charges (cf. Al pce 58 p. 168 ; 180). Cinquièmement, la recourante a informé les experts qu'elle continuait à ressentir des douleurs au niveau de la cheville gauche depuis sa chute en 2011, qui avait entraîné une entorse sévère de la cheville gauche ainsi qu'une fracture de la malléole externe gauche (cf. Al pces 80 p. 259 s. ; 58 p. 165, 169, 175, 180). Elle a affirmé qu'elle ne ressentait pas de douleurs au repos, mais que celles-ci apparaissaient lors de la station debout prolongée ou lors de la marche, lors de la montée ou de la descente des escaliers (cf. Al pce 58 p. 169). Eu égard à ce qui précède, les experts n'ont à tort pas mis en œuvre de nouveaux examens objectifs complets de l'épaule gauche, de la colonne cervicale et dorsale, des mains ainsi que de la cheville gauche. En l'absence de ces éléments, la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale effectuées par les experts ne sont pas claires.

9.5.3 En conséquence, compte tenu de l'instruction lacunaire de l'état de santé de l'intéressée et étant donné que les troubles somatoformes douloureux et les affections psychosomatiques assimilées se caractérisent par l'absence d'un déficit fonctionnel organique objectivable, les experts ne pouvaient pas poser valablement le diagnostic d'un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) d'intensité moyenne dans le cadre d'une fibromyalgie (cf. Al pce 58 p. 183).

9.5.4 Enfin, il sied de relever que les experts n'ont pas dûment motivé leurs conclusions dans la mesure où ils ont retenu que les mouvements répétés d'agenouillement/relèvement, le travail en position agenouillée et la montée ou la descente itérative des escaliers respectivement des pentes étaient contre-indiqués en raison des gonalgies droites sur lésions dégénératives débutantes apparues suite à une chute en octobre 2013 (cf. Al pce 58 p. 183 s. ; 80 p. 259 ss), et qu'ils n'ont nullement expliqué les raisons pour lesquelles ces limitations fonctionnelles n'auraient pas d'effet sur

la capacité de travail de l'intéressée dans une activité professionnelle. Par ailleurs, la conclusion des experts selon laquelle il n'y avait jamais eu d'incapacité de travail durable dans une activité adaptée (cf. AI pce 58 p. 185) apparaît également problématique dès lors qu'il s'agit d'une évaluation rétroactive sur une période de plus de 12 ans, qui est en outre en contradiction avec les documents médicaux de l'époque (cf. AI pce 139 p. 425 s.) et qui n'a pas non plus été motivée dans l'expertise.

9.6 Compte tenu des éléments précités, l'expertise pluridisciplinaire du Centre O. _____ ne permet pas de porter un jugement valable sur le droit litigieux et la décision rendue par l'OAIE le 14 septembre 2018, supprimant la demi-rente d'invalidité de l'assurée en application de la let. a des dispositions finales de la 6^{ème} révision, ne peut pas être confirmée sur le plan médical. Enfin, il y a lieu de préciser qu'en l'état actuel du dossier, les conditions pour une révision de la rente d'invalidité conformément à l'art. 17 LPGA ne sont pas non plus remplies.

10.

10.1 Par conséquent, le recours est partiellement admis et la décision du 14 septembre 2018 annulée. Le dossier doit être renvoyé à l'OAIE pour complément d'instruction par toutes les mesures propres à clarifier l'état de santé de la recourante et sa capacité de travail. Il se justifie dans de telles circonstances de renvoyer la cause à l'autorité inférieure pour qu'elle procède aux mesures d'instruction nécessaires en application de l'art. 61 al. 1 PA, bien qu'un renvoi doive rester exceptionnel compte tenu de l'exigence de la célérité de la procédure (cf. art. 29 de la Constitution fédérale du 18 avril 1999 de la Confédération suisse [Cst., RS 101] ; arrêt du TF 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 2.2). Le Tribunal fédéral a précisé que le renvoi est notamment justifié lorsqu'il s'agit d'enquêter sur une situation médicale qui n'a pas encore fait l'objet d'un examen, respectivement lorsque l'autorité inférieure n'a nullement instruit une question déterminante pour l'examen du droit aux prestations ou lorsqu'un éclaircissement, une précision ou un complément d'expertise s'avèrent nécessaires (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 ; arrêt du TF 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.2 et 3.3). En l'espèce, il ressort du dossier que la situation médicale ainsi que les conséquences qui en découlent (limitations fonctionnelles et incapacité de travail) n'ont pas été instruites à satisfaction par l'autorité inférieure, raison pour laquelle le renvoi à l'autorité inférieure est justifié.

10.2 Pour sa nouvelle décision portant sur la question du droit de la recourante à continuer à recevoir une rente d'invalidité, l'autorité inférieure actualisera le dossier médical à la date de sa nouvelle décision. Elle entreprendra toutes les investigations médicales nécessaires pour l'établissement complet et actuel de l'état de santé de l'intéressée et de son évolution pour pouvoir déterminer notamment l'incidence des éventuelles atteintes à la santé sur la capacité de travail (art. 43 al. 1 LPGA). Dans un premier temps, elle complétera le dossier avec les pièces médicales manquantes (cf. supra consid. 9.5.1). Puis, elle sollicitera une expertise pluridisciplinaire dans les disciplines de la médecine interne, rhumatologie, neurologie (en raison du syndrome narcoleptique), angiologie (en raison de la thrombopathie) et psychiatrie ainsi que d'autres disciplines si nécessaire (cf. ATF 139 V 349 consid. 3.3), qui devra établir si l'état de santé global s'est dégradé depuis l'octroi initial de la rente et si les plaintes de la recourante ne peuvent pas (aussi) être expliquées par des atteintes objectivables (cf. supra consid. 8.4). Afin de répondre aux exigences de la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral relative aux troubles somatoformes douloureux et aux affectations psychiques (ATF 141 V 281 ; 143 V 409 ; 143 V 418), dite expertise devra être faite en Suisse. S'il devait s'avérer que les conditions matérielles liées au réexamen d'office de la rente d'invalidité dans le cadre des dispositions finales précitées sont réunies, l'autorité inférieure devra examiner l'éventuel droit de la recourante à des mesures de nouvelle réadaptation au sens de al. 2 et 3 de la let. a des dispositions finales de la 6^{ème} révision (cf. ATF 145 V 266).

11.

11.1 En règle générale, les frais de procédure sont en principe mis à la charge de la partie qui succombe (art. 63 al. 1, 1^{ère} phrase, PA). D'après la jurisprudence, la partie qui a formé recours est réputée avoir obtenu gain de cause lorsque l'affaire est renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision (ATF 132 V 215 consid. 6.2). Aucun frais de procédure n'est mis à la charge des autorités inférieures, ni des autorités fédérales recourantes et déboutées (art. 63 al. 2, 1^{ère} phrase, PA).

11.2 En l'occurrence, il n'y a pas lieu de percevoir de frais de procédure, dès lors que la recourante a obtenu gain de cause par le renvoi de l'affaire à l'OAIE et qu'aucun frais de procédure n'est mis à la charge de l'autorité inférieure. Partant, l'avance de frais versée par la recourante à hauteur de Fr. 800.- (cf. TAF pces 2 et 4) lui sera restituée dès l'entrée en force du présent arrêt.

11.3 Il reste à examiner la question des dépens, les art. 64 PA et 7 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2) permettant au Tribunal d'allouer à la partie ayant obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés. A défaut de note de frais, le Tribunal fixe l'indemnité sur la base du dossier (art. 14 al. 2 FITAF). Les honoraires du représentant sont fixés, selon l'appréciation de l'autorité, en fonction de l'importance et de la difficulté du litige, ainsi que d'après le travail et le temps que le représentant a dû y consacrer (arrêt du TF 9C_637/2013 du 13 décembre 2013 consid. 5.2).

11.4 La recourante a agi en étant représentée par une avocate (cf. annexe 4 à TAF pce 1). Au vu de l'issue du litige et compte tenu du travail effectué par la représentante, qui a consisté notamment en la rédaction d'un recours de 26 pages (cf. TAF pce 1), d'une réplique de 5 pages (cf. TAF pce 10) et d'un courrier d'une page (cf. TAF pce 14), il convient de lui allouer une indemnité de dépens de Fr. 2'800.- (sans TVA ; cf. art. cf. 9 al. 1 let. c FITAF, et art 1 al. 2 de la loi fédérale du 12 juin 2009 régissant la taxe sur la valeur ajoutée [LTVA, RS 641.20] en relation avec l'art. 8 al. 1 LTVA), à la charge de l'autorité inférieure.

(Le dispositif se trouve à la page suivante)

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est partiellement admis et la décision du 14 septembre 2018 annulée.

2.

La cause est renvoyée à l'OAIE pour un complément d'instruction dans le sens des considérants et pour nouvelle décision.

3.

Il n'est pas perçu de frais de procédure. L'avance de frais d'un montant de Fr. 800.- perçue en cours de procédure auprès de la recourante lui sera restituée après l'entrée en force de la présente décision.

4.

L'OAIE versera à la recourante une indemnité de Fr. 2'800.- à titre de dépens.

5.

Le présent arrêt est adressé :

- à la recourante (Acte judiciaire ; annexe : formulaire d'adresse de paiement)
- 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.

La présidente du collège :

La greffière :

Caroline Bissegger

Marion Capolei

Indication des voies de droit :

Pour autant que les conditions au sens des art. 82 ss, 90 ss et 100 ss LTF soient remplies, 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. Ce délai est réputé observé si les mémoires sont remis au plus tard le dernier jour du délai, soit au Tribunal fédéral soit, à l'attention de ce dernier, à La Poste Suisse ou à une représentation diplomatique ou consulaire suisse (art. 48 al. 1 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 de la partie recourante (art. 42 LTF).

Expédition :