



Cour III
C-7097/2018

Arrêt du 3 avril 2023

Composition

Caroline Gehring (présidente du collège),
Michael Peterli, Regina Derrer, juges,
Simon Gasser, greffier.

Parties

A. _____ (France),
représentée par Maître Jean-Daniel Kramer,
recourante,
contre

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

Objet

Assurance-invalidité ; révision du droit à la rente (décision du
7 novembre 2018).

Faits :**A.**

A._____ (ci-après : A._____, assurée ou recourante) – ressortissante franco-suisse née le (...) 1963, mariée, sans enfant ni formation professionnelle certifiée, domiciliée en France – a travaillé à plein temps en tant que frontalière dans le secteur de l'horlogerie, en dernier lieu comme contrôleuse de qualité pour B._____, et cotisé à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité suisse de novembre 1988 à décembre 2003 (dossier de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de (...) [ci-après : OAI-[...]], p. 18, 20, 21, 23-30, 33, 37 ss).

B.

B.a Le 8 mars 2005, A._____ a déposé une demande de prestations d'invalidité invoquant une comitialité – épilepsie diagnostiquée en 1977 – et une hépatite C active – diagnostiquée en 1997 – (dossier OAI-[...] p. 9, 11, 23-30). L'instruction médicale a établi que l'assurée souffrait d'une hépatite chronique à virus hépatite C et subissait une incapacité totale de travail dans toute activité lucrative depuis le 7 décembre 2003 en raison d'une asthénie et des effets secondaires du traitement antiviral – interféron et ribavirine – sous forme de douleurs musculaires et articulaires. Les autres atteintes à la santé (comitialité, réduction du champ visuel suite à une névrite optique, goître) n'exerçaient, en revanche, aucune incidence sur la capacité résiduelle de travail de l'assurée, l'épilepsie – considérée stabilisée – n'ayant en particulier fondé aucun retrait du permis de conduire (cf. rapports des 29 avril 2005 et 28 octobre 2005 du Dr C._____, hépatologue [dossier OAI-[...], p. 177-179 et 192-195], rapports des 4 août 2005 et 3 janvier 2006 de la Dre D._____, médecin du Service médical régional [ci-après : SMR] de l'OAI-[...], spécialisation non mentionnée [dossier OAI-[...] p. 186, 197-198], et rapport du 20 juillet 2001 du Dr E._____, spécialiste en médecine interne [dossier OAI-[...] p. 54 à 59]). Par décision du 22 mars 2006, l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : OAIE ou autorité inférieure) a octroyé à l'assurée une rente entière d'invalidité à partir du 1^{er} décembre 2004 compte tenu d'une incapacité totale de travail survenue le 7 décembre 2003 (dossier OAI-[...], p. 206 à 212).

B.b A l'issue d'une première procédure de révision d'office du droit à la rente initiée le 5 mai 2009, l'OAI-(...) a informé l'assurée, par communication du 4 octobre 2011 (dossier OAI-[...], p. 214 à 311), du maintien de sa rente entière compte tenu d'un degré d'invalidité de 100%

en raison d'un nouveau traitement en cours depuis mai 2011 dont les importants effets secondaires – asthénie très importante, dyspnée d'effort, myalgies diffuses, troubles digestifs, diminution des capacités et troubles de concentration, aggravation du syndrome dépressif préexistant (cf. rapport SMR du 22 septembre 2011 du Dr F. _____ [dossier OAI-[...], p. 309]) – entraînaient une incapacité totale de travail dans toute activité lucrative (dossier OAI-[...] p. 310 s.).

Ces considérations résultaient d'un rapport d'expertise hépatologique établi le 8 août 2011 par la Dre G. _____ (spécialiste en gastroentérologie et hépatologie) de la Policlinique Médicale Universitaire de (...) (ci-après : PMU [...]). Aux termes de celui-ci, l'expertisée présentait les diagnostics, d'une part, avec répercussions sur la capacité de travail de cirrhose Child-Pugh A sur hépatite C chronique connue depuis 2008, d'hépatite C chronique génotype 1 à charge virale élevée connue depuis 1997 avec récurrence précoce post traitement par interféron alpha pégylé et ribavirine bien conduit, ainsi que d'épilepsie de type grand mal connue depuis 1977 avec dernière crise en 2008, d'autre part, sans répercussions sur la capacité de travail, de status post thyroïdectomie totale pour goître multi-nodulaire connu depuis 2009 ainsi que d'un syndrome dépressif connu depuis 2008. La cirrhose virale C compensée était responsable d'une asthénie susceptible de limiter d'environ 30% la capacité de travail. L'introduction d'un nouveau traitement (bocéprévir, interféron alpha pégylé et ribavirine) contre l'hépatite C, deux mois et demi avant la réalisation de l'expertise, justifiait toutefois une incapacité de travail de 100% dans toute activité professionnelle en raison des effets secondaires de la trithérapie (asthénie très importante réduisant la capacité de concentration, dyspnée d'effort de stade II, myalgies diffuses et troubles digestifs [douleurs abdominales avec diarrhées et nausées, perte pondérale de 2,5 kg en 2 ½ mois]). L'évolution de la capacité de travail dépendait entièrement de la réponse à la trithérapie. En cas de réponse virale soutenue, soit une virémie HCV indétectable 6 mois après la fin du traitement, la seule présence d'une hépatite C chronique avec cirrhose compensée devrait permettre une reprise partielle de l'activité professionnelle. En d'autres termes, en cas d'éradication virale C, la présence d'une cirrhose Child-Pugh A ne constituerait en elle-même une limitation de l'activité professionnelle que sur fatigue qui ne pouvait être estimée qu'à 30% au maximum (dossier OAI-[...], p. 301 à 305).

B.c Dans le cadre d'une deuxième procédure de révision entamée le 12 décembre 2012, l'OAI(...) a derechef informé l'assurée, par communication du 4 octobre 2016, du maintien de son droit à une rente

entière, le degré d'invalidité n'ayant pas évolué de manière à influencer celui-là (dossier OAI-[...], p. 312 à 538). En effet, nonobstant la guérison de l'hépatite C chronique grâce au succès de la trithérapie antivirale, la cirrhose Child-Pugh A sur hépatite C chronique laissait subsister une incapacité de travail maximale de 30% en raison de la fatigue à six mois de distance de la fin du traitement antiviral en avril 2012. En outre, l'assurée souffrait de lombocruralgies chroniques à droite dans le cadre d'une hernie discale L2-L3 à droite, d'une hernie discale extraforaminale L3-L4 à gauche et de dysbalances musculaires (I.), de rhizarthrose du pouce droit (II.) et d'un syndrome du défilé thoraco-brachial droit (III.) restreignant l'exercice d'une activité lucrative. Le facteur limitant était surtout dû à la cruralgie à droite et dans une moindre mesure à l'arthrose du pouce dont la dextérité était diminuée. Compte tenu des limitations fonctionnelles induites par la pathologie ostéoarticulaire, des manques de force ainsi que de tolérance aux postures, il ne pouvait être exigé de l'assurée une activité à rendement fonctionnel, sa capacité de travail médico-théorique ne dépassant pas 10%. Toutefois, un traitement fonctionnel bien conduit était susceptible de favoriser une probable amélioration de la capacité de travail dans un délai de six à neuf mois (cf. rapport d'expertise pluridisciplinaire [médecine interne, psychiatrie, neurologie et rhumatologie] PMU [...] du 22 mars 2016 [dossier OAI-[...], p. 422 à 447] et rapport d'expertise du 7 septembre 2016 du Dr H._____, spécialiste en orthopédie et en réadaptation physique du Centre médical de [...] [dossier OAI-[...], p. 482-532]).

B.d Le 17 octobre 2017, l'OAI-(...) a entrepris une troisième procédure de révision d'office du droit à la rente (dossier OAI-[...], p. 555).

B.d.a Procédant à l'instruction de celle-là, l'OAI-[...] a recueilli les rapports des médecins traitants de l'assurée établissant notamment des hernies discales thoraciques en T7-T8, T8-T9 et T10-T11 dans le cadre de rachialgies invalidantes apparues de façon brutale et spontanée en avril 2017 (cf. rapport d'hospitalisation du 29 mai 2017 du Centre hospitalier régional universitaire de [...] [ci-après : CHRU [...]]; dossier OAI-[...], p. 626-628], rapport du 19 juin 2017 du Dr I._____, neurochirurgien [dossier OAI-[...] p. 637], rapport du 27 janvier 2018 du Dr J._____, spécialiste en anesthésie et réanimation à la Consultation Douleur chronique du Centre hospitalier de [...] [dossier OAI-[...] p. 561-564], rapport du 16 février 2018 de la Dre K._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation [dossier OAI-[...], p. 567-570]; voir également questionnaire à l'assurée du 25 octobre 2017 [dossier OAI-[...], p. 555-558]).

B.d.b L'OAI-(...) a, en outre, diligenté une expertise bidisciplinaire – rhumatologie et médecine interne – effectuée le 11 juin 2018 auprès de son Service médical régional (ci-après : SMR) à l'issue de laquelle le Dr L._____ (spécialiste en rhumatologie et médecine interne) a posé les diagnostics – avec répercussions sur la capacité de travail – principalement de dorsolombalgies avec cruralgies bilatérales à prédominance droite dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec hernies discales dorsale et lombaire étagées prédominant en D10-D11 (CIM-10 M54) associées à un syndrome du défilé thoracobrachial droit et à une cirrhose Child-Pugh A sur hépatite C en rémission (avirémique depuis la fin du traitement antiviral par trithérapie), entraînant une incapacité totale de travail dans l'activité de contrôleuse en horlogerie depuis décembre 2003, mais permettant l'exercice à 70% d'une activité lucrative adaptée à l'état de santé depuis la sortie de l'assurée de l'Établissement de santé de (...) en date du 17 février 2018 (cf. rapport d'expertise SMR du 9 juillet 2018 [dossier OAI-[...], p. 580 à 596]).

B.d.c Aux termes d'un préavis du 3 septembre 2018 fondé sur les constats du rapport d'expertise SMR précité, l'OAI-(...) a informé l'assurée qu'il envisageait de diminuer la rente entière à $\frac{1}{4}$ compte tenu d'un degré d'invalidité établi à 43% sur la base d'une comparaison des gains déterminants en 2018 d'un montant – sans invalidité – de 57'124 francs (cf. courrier de B._____ du 23 mai 2016) et – avec invalidité – de 32'619 francs, en considération d'une capacité résiduelle de travail de 70%, d'un niveau de compétence 1 (cf. Enquête Suisse sur la structure des salaires [ci-après : ESS 2014]) et d'un abattement de 15 % (dossier OAI-[...], p. 613 à 617).

L'assurée a formulé des observations contre le projet de décision précité, contestant toute amélioration de son état de santé malgré la guérison de son hépatite C. En particulier, elle a invoqué des hernies discales droite L2-L3 et gauche L3-L4 ainsi qu'une hernie thoracique impossible à opérer, ayant entraîné plusieurs hospitalisations entre 2015 et 2017, des nodules cirrhotiques sous surveillance, un traitement à base de morphine ayant des répercussions sur sa capacité d'effort et de déplacement, et un traitement quotidien par électrothérapie prescrit par le Dr J._____ pour diminuer ses douleurs (cf. observations du 22 septembre 2018 [dossier OAI-[...], p. 641]).

Par décision du 7 novembre 2018 notifiée le 15 novembre 2018, l'OAIE a confirmé le projet de décision du 3 septembre 2018 respectivement diminué le droit à la rente de l'assurée à $\frac{1}{4}$ de rente à compter du premier

jour du deuxième mois suivant la notification de la décision et retiré l'effet suspensif à un éventuel recours. Reprenant l'argumentation développée dans le projet de décision, il a ajouté que les observations formulées par l'assurée en procédure d'audition ne contenaient aucun élément médical probant qui n'aurait pas été pris en considération dans le rapport d'expertise bidisciplinaire SMR du 9 juillet 2018, auquel il convenait d'accorder pleine valeur probante (dossier OAI-[...], p. 650 à 657).

C.

C.a Par mémoire du 14 décembre 2018 (timbre postal), A._____, agissant par l'entremise de son mandataire, interjette recours auprès du Tribunal administratif fédéral (ci-après : Tribunal ou TAF) à l'encontre de la décision précitée, en concluant principalement à l'annulation de celle-ci et au maintien de son droit à une rente entière, subsidiairement au renvoi de la cause à l'autorité inférieure pour nouvelle décision au sens des considérants. A titre préalable, elle requiert la restitution de l'effet suspensif au recours. En bref et pour l'essentiel, elle conteste le calcul de son degré d'invalidité, en particulier, la détermination des revenus sans et avec invalidité. Elle précise accessoirement que, malgré une évolution positive de sa situation médicale, ses douleurs ne sont pas négligeables (TAF pce 1).

C.b Par décision incidente du 6 mars 2019, le Tribunal a rejeté la demande de restitution de l'effet suspensif (TAF pce 4).

C.c Dans ses remarques responsives du 22 mars 2019, l'autorité inférieure conclut au rejet du recours s'appuyant sur les déterminations du 19 mars 2019 de l'OAI(...), lequel relève notamment que l'amélioration de l'état de santé n'est pas formellement remise en cause par la recourante qui se prévaut principalement de ses limitations fonctionnelles et conteste les modalités du calcul de son degré d'invalidité (TAF pce 8 et annexe).

C.d Par réplique du 12 juillet 2019, la recourante persiste dans les conclusions de son recours. En particulier, elle conteste que son état de santé se soit sensiblement amélioré et produit à l'appui un courrier établi le 14 juin 2019 par son médecin de famille, le Dr M._____ (spécialiste en médecine générale). La recourante ajoute que le montant du revenu sans invalidité a été fixé sans prise en compte de ses possibilités d'avancement et requiert des investigations complémentaires sur ce point. Enfin, elle allègue qu'il lui est concrètement impossible de retrouver un travail en raison de son âge (56 ans), du fait qu'elle ne travaille plus depuis

plus de 15 ans, et de ses atteintes à la santé dont le traitement comporte de nombreux effets secondaires et entraîne de nombreuses limitations (TAF pce 17 et annexe).

C.e Par duplique du 13 août 2019, l'autorité inférieure confirme la position exposée dans sa réponse, se référant à la prise de position du 8 août 2019 de l'OAI-(...) qui indique n'avoir rien à ajouter (TAF pce 19 et annexe).

C.f Par ordonnance du 22 août 2019, le Tribunal a transmis un double de la duplique à la recourante et clôturé l'échange d'écritures (TAF pce 20).

D.

En tant que besoin, les autres faits pertinents seront examinés dans les considérants en droit ci-dessous.

Droit :

1.

1.1 Sous réserve des exceptions – non réalisées en l'espèce – prévues à l'art. 32 de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF ; RS 173.32), le Tribunal 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 au sens de l'art. 5 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) prises par l'OAI.

1.2 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 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. Conformément à l'art. 2 LPGA en relation avec 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 LAI), à moins que la LAI ne déroge expressément à la LPGA.

1.3 En l'espèce, interjeté en temps utile et dans les formes requises (art. 60 LPGA et 52 al. 1 PA) par une personne directement touchée par la décision attaquée (art. 59 LPGA) et l'avance sur les frais de procédure d'un montant

de 800 francs ayant été dûment acquittée (art. 63 al. 4 PA [TAF pces 10, 12]), le recours est recevable.

2.

L'affaire présente un aspect transfrontalier dans la mesure où la recourante, ressortissante franco-suisse et domiciliée en France voisine, a travaillé durant plusieurs années en Suisse. La cause doit ainsi être tranchée non seulement au regard des normes du droit suisse mais également à l'aune des dispositions de l'Accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP, RS 0.142.112.681), dont l'annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 8 ALCP). Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1^{er} avril 2012 au règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (ci-après : règlement (CE) n° 883/2004, RS 0.831.109.268.1), ainsi qu'au règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 (RS 0.831.109.268.11 ; cf. art. 1 al. 1 de l'annexe II en relation avec la section A de l'annexe II et art. 153a LAVS). 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 au règlement (CE) n° 883/2004 par les règlements (UE) n° 1244/2010 (RO 2015 343), n° 465/2012 (RO 2015 345) et n° 1224/2012 (RO 2015 353). Même après l'entrée en vigueur de l'ALCP et des règlements de coordination, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 par. 3 du règlement (CE) n° 883/2004 *a contrario* ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du TF 9C_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4 et les références citées), étant précisé que la documentation médicale et administrative fournie par les institutions de sécurité sociale d'un autre Etat membre doit être prise en considération (art. 49 al. 2 du règlement n° 987/2009).

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 ; PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, Droit administratif, vol. II, 3^{ème} éd. 2011, 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., ch. 2.2.6.5 ; BENOÎT BOVAY, Procédure administrative, 2^{ème} éd., 2015, p. 243 ; JÉRÔME CANDRIAN, Introduction à la procédure administrative, 2013, n° 176). Néanmoins, les parties ont le devoir de collaborer à l'instruction (art. 13 PA et 43 al. 3 LPGA ; arrêt du TAF C-6134/2017 du 3 avril 2018 consid. 5.4) et de motiver leur recours (art. 52 PA). 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 et 121 V 204 consid. 6c ; ANDRÉ MOSER/MICHAEL BEUSCH/LORENZ KNEUBÜHLER/MARTIN KAYSER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 3^e éd., 2022, n° 1.55).

En l'occurrence, même à considérer tardive la critique de l'amélioration de son état de santé développée par la recourante au stade de la réplique (art. 52 PA), l'examen de cette question, qui sous-tend la décision litigieuse prise par l'OAIE, s'impose en tout état de cause au Tribunal tenu d'appliquer le droit d'office sans être lié par les motifs invoqués par les parties.

3.2 Dans ce contexte, le Tribunal examine d'office les conditions formelles de validité et de régularité de la procédure devant l'autorité inférieure, soit notamment le point de savoir si l'autorité qui a rendu la décision litigieuse était compétente (ATF 142 V 67 consid. 2.1 et 140 V 22 consid. 4 ; arrêt du TAF C-3964/2019 du 13 décembre 2021 consid. 3.2). En la matière, l'art. 40 al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201) dispose que l'office AI du secteur d'activité dans lequel le frontalier exerce une activité lucrative est compétent pour enregistrer et examiner les demandes présentées par les frontaliers. Cette règle s'applique également aux anciens frontaliers pour autant que leur domicile habituel se trouve encore dans la zone frontière au moment du dépôt de la demande et que l'atteinte à la santé remonte à l'époque de leur activité en tant que frontalier. L'office AI pour les assurés résidant à l'étranger notifie les décisions. La règle de compétence précitée est non seulement applicable lors de l'instruction initiale, mais également lors de la révision du droit à la rente pour autant que l'assuré n'ait pas entretemps déplacé son domicile hors de la zone frontière (cf. Circulaire sur la procédure dans l'assurance-invalidité (CPAI), état au 1^{er} janvier 2018, chiffre 4008).

En l'espèce, la recourante étant toujours domiciliée en France voisine et l'atteinte hépatique à l'origine du droit à la rente étant survenue alors que l'assurée exerçait en tant que frontalière une activité lucrative en Suisse, dans le canton de (...), c'est à juste titre que l'instruction de la présente procédure a été conduite par l'OAI-(...) et la décision litigieuse prononcée par l'OAIE.

4.

4.1 Selon les principes généraux de droit intertemporel, le droit matériel applicable est en principe celui en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières du droit transitoire (ATF 143 V 446 consid. 3.3, 136 V 24 consid. 4.3 et 132 V 215 consid. 3.1.1).

Le présent litige porte sur la décision du 7 novembre 2018 de l'OAIE de diminuer la rente entière de la recourante à un quart de rente à compter du 1^{er} janvier 2019 – premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision. Cela étant, la cause doit être examinée à l'aune des dispositions de la LAI et de son règlement d'exécution telles que modifiées par la 6^e révision de l'AI (premier volet) en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647) qui seront seules citées dans la présente affaire. Entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2022, les modifications de la LAI et de la LPGA adoptées le 19 juin 2020 (Développement continu de l'AI ; RO 2021 705 ; FF 2017 2363), ainsi que celles du 3 novembre 2021 apportées au règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201 ; RO 2021 706) ne s'appliquent pas au cas d'espèce.

4.2 En outre, le tribunal des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant jusqu'au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et qui ont modifié cette situation doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1, 130 V 445 consid. 1.2 et 121 V 362 consid. 1b). Ils doivent néanmoins être pris en considération lorsqu'ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à en influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2 et les références citées). De la même manière, le Tribunal ne prend en principe pas en considération les rapports médicaux établis après la décision attaquée, à moins que ceux-ci permettent de mieux comprendre l'état de santé et la capacité de travail de l'intéressé jusqu'à la décision

dont est recours (ATF 130 V 138 consid. 2.1, 129 V 1 consid. 1.2, 121 V 362 consid. 1b). En l'occurrence, il sera ainsi tenu compte du courrier du 14 juin 2019 du Dr M. _____ (spécialiste en médecine générale) produit en procédure de recours, dans la seule mesure où, étroitement lié à l'objet du litige, il est de nature à en influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue.

5.

A teneur de la décision litigieuse, l'assurée présenterait depuis le 17 février 2018 une amélioration de sa capacité de travail et de gain entraînant une diminution du degré d'invalidité de 100% à 43% respectivement du droit à une rente entière à $\frac{1}{4}$ de rente depuis le 1^{er} janvier 2019.

5.1 Aux termes de la loi, la rente d'invalidité est d'office ou sur demande révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable (art. 17 al. 1 LPGA [dans sa teneur en vigueur au jour de la décision querellée ; cf. ci-dessus consid. 4.1]).

5.1.1 Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut ainsi 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 (ou d'exercer les travaux habituels) ont subi un changement important (ATF 141 V 9 consid. 2.3, 134 V 131 consid. 3, 130 V 343 consid. 3.5, 113 V 273 consid. 1a) dans le sens qu'elles entraînent une modification du droit à la rente (cf. ATF 133 V 545 consid. 6.1 ; MICHEL VALTERIO, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI), 2018, art. 31 n^{os} 11 ss, p. 498 ss). Lorsque les faits déterminants pour le droit à la rente se sont modifiés au point de faire apparaître un changement important de l'état de santé motivant une révision, le degré d'invalidité doit être fixé à nouveau sur la base d'un état de fait établi de manière correcte et complète, sans référence à des évaluations antérieures de l'invalidité (ATF 141 V 9 consid. 2.3, 117 V 198 consid. 4b ; arrêts du TF 8C_825/2018 du 6 mars 2019 consid. 6.7, 9C_378/2014 du 21 octobre 2014 consid. 4.2, 9C_226/2013 du 4 septembre 2013). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3, 115 V 308 consid. 4a/bb ; arrêts du TF 8C_160/2017 du 22 juin 2017 consid. 2.2, I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1 et I 574/02 du 25 mars 2003 publié dans SVR 2004 IV n. 5

et réf. cit.). De plus, un motif de révision doit clairement ressortir du dossier (arrêts du TF I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1, I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et réf. cit.), la réglementation sur la révision ne constituant pas un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêts du TF I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1, I 8/04 du 12 octobre 2005 consid. 2.1, I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et références ; VALTERIO, op. cit., art. 31 n° 11, p. 498). La présence de nouveaux diagnostics tout comme la suppression de diagnostics ne constitue pas en soi un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGa ; encore faut-il que le changement de la situation soit clairement objectivé et propre à influencer le droit à la rente (cf. ATF 141 V 9 consid. 5.2 ; arrêt du TF 9C_573/2019 du 20 décembre 2019 consid. 5.2.2).

5.1.2 Pour examiner si, dans un cas, il y a eu une modification importante du taux d'invalidité au sens de l'art. 17 al. 1 LPGa, le point de départ est la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; arrêt du TF 8C_395/2018 du 3 septembre 2018 consid. 5.2 et références). Une communication au sens des art. 74^{ter} let. f et 74^{quater} al. 1 RAI par laquelle une révision effectuée d'office est clôturée avec la constatation qu'aucune modification de la situation propre à influencer le droit aux prestations n'est intervenue, peut, cas échéant, être assimilée à une décision formelle (arrêt du TF 8C_395/2018 du 3 septembre 2018 consid. 5.2 et références). L'utilisation d'un tel acte administratif comme base de comparaison présuppose toutefois qu'il se fonde sur les clarifications qui paraissent nécessaires au regard des faits éventuellement modifiés, à savoir des clarifications qui, si elles aboutissent à un résultat différent sur le fond, sont de nature à justifier une augmentation, une réduction ou une suppression de la rente (cf. arrêts du TF 8C_395/2018 du 3 septembre 2018 consid. 5.2 et 8C_441/2012 du 25 juillet 2013 consid. 6.2).

5.1.3 S'il y a amélioration de la capacité de gain ou de la capacité d'accomplir les travaux habituels, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintient durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI). La diminution ou la suppression de la rente prend en principe effet au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision (art. 88^{bis} al. 2 let. a RAI).

5.1.4 Dans le cadre d'une éventuelle suppression ou diminution du droit à la rente, le fardeau de la preuve relative à une modification notable du taux d'invalidité incombe à l'assureur, qui supporte les conséquences de l'absence ou de l'échec de cette preuve, laquelle doit être rapportée au degré, usuel en droit des assurances sociales, de la vraisemblance prépondérante (cf. ATF 121 V 204 consid. 6a-b et les références citées ; voir également : arrêts du TAF C-2687/2017 du 3 février 2022 consid. 9.6 et réf. cit. et C-6800/2014 du 26 mai 2020 consid. 7.6 et 15).

5.2 En l'espèce, pour déterminer si le degré d'invalidité de la recourante a subi une modification notable fondant une diminution à $\frac{1}{4}$ de son droit à une rente entière, il convient de comparer les faits tels qu'ils existaient à la date de la décision litigieuse du 7 novembre 2018 (cf. infra consid. 7) avec ceux tels qu'ils se présentaient au moment de la communication du 4 octobre 2016 (cf. infra consid. 6). En effet, aux termes de celle-ci, l'OAI(...) a constaté qu'il n'y avait pas eu de changement de nature à influencer le droit à la rente de l'assurée en se fondant principalement sur le rapport d'expertise pluridisciplinaire – médecine interne générale, psychiatrie, neurologie et rhumatologie – PMU (...) du 22 mars 2016 (dossier OAI-[...], p. 422 à 447) et sur le rapport d'expertise orthopédique du 7 septembre 2016 du Dr H. _____ (dossier OAI-[...], p. 482-532), qui constituent des clarifications nécessaires lesquelles, si elles avaient abouti à un résultat différent sur le fond, auraient été de nature à justifier une réduction voire une suppression de la rente (voir également l'avis SMR du 3 octobre 2016 du Dr N. _____ [dossier OAI-[...], p. 535 s.]).

6.

Dans le cadre de la procédure de révision ayant abouti à la communication du 4 octobre 2016 – dont on peut se demander si elle n'eût pas dû être tranchée par voie de décision dès lors qu'une modification notable de l'état de santé y a été constatée, cette question souffrant toutefois de demeurer en suspens dès lors que l'assurée n'a pas réclamé de décision formelle –, le droit de l'assurée à une rente entière a été maintenu compte tenu d'une part de l'incapacité de travail de 30% induite par la fatigue provoquée par la cirrhose Child-Pugh A sur hépatite C chronique avirémique, d'autre part en raison de lombocruralgies chroniques à droite dans le cadre d'une hernie discale L2-L3 à droite, d'une hernie discale extraforaminale L3-L4 à gauche et de dysbalances musculaires (I.), de rhizarthrose du pouce droit (II.) et d'un syndrome du défilé thoraco-brachial droit (III.), le facteur limitant étant surtout dû à la cruralgie à droite et dans une moindre mesure à l'arthrose du pouce dont la dextérité était diminuée. A l'appui de ce prononcé, l'OAIE s'est fondé, d'une part sur un rapport d'expertise

pluridisciplinaire PMU (...) du 22 mars 2016 – dont les consultations spécialisées ont été menées par les Drs O._____ (spécialiste en médecine interne), P._____ (spécialiste en neurologie), Q._____ (spécialiste en rhumatologie) et R._____ (spécialiste en psychiatrie), tandis que le colloque de synthèse multidisciplinaire a été établi par les Drs O._____ (spécialiste en médecine interne), S._____ (spécialiste en médecine interne) et R._____ (spécialiste en psychiatrie) –, d'autre part sur un rapport d'expertise orthopédique du 7 septembre 2016 du Dr H._____ (spécialiste en orthopédie et en réadaptation physique du Centre médical de [...]).

6.1 Aux termes du rapport d'expertise pluridisciplinaire de la PMU (...) du 22 mars 2016, le colloque de synthèse multidisciplinaire a retenu les diagnostics suivants :

- avec influence essentielle sur la capacité de travail :
 - lombo-cruralgies droites aiguës à subaiguës avec discopathie L2-L3 sous forme d'hernie discale foraminale et extra-foraminale en L2-L3 droite (CIM-10 M51.1),
 - douleurs chroniques mécaniques du poignet droit d'étiologie indéterminée avec notion de troubles dégénératifs (CIM-10 M19.0),
 - syndrome du défilé thoraco-brachial droit (CIM-10 M99.8),
- sans influence essentielle sur la capacité de travail :
 - fatigue chronique d'origine multifactorielle,
 - épilepsie généralisée de type grand mal traitée (dernière manifestation comitiale le 31 mai 2008),
 - cirrhose Child-Pugh A sur hépatite C chronique avirémique après traitement antiviral par trithérapie entre mai 2011 et avril 2012,
 - status post névrite optique d'évolution favorable sur probables effets secondaires d'un premier traitement antiviral contre l'hépatite,
 - status post porphyrie cutanée, effet secondaire du traitement antiviral pour l'hépatite,
 - status post thyroïdectomie totale pour goître multinodulaire,
 - status post possible état dépressif en 2008.

6.1.1 Le colloque de synthèse multidisciplinaire a expliqué qu'au niveau hépatologique, l'hépatite C était avirémique et la biologie hépatique dans la norme, sans symptôme inflammatoire. L'assurée n'avait plus eu de manifestation cutanée depuis le mois d'août 2012, après normalisation des porphyrines érythrocytaires à distance de la fin du traitement antiviral pour l'hépatite C en avril 2012. Elle se plaignait toutefois de la persistance d'une fatigue chronique fluctuant de jour en jour, variant en fonction d'autres infections, qui pouvait se monter à une intensité de 8/10 par moments et entraîner un besoin régulier de s'aliter. Si cette fatigue multifactorielle incapacitante – diminution du rendement de 30% – n'avait plus de cause physique évidente en l'absence d'état infectieux, elle devait néanmoins être principalement attribuée à la cirrhose Child-Pugh A. Aussi, sur le plan hépatologique, l'assurée ne présentait-elle plus, depuis la fin 2012 soit à distance de 6 mois de la fin du traitement de l'hépatite C, qu'une incapacité de travail maximale de 30%.

6.1.2 Au niveau psychique, l'expertisée ne présentait aucune pathologie psychiatrique incapacitante, la fatigue dont la patiente souffrait n'entrant en particulier pas dans le cadre d'une pathologie psychiatrique spécifique.

6.1.3 Sur le plan neurologique, l'assurée présentait une épilepsie généralisée de type grand mal apparue à l'âge de 14 ans. Celle-ci paraissait bien contrôlée par le traitement de Keppra et de Phénytoïne. La prise régulière de ces médicaments pouvait éventuellement participer à la fatigue chronique dont se plaignait la patiente, mais il était néanmoins peu probable que ce traitement représentât à lui seul une cause significative de fatigue. Sans manifestation comitiale depuis 2008, l'épilepsie ne constituait, par ailleurs, pas une cause d'incapacité de travail. Elle interdisait en revanche l'exercice d'une activité à risque majeur de blessures en cas de perte de connaissance et d'une activité nécessitant la conduite automobile professionnelle.

6.1.4 Sur le plan ostéoarticulaire, l'assurée avait présenté à partir de 2011 des arthralgies et myalgies diffuses ainsi que des lombalgies basses, des douleurs au niveau du sacrum et des cervicalgies chroniques. Ces douleurs s'étaient toutefois nettement améliorées depuis le début de l'année 2013, malgré l'apparition alors de douleurs au poignet droit qui persistaient encore lors de la présente expertise. En août 2015, l'assurée avait, en outre, présenté un épisode passager de sciatique et, dès la mi-décembre 2015, subi un nouvel épisode de blocage lombaire avec lombocruralgies droites subaiguës. Au jour de l'examen, les cruralgies étaient au premier plan et empêchaient toute activité physique significative. La

position assise était tolérée au maximum durant 45 minutes, la meilleure position étant celle debout ou allongée.

A l'examen rhumatologique, le Dr Q._____ avait observé chez l'expertisée, une marche avec une boiterie d'appui à droite. La position debout ne pouvait être tenue avec extension complète du genou droit. L'appui monopodal droit n'était pas possible et l'accroupissement que partiellement possible en raison de cruralgies droites. La marche sur les talons et la pointe des pieds avait été laborieuse à droite en raison de lombo-cruralgies. Au cours de l'examen, la position debout avait été de moins en moins bien tolérée en raison de lombo-cruralgies droites, raison pour laquelle la fin de l'examen clinique avait été effectuée en position assise. Sur les scanners de la colonne vertébrale effectués en décembre 2015, l'expert mettait en évidence des lombo-cruralgies droites subaiguës décrites comme invalidantes, une discopathie L2-L3 sous forme d'une hernie discale foraminale et extra foraminale L2-L3 droite ainsi qu'une éventuelle radiculopathie L3 droite. L'examen neurologique réalisé par le Dr P._____ avait révélé un syndrome lombo-vertébral, une manoeuvre de Lasègue positive à droite et une probable discrète atteinte radiculaire en L3/L4 droite caractérisée par une hyporéflexie rotulienne droite, une faiblesse proximale du membre inférieur droit et des troubles sensitifs intéressant assez curieusement pour une atteinte L3-L4, non pas la face antérieure mais la face externe de la cuisse. La probable hernie foraminale L2-L3 démontrée au scanner lombaire était corrélée par l'examen clinique. Le fait qu'une infiltration périurale avait été pratiquée non pas au niveau L2-L3 mais L4-L5, pouvait suggérer un autre niveau lésionnel. En raison de lombo-cruralgies droites subaiguës invalidantes constatées tant à l'examen rhumatologique que neurologique, la capacité de travail était nulle depuis la date de l'expertise et ceci pour une durée de 3 à 6 mois, cette atteinte ne pouvant pas être considérée comme stabilisée. Si les symptômes disparaissaient après 3 mois, il conviendrait de considérer le trouble comme stable, sans répercussion sur la capacité de travail dans une activité adaptée.

Concernant les cervicalgies, les radiographies de la colonne cervicale montraient des troubles dégénératifs C4-C5 à droite et C5-C6 à gauche que l'expert avait considérés comme étant plutôt non spécifiques.

En ce qui concernait les douleurs chroniques du poignet droit et de la base du pouce droit, les documents à disposition avaient décrit des troubles dégénératifs uniquement visibles à l'imagerie IRM de septembre 2013 et non à l'imagerie conventionnelle de 2015, ce qui parlait plutôt pour une

stabilité des lésions dégénératives, sans limitation fonctionnelle significative. Les troubles dégénératifs de la trapézo-métacarpienne droite contre-indiquaient toutefois de manière définitive les mouvements répétitifs de préhension fine et de pince, ainsi que les travaux de force avec les mains. L'activité habituelle de contrôleuse en horlogerie n'était plus exigible compte tenu des discopathies et de la notion de rhizarthrose à l'IRM.

Selon l'expert rhumatologue, compte tenu de la polymorbidité, le pronostic quant à la reprise d'une activité professionnelle dans le circuit économique normal paraissait réservé, car, d'un point de vue médicamenteux, une cirrhose hépatique était incompatible avec la prise d'antalgiques centraux ou d'anti-inflammatoires non stéroïdiens, eu égard aux effets secondaires potentiels de ces derniers surtout à long terme. En outre, certains autres médicaments risquaient également d'être contre-indiqués en raison de la porphyrie cutanée. Les traitements alors en cours étaient constitués comme suit :

- Acupan 4 ampoules par jour,
- Paracétamol 500 mg jusqu'à 6 comprimés par jour,
- Levothyrox 125 µg par jour,
- Kardégic 75 mg par jour,
- Keppra (lévétiracétam) 500 mg 3 comprimés le matin et 2 comprimés le soir,
- Di-Hydan (phénitoïne) 100 mg 1 comprimé le matin et ¼ le soir,
- Physiothérapie.

6.1.5 En conclusion, les experts ont considéré que la capacité de travail dans l'activité habituelle d'ouvrière en horlogerie était nulle depuis décembre 2003 à tout le moins. A compter d'un peu plus de six mois après la fin du traitement antiviral en avril 2012, à la faveur de la rémission du trouble hépatique, l'assurée avait récupéré une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée, hormis une diminution théorique de la capacité de travail survenue de manière passagère en cours d'année 2013 en raison d'arthralgies, de douleurs du poignet droit avec tendinite et possible décompensation de troubles dégénératifs. L'état de santé de l'expertisée s'était à nouveau détérioré à partir de mi-décembre 2015 avec l'apparition de lombo-cruralgies justifiant une incapacité de travail totale dans toute activité pour une durée de 3 à 6 mois. Pour autant que les lombo-cruralgies évoluent favorablement, l'assurée pouvait espérer recouvrer une capacité de travail de 70% à partir de mars ou juin 2016 – l'incapacité de travail de 30% étant liée à la fatigue générée par la cirrhose Child-Pugh A – dans une activité adaptée, à savoir sans positions statiques continues ne permettant pas de varier la posture aux heures, sans station assise de plus d'une

heure d'affilée sans possibilité de changer de position, sans position debout prolongée, sans activité avec torsion répétée du tronc ni mouvement de flexion antérieure du tronc, sans déplacement régulier de charges de plus de 7-10 kg, sans port répété de charge supérieure à 7 kg, sans travaux lourds, sans mouvements répétés de préhension fine ni de pince avec les mains, sans travaux de force avec les mains, surtout la droite, sans mouvements répétés en abduction au-delà de 80° des membres supérieurs, sans activités avec risque majeur de blessure en cas de perte de connaissance ou d'activités nécessitant la conduite professionnelle d'un véhicule (dossier OAI-[...], p. 422 à 447).

6.2 Sur mandat de l'OAI-[...], un complément d'expertise rachidienne a été effectué le 3 septembre 2016 par le Dr H. _____ (spécialiste en chirurgie orthopédique et réadaptation physique du Centre médical de [...]) dont le rapport établi le 7 septembre 2016 a posé les constats suivants (dossier OAI-[...], p. 482-532).

6.2.1 Depuis l'expertise pluridisciplinaire PMU (...) du 22 mars 2016, l'assurée avait ressenti un net soulagement d'une radiculalgie par hernie discale foraminale L2-L3 grâce à l'infiltration au niveau L4-L5 effectuée le 28 décembre 2015, ce qui lui avait permis de reprendre des activités physiques sportives douces, comme l'aquagym. Par la suite, des douleurs étaient apparues à gauche et un nouveau CT-scan effectué le 15 avril 2016 avait mis en évidence une hernie discale extra foraminale L3-L4 à gauche déjà visible sur les examens de décembre, mais en taille moindre. Le traitement conservateur avait permis d'obtenir une amélioration à gauche, avant une nouvelle rechute. Depuis lors, l'assurée ne pratiquait plus aucune activité sportive, hormis des promenades à proximité de son domicile, et avait préféré la rééducation à une nouvelle infiltration.

6.2.2 Lors de l'examen, l'expertisée avait rapporté une raideur et un dérouillement matinaux – ayant expliqué se mettre sur le côté et s'aider des deux bras pour se lever –, des douleurs au niveau dorso-lombaire avec des douleurs lombaires basses en paravertébral à droite augmentées lors des postures en flexion au lever de charges, une irradiation douloureuse dans les membres inférieurs sous la forme de brûlure au niveau du fessier et sur le versant antérieur de la cuisse droite s'arrêtant avant le genou. Elle ne souffrait que rarement de douleurs nocturnes. Elle n'avait pas signalé de cervicalgies, ni de problèmes aux membres supérieurs ou de douleurs aux genoux. En revanche, elle avait indiqué que la position assise était difficilement supportée sans changement postural, ne tenant même pas la durée d'un repas. Lors de l'expertise, elle avait pu tenir la position assise

durant vingt minutes avant de se lever. La position debout stationnaire était mieux tolérée. La marche était limitée en partie par les douleurs lombaires et surtout pas une boiterie, l'assurée chargeant plus à gauche. La montée d'escaliers était difficile en raison des craintes de l'assurée de se bloquer au niveau lombaire. Celle-ci avait du reste été contrainte de renoncer à partager la chambre conjugale du 1^{er} étage pour passer ses nuits dans une chambre aménagée au rez-de-chaussée. Globalement, elle avait évalué l'intensité des douleurs à 4.5/10 sur l'échelle EVA pour le dos et les membres inférieurs.

6.2.3 En conclusion, l'expert H._____ (spécialiste en chirurgie orthopédique et réadaptation physique) a retenu les diagnostics :

- avec effets sur la capacité de travail de
 - lombocruralgies droites chroniques dans le cadre d'une hernie discale L2-L3 à droite, d'une hernie discale extraforaminale L3-L4 à gauche et de dysbalances musculaires (I.),
 - rhizarthrose du pouce droit (II.),
 - syndrome du défilé thoraco-brachial droit (III.),
- sans effets sur la capacité de travail étaient ceux de
 - fatigues chroniques,
 - épilepsie traitée,
 - cirrhose Child-Pugh A sur hépatite C chronique,
 - status après porphyrie cutanée en 2012.

Il a exposé que le facteur limitant restait surtout dû à la cruralgie à droite et dans une moindre mesure à l'arthrose du pouce droit dont la dextérité était diminuée. Compte tenu du laps de temps écoulé depuis décembre 2015, les lombo-cruralgies devaient être qualifiées de chroniques. La capacité de travail dans la dernière activité exercée était inexistante. Vu les limites et les manques de force respectivement de tolérance aux postures, il ne pouvait être exigé de l'assurée une activité à rendement fonctionnel quelle qu'elle soit (capacité de travail médico-théorique ne dépassant pas 10%). Un traitement fonctionnel bien conduit avec une prise en charge interdisciplinaire (physiothérapique, ergothérapique et psychologique) dans un centre de réentraînement à l'effort était susceptible d'apporter une amélioration dans un délai de six à neuf mois. En cas d'aggravation des

douleurs, une infiltration foraminale pouvait éventuellement être réalisée. Sur le plan médicamenteux, s'agissant des cruralgies, de la Prégabaline pouvait être proposée à l'assurée à supposer que cette substance fût compatible avec les médicaments pour l'épilepsie et l'hépatopathie, la médication prescrite à l'assurée étant au demeurant la suivante :

- Levothyrox 1 25 µg/j,
- Kardegic 75,
- Keppra 500 3-0-2,
- Di-Hydan (phénitoïne) 100 1-0-¼,
- Dafalgan 500 4x/j,
- Acupan (Nefopam) 2-3 x/j en réserve.

7.

La décision litigieuse du 7 novembre 2018 consacre, à compter du 1^{er} janvier 2019, une diminution à ¼ du précédent droit de la recourante à une rente entière compte tenu d'une amélioration de l'état de santé respectivement de la capacité de travail et de gain de l'assurée ressortant du rapport d'expertise bidisciplinaire – rhumatologie et médecine interne – SMR établi le 9 juillet 2018 par le Dr L. _____ (spécialiste en médecine interne et rhumatologie).

7.1 L'autorité inférieure reconnaît une pleine valeur probante au rapport d'expertise bidisciplinaire SMR du Dr L. _____, considérant que celui-là dresse une synthèse exhaustive des différents avis médicaux figurant au dossier, se fonde sur l'ensemble du dossier AI, contient une anamnèse cohérente et complète, décrit de manière précise l'atteinte à la santé et le contexte social, motive de manière convaincante les diagnostics retenus et prend parfaitement en compte le fait que l'assurée a acquis un neurostimulateur TENS (TAF pce 1 annexe).

7.2 La recourante met en cause la valeur probante du rapport d'expertise SMR du Dr L. _____. Contestant l'amélioration de sa capacité de travail, elle critique en particulier le seuil de douleurs de 4/10 retenu de manière inexplicée par l'expert et comparé à un seuil de 10/10 qu'elle aurait prétendument exprimé en 2017 lors de son hospitalisation d'urgence consécutive à l'apparition brutale de rachialgies. Si ses douleurs n'atteignaient pas le niveau maximal, elles existaient bel et bien et n'étaient pas négligeables. Preuve en était la prise quotidienne de six médicaments différents, dont notamment de l'Oxycontin (proche de la morphine), ainsi que le suivi quotidien d'une électrothérapie par stimulateur électrique transcutané (TENS [TAF pce 1]). A l'appui de son point de vue, elle se

fonde notamment sur plusieurs rapports de ses médecins traitants versés en cause, à savoir :

- un rapport de scanner du 12 mai 2017 réalisé au CHRU (...) lors de l'hospitalisation de l'assurée en raison de rachialgies en T12-L1 et d'antécédents de lombocruralgies sur hernies discales L2-L3 droite et L3-L4 gauche, révélant de multiples hernies discales thoraciques et lombaires dont la plus volumineuse est située en T10-T11 :
 - à l'étage T7-T8 : hernie discale extrusive, postéro-médiane, ascendante,
 - à l'étage T8-T9 : hernie discale protrusive, postéro-latérale et intraforaminale droite,
 - à l'étage T10-T11 : volumineuse hernie discale postéro-latérale et intraforaminale droite, extrusive, calcifiée, ascendante, responsable d'un rétrécissement du canal rachidien relativement marqué,
 - à l'étage L2-L3 : hernie discale protrusive, intraforaminale droite,
 - à l'étage L3-L4 : hernie discale protrusive intra et extraforaminale gauche (dossier OAI-[...] p. 548) ;

- un rapport du 29 mai 2017 des Drs T._____, U._____ et V._____ du CHRU (...) (Rhumatologie hospitalisations, Pôle pathologies aigües, chroniques, transplantation, éducation) faisant suite à l'hospitalisation de l'assurée du 11 mai au 23 mai 2017 ; établissant des rachialgies avec douleurs à la palpation des épineuses T12, T11, L1 avec douleurs des articulaires postérieures à droite, irradiation en hypochondre et flanc droit, majorées à la palpation des 11^{ème} et 12^{ème} côtes, mécaniques, quasi constantes, majorées en position assise, évaluées à 8,5/10 sur l'échelle EVA, non impulsives, sans radiculalgie aux membres inférieurs associée, sans lésion cutanée en regard ; observant que la patiente, qui présente de multiples hernies discales thoraciques et lombaires dont la plus volumineuse est située à l'étage T10-T11 avec une douleur non calmée par les antalgiques usuels, a bénéficié d'un traitement de Solumedrol de 3 jours ayant eu une efficacité modérée à moins de 50% sur ses douleurs, puis complété par un traitement de 2 jours de Kétoprofène IV 100mg 3x par jour qui a eu, en fin d'hospitalisation, une efficacité à 100% sur les douleurs, également associé à une kinésithérapie avec TENS qui l'a bien soulagée et sera à continuer en externe ; précisant qu'à la sortie du CHRU (...), l'assurée devait poursuivre, en plus de son traitement habituel, un traitement morphinique pendant 10 jours et d'anti-inflammatoires non stéroïdiens durant 5 jours, le port d'un corset thoraco-lombaire rigide à visée antalgique lui ayant également été recommandé (dossier OAI-[...], p. 548-553 et 599-602) ;

- un rapport du 19 juin 2017 du Dr W._____ (spécialiste en hépatologie) constatant une fonction hépatique normale mais une augmentation de la gamma-GT et des transaminases, alors que ces paramètres étaient normaux en avril 2017, qui pouvait avoir été provoquée par une toxicité médicamenteuse liée à la prise de Kétoprofène au cours de l'hospitalisation rhumatologique au CHRU (...), le Dr W._____ rappelant à cet égard que les anti-inflammatoires non stéroïdiens ne devaient être prescrits que de façon circonspecte (dossier OAI NE, p. 606) ;
- un rapport du 19 juin 2017 du Dr I._____ (spécialiste en neurochirurgie et chirurgie de la douleur et du rachis au CHRU [...]) constatant que suite à l'hospitalisation au CHRU (...) la crise douloureuse semblait globalement passée, bien que l'assurée ressentait encore quelques douleurs postérieures, latéro-vertébrales droites descendantes de type brûlures sans trajet en hémiceinture complet ; établissant, sur la base d'une IRM et d'un scanner rachidien, une hernie discale calcifiée T10-T11 droite susceptible de comprimer la racine T11 mais sans effet compressif majeur sur la moëlle ni myélopathie associée et un disque intervertébral T10-T11 également entièrement calcifié et donc arthrodésé de manière spontanée ; retenant que les possibilités d'évolution de l'hernie discale étaient absolument nulles, de sorte qu'il n'y avait pas d'indication théorique chirurgicale pour la patiente à qui il était recommandé une kinésithérapie de renforcement musculaire abdominal et lombaire (dossier OAI-[...], p. 607) ;
- un rapport du 27 janvier 2018 du Dr J._____ (spécialiste en anesthésie et réanimation à la Consultation Douleur chronique du Centre hospitalier de [...]) retenant le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de rachialgies présentes depuis avril 2017 ; en particulier, il y était observé que le pronostic était réservé ; que l'incapacité de travail dans la dernière activité exercée était de 100% dès avril 2017 ; qu'une reprise de l'activité professionnelle ou une amélioration de la capacité de travail n'était pas attendue et que toute position immobile prolongée était impossible (dossier OAI-[...], p. 561-564) ;
- un rapport du 16 février 2018 de la Dre K._____ (cheffe du Service Médecine Physique et Réadaptation de l'Etablissement de santé de [...]) faisant suite à la prise en charge de l'assurée en rééducation de lombalgies invalidantes en évolution depuis plusieurs années au sein du service de médecine physique et de réadaptation de l'Etablissement de santé de (...) du 8 janvier 2018 au 16 février 2018 ; la médecin a observé que lors de l'examen clinique d'entrée, l'assurée était très algique avec une importante hypoextensibilité au niveau des droits antérieurs et des ischios-jambiers et présentait un important manque de force tant au niveau du rachis, des

abdominaux que des membres inférieurs et une importante kinésiophobie (Tampa de 39) ; durant son séjour, la prise en charge rééducative avait évolué favorablement ; en particulier, l'assurée avait bien intégré les différents exercices (étirements, gainage) et sa kinésiophobie avait régressé (Tampa de 35 au moment de la sortie de l'établissement) ; à la sortie de la patiente, la Dre K._____ lui a recommandé de continuer chez elle une série d'exercices et de reprendre des activités physiques régulières comme l'aquagym (dossier OAI-[...], p. 567 s.) ;

- un rapport du 25 mai 2018 du Dr M._____ (spécialiste en médecine générale) adressant l'assurée au Dr J._____ pour avis et prise en charge de l'assurée pour des douleurs liées à une hernie discale dorsale (dossier OAI-[...], p. 631) ;
- un courrier du 14 juin 2019 du Dr M._____ (spécialiste en médecine générale) indiquant que la situation de l'assurée restait très fragile tant sur le plan psychologique que physique, avec la nécessité absolue d'une surveillance étroite multidisciplinaire en raison de ses pathologies chroniques connues, d'un traitement chronique quotidien plurimédicamenteux indispensable comportant de nombreux effets secondaires la rendant incapable de conduire une voiture, de faire des déplacements de longue durée, de maintenir des positions prolongées ainsi que d'exercer toute activité physique professionnelle ou extraprofessionnelle ; et que la situation médicale de l'assurée était encore susceptible d'évoluer défavorablement (TAF pce 17 annexe).

7.3

7.3.1 De manière générale, avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il convient de s'assurer que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et, enfin, que les conclusions du médecin soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a). La valeur probante d'un rapport médical ou d'une expertise est de plus liée à la condition que le médecin qui se prononce dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêts du TF 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références citées, 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et 9C_59/2010 du 11 juin 2010

consid. 4.1 ; MICHEL VALTERIO, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], ad art. 57 LAI n° 37). Pour qu'un avis médical puisse être écarté, il est ainsi nécessaire qu'il existe des circonstances particulières qui permettent de justifier objectivement les doutes émis quant à l'impartialité ou au bien-fondé de l'évaluation (arrêts du TF 9C_55/2016 du 14 juillet 2016 consid. 3.2, 9C_607/2008 du 27 avril 2009 consid. 3.2 et 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 5.2).

La valeur probante d'une expertise médicale établie en vue d'une révision dépend, en outre, largement du fait de savoir si elle explique d'une manière convaincante la modification survenue de l'état de santé sous réserves des situations dans lesquelles il est évident que l'état de santé s'est modifié (arrêts du TF 9C_418/2010 du 29 août 2011 consid. 4.2 à 4.4 et 8C_441/2012 du 25 juillet 2013 consid. 6.1.2). 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, 112 V 371 consid. 2b ; arrêts du TF 9C_418/2010 du 29 août 2011 consid. 4.2 à 4.4, I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1 ; voir aussi arrêt du TF 8C_445/2017 du 9 mars 2018 consid. 2.2 ; ANDREAS TRAUB, Zum Beweiswert medizinischer Gutachten im Zusammenhang mit der Rentenrevision, RSAS 2012 pp. 183 ss ; VALTERIO, op. cit., art. 31 LAI n° 11).

7.3.2 Les services médicaux régionaux (SMR) peuvent au besoin procéder eux-mêmes à des examens médicaux sur la personne assurée ; ils consignent les résultats de ces examens par écrit (art. 49 al. 2 RAI). Les rapports médicaux établis sur la personne par les SMR sont comparables aux expertises médicales indépendantes, réalisées par un expert externe à l'assureur, et peuvent même avoir valeur probante s'ils répondent aux exigences matérielles et formelles requises par la jurisprudence en la matière et si le médecin du SMR ayant réalisé l'examen sur la personne dispose, comme tout expert, des compétences professionnelles nécessaires (ATF 137 V 210 consid. 1.2.1). Il convient toutefois, dans ces constellations, de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves (ATF 139 V 225 consid. 5.2 ; 125 V 351 consid. 3b/ee ; arrêt du TF 8C_262/2016 du 22 septembre 2016 consid. 4.2 ; VALTERIO, op. cit., art. 57 n° 44). Ainsi, alors qu'en ce qui concerne les expertises judiciaires, la jurisprudence a précisé que le tribunal ne s'écarte pas "sans raisons impérieuses" des estimations de l'expert médical et que s'agissant des expertises de médecins spécialistes externes demandées par les assureurs dans la procédure selon l'art. 44 LPGa et répondant aux

exigences de la jurisprudence, il a été retenu que le tribunal pouvait accorder à ces expertises une pleine valeur probante tant qu'il n'y avait pas "d'indices concrets contre la fiabilité" de l'expertise, pour ce qui concerne les expertises médicales internes à l'assurance, il faut procéder à des examens complémentaires lorsqu'il existe des doutes, même minimes, quant à leur fiabilité et leur cohérence (ATF 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.4 et 4.7 ; 122 V 157 consid. 1d ; arrêt du TF 8C_262/2016 du 22 septembre 2016 et réf. cit. ; VALTERIO, op. cit., art. 57 n° 43).

7.3.3 S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, qu'il soit médecin de famille généraliste ou spécialiste, il convient de les apprécier avec une certaine réserve en raison de la relation de confiance, issue du mandat thérapeutique confié au médecin traitant, qui unit celui-ci à son patient (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les réf. cit. ; arrêt du TF I 655/05 du 20 mars 2006 consid. 5.4). Toutefois, le simple fait qu'un rapport médical soit établi à la demande d'une partie et soit produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (arrêt du TF 8C_278/2011 du 26 juillet 2011 consid. 5.3) ; ainsi, on en retiendra des éléments, notamment si ceux-ci, objectivement vérifiables, ont été ignorés dans le cadre d'une expertise indépendante et s'avèrent suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les réf. cit. ; arrêts du TF 9C_338/2016 du 21 février 2017, publié in : Droit des assurances sociales – Jurisprudence [SVR] 2017 IV n° 49 consid. 5.5 ; 9C_876/2009 du 6 juillet 2010 consid. 2.2 ; 9C_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2 ; 9C_201/2007 du 29 janvier 2008 consid. 3.2 ; VALTERIO, op. cit., art. 57 LAI n^{os} 48 et 49).

7.4 En l'espèce, il ressort du rapport d'expertise SMR bidisciplinaire établi le 9 juillet 2018 par le Dr L. _____ (spécialiste en médecine interne et rhumatologie) les constats médicaux suivants.

7.4.1 L'assurée se plaint de douleurs au foie et à l'hypochondre droit en relation avec une intolérance aux graisses, de diarrhées, d'une peau sèche, d'une prise de poids, de douleurs au niveau du pli inguinal droit et de la face antérieure de la cuisse droite, de gonalgies à droite avec lâchage du genou droit, de douleurs lombaires intermittentes et de douleurs dorsales (augmentées à la toux qui s'amenuisent en cas d'utilisation d'un stimulateur électrique transcutané [TENS]). Les douleurs inguinales droites et de la cuisse droite sont au premier plan par rapport aux douleurs dorsales. La position assise est limitée à une heure par les douleurs dorsales, la position debout est restreinte à une heure par les gonalgies et

le périmètre de marche est diminué à une heure par les douleurs inguinales et de la cuisse.

A l'examen clinique neurologique, l'assurée marche avec une boiterie du membre inférieur droit. La marche sur la pointe des pieds est possible mais entraîne des douleurs du genou droit. La marche sur les talons est également possible mais entraîne des tiraillements de la cuisse droite. L'accroupissement est limité et entraîne des lombocuralgies droites. Le relèvement se fait cependant sans aide extérieure.

A l'examen clinique ostéoarticulaire, au niveau du rachis cervical, la flexion et l'extension cervicale entraînent des douleurs dorsales moyennes. Au niveau du rachis dorsolombaire, la flexion lombaire entraîne des douleurs de la fesse droite. La pression axiale céphalique entraîne des lombalgies qui constituent le seul signe de non organicité selon Waddell (1/5 points). Au niveau des épaules, l'élévation et l'abduction active de l'épaule gauche entraînent des douleurs de cette épaule.

Selon l'expert L._____, l'assurée présente au jour de l'expertise une meilleure capacité de travail que celle observée par le Dr H._____ ou les experts de la PMU (...) car les douleurs lombaires – n'étant plus qu'intermittentes – de même que les cruralgies droites avec douleurs inguinales droites et douleurs du genou droit, ainsi que les douleurs dorsales se sont améliorées depuis le séjour de l'assurée dans le centre de restructuration posturale de l'Établissement de santé de (...) – du 8 janvier 2018 au 16 février 2018 – où elle a suivi un traitement de kinésithérapie (en piscine et à sec sous forme de massages et d'exercices, abdominale hypopressive) et d'ergothérapie. Ainsi, elle évalue ses douleurs à 4/10 sous un traitement antalgique quotidien ne comprenant plus que 2 à 6 comprimés de Dafalgan 500mg et, en réserve, un faible traitement opioïde de 2 comprimés d'Oxycontin 5mg en cas de douleurs et avec utilisation d'un stimulateur électrique transcutané (TENS), alors qu'elle les cotait à 10/10 en 2017. Les traitements suivis par l'assurée associent au demeurant :

- Kepra 500mg 3 comprimés le matin et 2 comprimés le soir ;
- Phénytoïne 100mg 1 comprimé le matin et ¼ le soir ;
- Kardégic 1 x par jour en raison d'une artériosclérose abdominale ;
- Levothyrox 125µg 1 x par jour ;
- Exercices de kinésithérapie et d'ergothérapie quotidiens ;
- Electrothérapie TENS.

Dans ces circonstances, le Dr L. _____ qualifie les douleurs exprimées par l'assurée de moyennes et raisonnables pour en déduire que la symptomatologie douloureuse s'est améliorée depuis le 17 février 2018 correspondant à la sortie de la patiente de l'Etablissement de (...).

7.4.2 L'expert pose les diagnostics suivants :

- *sans* répercussions sur la capacité de travail :
 - status post fractures de la clavicule gauche et du bassin en 1986,
 - status post méniscectomie du genou droit en 2008,
 - hypothyroïdie substituée dans le cadre d'une thyroïdectomie totale pour goître multinodulaire en 2009,
 - status post opération du pouce droit en raison d'un ressaut en 2012,
 - status post névrite optique bilatérale d'évolution favorable,
 - status post porphyrie cutanée tardive d'évolution favorable,
 - épilepsie généralisée traitée de type grand mal (avec dernière manifestation comitiale en mai 2008),
 - excès pondéral (avec BMI à 28) ;
- *avec* répercussions sur la capacité de travail :
 - dorsolombalgies avec cruralgies bilatérales actuellement à prédominance droite dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec hernies discales dorsale et lombaire étagées prédominant en D10-D11 (CIM-10 M54 ; I.),
 - syndrome du défilé thoracobrahcial droit (II.),
 - cirrhose Child-Pugh A sur hépatite C en rémission, avirémique depuis la fin de la trithérapie antivirale (III.).

Il explique que ces derniers diagnostics entraînent une incapacité de travail totale de l'expertisée dans son activité habituelle de contrôleuse en horlogerie, mais permettent en revanche, depuis le 17 février 2018, l'exercice à 70% d'une activité lucrative adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : nécessité de pouvoir alterner 2 fois par heure les positions assise et debout, sans soulèvement ni port réguliers de charges d'un poids excédant 5 kg, sans travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, sans exposition aux vibrations, sans mouvements répétés en

abduction au-delà de 70° du membre supérieur droit, sans lever de charges de plus de 5 kg avec le membre supérieur droit, sans activités impliquant un risque majeur de blessures en cas de perte de connaissance ni activité nécessitant la conduite professionnelle de véhicules automobiles compte tenu des antécédents épileptiques. L'incapacité de travail dans une activité adaptée est liée aux limitations fonctionnelles, qui conduisent fatalement à une baisse de rendement, et à la fatigue liée à la cirrhose. Elle ne saurait dépasser 30%, sans autre raison biomécanique. En effet, la position assise a été relativement bien tolérée durant l'examen clinique d'une durée de 1 heure et 25 minutes. Nonobstant les hernies discales pluri-étagées dorsale et lombaire, l'assurée ne présente, de plus, aucun signe neurologique au status, ni déficit moteur ou sensitif, ni syndrome radiculaire irritatif. Malgré les douleurs, elle conserve des ressources physiques lui permettant de faire le ménage (balayer, nettoyer une vitre par jour mais pas passer l'aspirateur), la lessive, le repassage, les repas, les commissions avec son mari, de conduire sur de petites distances, et de se promener en moyenne environ deux fois une demi-heure par jour à proximité de son domicile. Le Dr L. _____ ajoute que la capacité de travail exigible dans une activité adaptée de 70% dès le 17 février 2018 doit être traduite en termes de métier par un spécialiste en réadaptation et que les troubles dégénératifs du rachis risquent de s'aggraver sur le long terme (dossier OAI-[...], p. 580 à 597).

7.5 Cela étant, l'expert L. _____ retient en substance une amélioration de l'état de santé de l'assurée respectivement de sa capacité de travail, car les *lombalgies* – n'étant plus qu'intermittentes – de même que les *cruralgies* droites avec douleurs inguinales droites (*inguinalgies*) et douleurs du genou droit (*gonalgies*), ainsi que les *dorsalgies* se seraient améliorées depuis le séjour de l'assurée dans le Centre de restructuration posturale de (...) – du 8 janvier 2018 au 16 février 2018 – où elle a suivi un traitement de kinésithérapie (en piscine et à sec sous forme de massages et d'exercices avec notamment de la kinésithérapie abdominale hypopressive) et d'ergothérapie. En effet, le 11 juin 2018, elle évaluait ses douleurs à 4/10 sous un traitement antalgique quotidien ne comprenant plus que 2 à 6 comprimés de Dafalgan 500mg et, en réserve, un faible traitement opioïde de 2 comprimés d'Oxycontin 5mg en cas de douleurs et avec utilisation d'un stimulateur électrique transcutané (TENS), alors qu'elle les cotait à 10/10 en 2017.

7.5.1 D'emblée, le Tribunal constate qu'aucune des pièces au dossier ne documente une prétendue évaluation par l'assurée de ses douleurs à 10/10 en 2017. Lors de l'hospitalisation d'urgence de mai 2017 à la suite

d'une crise de rachialgies, les douleurs avaient bien plutôt été évaluées à 8.5/10 sur l'échelle EVA, seuil maximal documenté au dossier (cf. rapport du 29 mai 2017 du CHRU [...] [dossier OAI-...], p. 627]).

7.5.2 En outre, l'expert L. _____ compare à tort l'intensité des douleurs exprimées par l'assurée lors de l'examen d'expertise du 11 juin 2018 avec celles décrites en 2017, au lieu de prendre comme point de comparaison celles – juridiquement déterminantes (cf. consid. supra 5.2) – ayant prévalu au moment de la communication du 4 octobre 2016, qui s'élevaient alors à 4,5/10 (cf. rapport du 7 septembre 2016 du Dr H. _____, p. 32 [dossier OAI-...], p. 513]). Il conclut ainsi inconsiderément à une diminution des douleurs du rachis et des membres inférieurs alors que celles-ci – passées de 4.5/10 EVA au moment de l'expertise devant le Dr H. _____ en septembre 2016 à 4/10 EVA lors de l'expertise devant le Dr L. _____ en juin 2018 – n'ont que très sensiblement diminué.

7.5.3 L'expert L. _____ déduit également une diminution de la symptomatologie douloureuse du fait que le traitement antalgique quotidien comprenant, le 11 juin 2018, 2-6 comprimés de Dafalgan 500mg et, en réserve, 2 comprimés d'Oxycontin 5mg (antalgique puissant) aurait diminué. Le Tribunal ne voit toutefois pas en quoi ce traitement médicamenteux se distinguerait sensiblement de celui de 4 comprimés de Dafalgan 500mg avec en réserve 2 à 3 capsules d'Acupan (antalgique puissant) en cours au moment de la communication du 4 octobre 2016, au point de fonder une diminution des douleurs, cela d'autant que, depuis mai 2017, une électrothérapie quotidienne par stimulateur électrique transcutanée (TENS) visant également à soulager les douleurs s'est ajoutée au traitement antalgique ordinaire et de réserve (cf. rapport du 29 mai 2017 du CHRU [...] [dossier OAI-...] p. 600]). Force est, au surplus, de relever que des anti-inflammatoires non stéroïdiens, en particulier le Kétoprofène qui avait été efficace contre les rachialgies lors de l'hospitalisation d'urgence au CHRU (...) (dossier OAI-..., p. 600), ne peuvent être prescrits à l'assurée que de manière circonspecte en raison de la contre-indication de ces médicaments du point de vue hépatologique (cf. rapport hépatologique du 19 juin 2017 du Dr W. _____ [dossier OAI NE, p. 606]), contre-indication déjà mise en exergue en 2016 par le Dr Q. _____ (rhumatologue) qui soulignait également la contre-indication d'antalgiques centraux et estimait pour ces raisons le pronostic d'une reprise d'une activité professionnelle réservé (cf. rapport d'expertise pluridisciplinaire PMU [...] du 22 mars 2016, p. 15 [dossier OAI-..., p. 436]). De même, de nouvelles infiltrations ne permettront a priori pas non

plus une amélioration durable des douleurs, dès lors que celles-là ne lui ont jamais apporté qu'un soulagement passager.

7.5.4 S'agissant plus particulièrement des *dorsalgies/rachialgies*, l'expert L. _____ indique que celles-ci ont connu une amélioration sensible grâce au séjour à l'Etablissement de santé de (...) et ne sont plus qu'au second plan lors de l'examen du 11 juin 2018.

Il ressort du scanner lombaire effectué le 12 mai 2017 qu'en sus des hernies discales protrusives L2-L3 intraforaminale droite et L3-L4 intra- et extraforaminale gauche identifiées en 2016, sont apparues, depuis la communication du 4 octobre 2016, de nouvelles hernies discales thoraciques en T7-T8, T8-T9 et T10-T11 dont la plus volumineuse se situe en T10-T11 (dossier OAI-[...] p. 548). Celles-ci ont entraîné des rachialgies dès avril 2017 qui ont précipité l'hospitalisation d'urgence de l'assurée en mai 2017. Au cours de celle-ci, cette dernière a bénéficié d'un traitement efficace à 100% sur les douleurs (cf. rapport du 29 mai 2017 des Drs T. _____, U. _____ et V. _____ du CHRU [...] [dossier OAI-[...], p. 599-602]). Le 19 juin 2017, le Dr I. _____ (spécialiste en neurochirurgie et chirurgie de la douleur et du rachis) a constaté que, suite à cette hospitalisation, la crise douloureuse semblait être globalement passée, bien que l'assurée conservât encore quelques douleurs postérieures, latéro-vertébrales droites descendantes de type brûlures sans trajet en hémi-ceinture complet. Aucune intervention chirurgicale s'agissant de l'hernie discale T10-T11 droite calcifiée et du disque intervertébral T10-T11 également entièrement calcifié n'était indiquée, les possibilités d'évolution étant nulles. En revanche, une kinésithérapie de renforcement musculaire abdominal et lombaire était préconisée (dossier OAI-[...], p. 607). Le 27 janvier 2018, le Dr J. _____ (spécialiste en anesthésie et réanimation à la Consultation Douleur chronique du Centre hospitalier de [...]) a corroboré le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de rachialgies présentes depuis avril 2017. En particulier, il a observé que toute position immobile prolongée était impossible, que l'incapacité de travail dans la dernière activité exercée était de 100% dès avril 2017 et qu'aucune reprise de l'activité professionnelle ni aucune amélioration de la capacité de travail n'étaient attendues, le pronostic étant réservé (dossier OAI-[...], p. 561-564). A partir du 8 janvier 2018 jusqu'au 16 février 2018, l'assurée a bénéficié au sein de l'Etablissement de santé de (...) d'une prise en charge rééducative (kinésithérapie et ergothérapie) pour des lombalgies invalidantes en évolution depuis plusieurs années (cf. rapport du 16 février 2018 de la Dre K. _____, cheffe du Service Médecine Physique et Réadaptation [dossier OAI-[...], p. 567]), avant que le 25 mai 2018, elle ne

soit réadressée au Dr J._____ pour avis et prise en charge de douleurs liées à une hernie discale dorsale (cf. courrier du 25 mai 2018 du Dr M._____ [dossier OAI-[...], p. 631]).

A l'aune de ce qui précède, le Tribunal constate que depuis la communication du 4 octobre 2016, l'état de santé de l'assurée s'est modifié en ce sens que de nouvelles hernies discales thoraciques sont apparues, qu'elles ont entraîné des rachialgies ayant nécessité l'hospitalisation de la patiente en mai 2017, la prescription de traitements médicamenteux puissants et d'une électrothérapie TENS en 2017, ainsi qu'une rééducation physique en début d'année 2018. En dépit de ces traitements, les dorsalgies ont persisté et encore nécessitaient une prise en charge médicale en mai 2018, le Dr M._____ ayant réadressé le 25 mai 2018 la patiente au Dr J._____, spécialiste de la douleur, pour avis et prise en charge des douleurs liées à une hernie discale dorsale. Dans ces circonstances, il n'apparaît pas que les dorsalgies se seraient améliorées ni moins encore stabilisées dès le 17 février 2018 (cf. art. 88a al. 1 RAI). Partant, le Tribunal ne saurait suivre l'avis de l'expert L._____ qui retient ce nonobstant une amélioration des dorsalgies, écartant de surcroît, sans même le discuter, l'avis du Dr J._____, qui indique dans son rapport du 27 janvier 2018 – soit moins d'un mois avant la prétendue amélioration des douleurs le 17 février 2018 – que les dorsalgies/rachialgies sont incapacitantes depuis avril 2017 et que le pronostic est réservé. En définitive, le Tribunal ne saurait d'autant moins s'en remettre aux conclusions de l'expert L._____ qu'il considère lui aussi que les troubles dégénératifs du rachis risquent de s'aggraver sur le long terme (dossier OAI-[...], p. 596).

7.5.5 S'agissant de l'amélioration des *cruralgies* avec douleurs inguinales droites et du genou droit, l'expert L._____ observe que, lors de l'examen du 11 juin 2018, l'assurée met au premier plan ses douleurs inguinales droites et ses douleurs de la cuisse droite. Elle présente également des gonalgies à droite avec lâchage du genou qui, selon l'expertisée, limitent à une heure au plus la position debout. La marche est caractérisée par une boiterie du membre inférieur droit. La marche sur la pointe des pieds est possible mais entraîne des douleurs au niveau du genou droit. La marche sur les talons est également possible mais entraîne des tiraillements de la cuisse droite. L'accroupissement est limité et entraîne des lombocruralgies droites. Le relèvement se fait cependant sans aide extérieure.

A l'issue de la deuxième procédure de révision (cf. communication du 4 octobre 2016), l'instruction médicale avait établi que la cruralgie à droite

constituait le facteur limitant prépondérant déterminant une incapacité de travail minimale de 90% (cf. rapport du 7 septembre 2016 du Dr H. _____, p. 39 [dossier OAI-...], p. 520]). A l'examen rhumatologique, l'expert Q. _____ avait observé une marche avec une boiterie d'appui à droite. La position debout ne pouvait être tenue avec extension complète du genou droit. L'appui monopodal droit n'était pas possible et l'accroupissement que partiellement possible en raison de cruralgies droites. La marche sur les talons et la pointe des pieds avait été laborieuse à droite en raison de lombocruralgies. Au cours de l'examen, la position debout avait été de moins en moins bien tolérée en raison de lombocruralgies droites, raison pour laquelle la fin de l'examen clinique avait été effectuée en position assise (cf. rapport d'expertise pluridisciplinaire de la PMU [...] du 22 mars 2016 [dossier OAI-...], p. 434 s.]).

Il ressort de ce qui précède que, s'agissant des cruralgies, l'examen rhumatologique réalisé par l'expert L. _____ établit plusieurs constats identiques à ceux posés par le Dr Q. _____ en 2016. Ce nonobstant, l'expert L. _____ affirme que les cruralgies de l'assurée se seraient améliorées depuis le séjour au Centre de santé de (...), sans qu'il ne motive concrètement de manière convaincante en quoi les traitements de kinésithérapie (en piscine et à sec sous forme de massages et d'exercices, abdominale hypopressive) et d'ergothérapie auraient eu un impact décisif sur les cruralgies. La comparaison erronée du seuil des douleurs ne saurait en particulier constituer une raison concluante à cet égard (cf. consid. 7.5.1, 7.5.2). Dans ces circonstances, le Tribunal ne saurait retenir, au niveau des cruralgies, une amélioration de l'état de santé de la recourante établie au degré de la vraisemblance prépondérante.

Quant aux gonalgies à droite avec lâchage du genou dont fait état le rapport d'expertise L. _____ qui, selon l'expertisée, limitent à une heure au plus la position debout, celles-ci n'existaient pas le 3 septembre 2016 lors de l'expertise réalisée par le Dr H. _____, qui avait expressément constaté que l'assurée ne se plaignait pas de douleurs aux genoux (dossier OAI-..., p. 490). Pour autant, le Dr L. _____, qui ne met pas en cause ces douleurs mais les constate au contraire à l'examen clinique neurologique lors de la marche sur la pointe des pieds, ne les évoque ni au titre des diagnostics incapacitants ni à celui des diagnostics non incapacitants. Il n'y consacre aucun développement, alors même que l'assurée a subi en 2008 une ménisectomie à droite, que, dans le cadre de l'expertise pluridisciplinaire PMU (...) en 2016, le Dr P. _____ a observé une probable discrète atteinte radiculaire L3/L4 caractérisée par

une hyporéflexie rotulienne droite et le Dr Q. _____ une position debout qui ne pouvait pas être tenue avec extension complète du genou droit, cette position ayant en outre été de moins en moins bien tolérée au fil de l'examen clinique de sorte que l'assurée l'avait terminée en position assise (cf. rapport d'expertise pluridisciplinaire de la PMU [...] du 22 mars 2016 [supra consid. 6.1.4]). Compte tenu d'une évolution susceptible d'évoquer d'éventuels troubles dégénératifs au niveau du genou droit, il appartenait à l'expert de dûment discuter les gonalgies dont s'est plainte l'assurée afin d'établir de manière convaincante l'impact de celles-ci sur la capacité résiduelle de travail.

7.5.6 Il suit de là que le Dr L. _____ ne motive pas de manière convaincante une amélioration de la symptomatologie douloureuse depuis la communication du 4 octobre 2016. Dans ces circonstances, du point de vue médical, une amélioration de l'état de santé avec incidence sur la capacité de travail n'apparaît pas établie au degré de la vraisemblance prépondérante.

7.6 Ensuite, l'expert L. _____ explique que les diagnostics incapacitants qu'il pose – dorsolombalgies avec cruralgies bilatérales actuellement à prédominance droite dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec hernies discales dorsale et lombaire étagées prédominant en D10-D11 (CIM-10 M54 ; I.), syndrome du défilé thoracobrachial droit (II.), et cirrhose Child-Pugh A sur hépatite C en rémission, avirémique depuis la fin de la trithérapie antivirale (III.) – entraînent une incapacité de travail totale de l'expertisée dans son activité habituelle de contrôleuse en horlogerie, mais permettent, depuis le 17 février 2018, l'exercice à 70% d'une activité lucrative adaptée aux limitations fonctionnelles qu'il retient. Il précise que l'incapacité de travail de 30% dans une activité adaptée est liée aux limitations fonctionnelles, qui conduisent fatalement à une baisse de rendement, et à la fatigue liée à la cirrhose. Elle ne saurait dépasser 30%, sans autre raison biomécanique. En effet, la position assise a été relativement bien tolérée durant l'examen clinique d'une durée de 1 heure et 25 minutes. Nonobstant les hernies discales pluri-étagées dorsale et lombaire, l'assurée ne présente aucun signe neurologique au status, ni déficit moteur ou sensitif, ni syndrome radiculaire irritatif. Malgré les douleurs, elle conserve des ressources physiques notamment dans les activités ménagères.

7.6.1 Or, à l'issue de la deuxième procédure de révision sanctionnée par la communication du 4 octobre 2016, l'instruction médicale a établi, sur la base d'un IRM du poignet et de la main droite du 16 septembre 2013

(dossier OAI-[...], p. 359), que l'assurée présente une rhizarthrose à droite – également appelée arthrose trapézo-métacarpienne du pouce droit. Celle-ci est incapacitante notamment en raison de la diminution de la dextérité du pouce droit (cf. rapport d'expertise orthopédique du 7 septembre 2016 du Dr H. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et réadaptation physique [dossier OAI-[...] p. 520]). En outre, elle constitue un trouble dégénératif justifiant une contre-indication définitive à des mouvements de préhension fine et de pince répétitifs et à des travaux de force avec les mains (cf. rapport d'expertise pluridisciplinaire PMU [...] du 22 mars 2016 [dossier OAI-[...] p. 436]). Or, dans son rapport d'expertise du 9 juillet 2018, le Dr L. _____ n'évoque la rhizarthrose du pouce droit ni au chapitre des diagnostics *sans* effets sur la capacité de travail ni à celui des diagnostics *avec* répercussions sur la capacité de travail, pas plus qu'il ne mentionne les limitations fonctionnelles correspondantes qu'elle implique, ignorant en cela l'état du dossier, et en particulier l'avis de deux spécialistes en la matière – les Drs H. _____ et Q. _____ –, sans qu'il n'en indique d'aucune manière les raisons.

En outre, il est constant que depuis fin 2012, la recourante présente, de manière définitive, une incapacité de travail de 30% au maximum – diminution du rendement de 30% – résultant de la seule fatigue liée à la cirrhose Child-Pugh A (cf. rapports d'expertise pluridisciplinaire PMU [...] du 22 mars 2016 [dossier OAI-[...], p. 441] et d'expertise hépatologique PMU [...] du 8 août 2011 établi par la Dre G. _____ [dossier OAI-[...], p. 303]).

Dans ces circonstances, l'expert L. _____ – qui, d'une part, retient plusieurs autres diagnostics incapacitants supplémentaires entraînant des limitations fonctionnelles conduisant, à ses propres dires, « *fatalement à une baisse de rendement* » et, d'autre part, oublie le diagnostic incapacitant de rhizarthrose et les limitations fonctionnelles correspondantes – n'explique aucunement de manière satisfaisante les raisons pour lesquelles, malgré les autres diagnostics incapacitants s'ajoutant à la cirrhose Child-Pugh A, l'expertisée présenterait une incapacité de travail globale limitée à 30%, cela alors même qu'il n'indique pas que la fatigue induite par la cirrhose Child-Pugh A aurait diminué.

7.6.2 De surcroît, l'expert retient de manière non cohérente que la position assise a été relativement bien tolérée par l'assurée durant l'expertise (1 heure et 25 minutes) malgré les douleurs dorsales, alors qu'il ressort de la description de l'entretien d'expertise que l'assurée a dû se lever après 45

minutes et rester debout durant 5 minutes avant de se rasseoir (dossier OAI-[...], p. 590).

7.6.3 De plus, à l'issue de la deuxième procédure de révision, aucune radiculopathie n'a été retenue comme incapacitante, cela même si lors de l'expertise pluridisciplinaire PMU de mars 2016, l'expert Q._____ (rhumatologue) a mis en évidence une éventuelle radiculopathie L3 droite (dossier OAI-[...], p. 436) et l'expert P._____ (neurologue) fait état d'une probable discrète atteinte radiculaire en L3/L4 droite caractérisée par une hyporéflexie rotulienne droite (dossier OAI-[...], p. 432). En soulignant l'absence de syndrome radiculaire irritatif, le Dr L._____ ne démontre ainsi pas qu'une amélioration de l'état de santé de l'assurée susceptible d'influer sur sa capacité de travail serait intervenue depuis la communication du 4 octobre 2016.

7.6.4 De même, l'expert L._____ n'indique pas que les manques de tolérance à l'effort, de forces et de tolérance aux postures notamment en lien avec des dysbalances musculaires incapacitantes observés en septembre 2016 par le Dr H._____ auraient été résolus à l'issue du séjour à l'Etablissement de santé de (...) où l'assurée a bénéficié d'un traitement de kinésithérapie et d'ergothérapie. Il relève au contraire qu'à la 4^{ème} semaine de réadaptation au centre de (...), l'assurée a eu un malaise avec baisse de la tension artérielle et hypoglycémie attribué au fait que cette dernière aurait été au-delà de ses forces alors qu'elle faisait du vélo, malaise qui l'a ensuite empêchée de faire des exercices pendant une semaine en raison d'une hypotension persistante (dossier OAI-[...], p. 588). Dans son rapport du 16 février 2018, la Dre K._____ ne documente pas non plus qu'il aurait été remédié aux manques de tolérance à l'effort, de forces et de tolérance aux postures, indiquant uniquement que « *la prise en charge rééducative a évolué favorablement. Madame A._____ a, bien intégré les différents exercices (étirements, gainage). On note une nette régression de la kinésiophobie* » (dossier OAI-[...], p. 567 s.).

7.6.5 Enfin, l'expert L._____ justifie le taux de capacité de travail retenu en opposant à l'assurée des ressources physiques lui permettant de faire le ménage (balayage, sans aspirateur, nettoyage d'une vitre par jour), la lessive/repassage, les repas, de conduire sur de petites distances, de faire les courses avec son mari et de se promener en moyenne environ 2 fois une demi-heure par jour dans la forêt proche de son domicile. A cet égard, le Tribunal constate toutefois que des ressources similaires existaient déjà le 3 septembre 2016 lors de l'expertise réalisée par le Dr H._____ qui a documenté des capacités de l'assurée à faire son lit, sa toilette, son

ménage (balayage, sans aspirateur, nettoyage d'une vitre par jour), les repas (déjeuner et dîner), quelques courses au village, à vider le lave-vaisselle, à nourrir les poissons, à s'occuper de ses trois chats et à se promener dans le village (cf. rapport du 7 septembre 2016 du Dr H. _____, p. 9-10 [dossier OAI-[...] p. 490 s.]). Au demeurant, il y a lieu de rappeler que le degré d'invalidité de l'assurée, en tant que personne ayant exercé une activité lucrative avant la survenance de l'invalidité, doit être déterminé en application de la méthode générale de comparaison des gains qui implique l'évaluation de la capacité résiduelle de travail de l'assurée et non celle de sa capacité sur le plan ménager.

7.6.6 Il résulte de ce qui précède que l'amélioration de la capacité respectivement de l'incapacité de travail de l'assurée dans une activité lucrative adaptée à l'état de santé – prétendument passée de 0% à 70% respectivement de 100% à 30% – n'est motivée par l'expert L. _____ d'une manière qui n'est ni suffisante ni convaincante.

7.7 Compte tenu de tout ce qui précède, force est de constater que le rapport d'expertise SMR bidisciplinaire établi le 9 juillet 2018 par le Dr L. _____ retient, sans la motiver comme il se devrait, une amélioration de l'état de santé de l'assurée, alors qu'au vu des pièces au dossier, celle-ci n'apparaît ni établie ni stabilisée (cf. art. 88a al. 1 RAI). Dans ces circonstances, le rapport d'expertise SMR ne répond pas aux réquisits jurisprudentiels sévères posés en la matière (cf. supra consid. 7.3.1 et 7.3.2), de sorte que le Tribunal ne saurait lui conférer valeur probante.

8.

A défaut de se fonder sur un rapport d'expertise établissant de manière probante une amélioration sensible de l'état de santé respectivement de la capacité de travail de la recourante, l'OAIE échoue à rapporter la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, d'une diminution notable du degré d'invalidité au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (cf. consid. 7 ss supra) et doit en supporter les conséquences (cf. arrêts du TAF C-2687/2017 du 3 février 2022 consid. 9.6 et C-6800/2014 du 26 mai 2020 consid. 15). Aussi, est-ce à tort qu'il a diminué à $\frac{1}{4}$ le droit à la rente entière de la recourante. Il y a, par conséquent, lieu d'annuler la décision entreprise du 7 novembre 2018 et de réintégrer la recourante dans son droit à une rente entière à compter du 1^{er} janvier 2019 le tout avec suite d'intérêts moratoires (art. 26 al. 2 LPGA).

9.

Sur le vu de ce qui précède, il n'y a pas lieu d'examiner les griefs de la

recourante relatifs au calcul de son degré d'invalidité. Le Tribunal relève, néanmoins, que l'administration ne pouvait pas procéder au calcul de l'invalidité et diminuer la rente avant que les possibilités théoriques de travail n'aient été confirmées à l'aide de mesures médicales de réhabilitation et/ou de mesures d'ordre professionnel. En effet, l'assurée, née le (...) 1963 qui a bénéficié d'une rente entière depuis décembre 2004 soit pendant près de 14 ans, avait 55 ans au moment déterminant du prononcé de la décision litigieuse le 7 novembre 2018, de sorte qu'elle appartient à la catégorie d'assurés dont il convient de présumer qu'ils ne peuvent en principe pas entreprendre de leur propre chef tout ce que l'on peut raisonnablement attendre d'eux pour tirer profit de leur capacité résiduelle de travail (cf. ATF 148 V 321 consid. 7.3 et 141 V 5 consid. 4 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_178/2014 du 29 juillet 2014 consid. 7 et 9C_368/2010 du 31 janvier 2011 consid. 5.1.1 ; s'agissant de la possibilité [ou non] d'octroyer des mesures de réadaptation à un assuré domicilié dans un pays de l'Union européenne, voir les arrêts du TF 9C_846/2018 du 29 novembre 2019 consid. 5.3 et 9C_368/2010 du 31 janvier 2011 consid. 5.4 ; dans un contexte différent : ATF 145 V 266 et réf. cit.).

10.

10.1 La recourante, qui obtient gain de cause, ne supporte pas de frais de procédure (art. 63 al. 1 PA). L'avance de frais de 800 francs versée lui sera restituée dès l'entrée en force du présent arrêt. Aucun frais de procédure ne peut être mis à la charge de l'autorité inférieure (art. 63 al. 2, 1^{ère} phrase PA).

10.2 Le Tribunal peut allouer à la partie qui a entièrement ou partiellement obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés (art. 64 al. 1 PA et art. 7 ss du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]). Les honoraires d'avocat sont calculés en fonction du temps nécessaire à la défense de la partie représentée (art. 10 al. 1 FITAF). Selon l'art. 14 FITAF, les parties qui ont droit aux dépens et les avocats commis d'office doivent faire parvenir avant le prononcé un décompte de leurs prestations au tribunal (al. 1). A défaut de décompte, le tribunal fixe l'indemnité sur la base du dossier (al. 2, 2^e phrase.). En l'espèce, la recourante a agi par l'intermédiaire d'un représentant n'ayant pas produit de note d'honoraires. Compte tenu du travail déployé par ce dernier (en particulier un mémoire de neuf pages et une réplique de cinq pages), il y a lieu d'admettre qu'il convient d'allouer à la recourante, à charge de l'autorité inférieure une

indemnité de dépens équitable de 2'800 francs sans TVA (art. 1 et 8 de la loi fédérale du 12 juin 2009 régissant la taxe sur la valeur ajoutée [RS 641.20 ; LTVA]).

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est admis et la décision du 7 novembre 2018 est annulée.

2.

La recourante est rétablie dans son droit à une rente entière à partir du 1^{er} janvier 2019, le tout avec suite d'intérêts moratoires.

3.

Il n'est pas perçu de frais de procédure. L'avance de frais de 800 francs versée par la recourante lui sera restituée dès l'entrée en force du présent arrêt.

4.

Il est alloué une indemnité de dépens d'un montant de 2'800 francs à la recourante à charge de l'autorité inférieure.

5.

Le présent arrêt est adressé à la recourante, à l'autorité inférieure et à l'OFAS.

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

La présidente du collège :

Le greffier :

Caroline Gehring

Simon Gasser

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). 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 :