

BVGer C-5417/2016 vom 24. Oktober 2019

Bundesverwaltungsgericht, 2019-10-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-5417_2016

FR: TAF C-5417/2016 du 24 octobre 2019

IT: TAF C-5417/2016 del 24 ottobre 2019

Regeste

Droit à la rente

Erwägungen

E. 3

La présente affaire présente un aspect transfrontalier dans la mesure où la recourante est une ressortissante française domiciliée en France voisine - État membre de l'Union européenne (UE) - en même temps qu'elle travaillait en Suisse à l'époque des faits déterminants, de sorte qu'il y a lieu d'appliquer, à la présente cause, l'accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP, RS 0.142.112. 681) conclu entre la Suisse et la Communauté européenne et ses États membres, dont l'annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 8 ALCP). Dans ce contexte, l'ALCP et l'art. 80a LAI font référence depuis le 1er 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 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 (ci-après règlement n° 987/2009, RS 0.831.109. 268.11; art. 1 al. 1 de l'annexe II en relation avec la section A de l'annexe II). Conformément à l'art. 4 du règlement n° 883/2004, les personnes, auxquelles ce règlement s'applique, bénéficient en principe des mêmes prestations et sont soumises aux mêmes obligations, en vertu de la législation de tout État membre, que les ressortissants de celui-ci. Dans la mesure où l'ALCP et son annexe II ne prévoient pas de disposition contraire, la procédure ainsi que les conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité sont déterminées exclusivement d'après le droit suisse (art. 8 ALPC; art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004; ATF 130 V 253 consid. 2.4). Même après l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend à une rente de l'assurance-invalidité suisse est ainsi déterminé exclusivement d'après le droit suisse (ATF 130 V 253 consid. 2.4).

E. 4.1

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

E. 4.2

Le Tribunal ne peut prendre en considération que les rapports médicaux établis antérieurement à la décision attaquée, à moins que ceux établis ultérieurement ne permettent de mieux comprendre l'état de santé et la capacité de travail de l'assuré jusqu'à la

décision sujette à recours (ATF 130 V 445 consid. 1.2.1, 121 V 362 consid. 1b) et qu'ils soient de nature à influencer l'appréciation du cas au moment où la décision attaquée a été rendue (arrêt du TF 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2). Les faits qui sont survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1; arrêt du TF 9C_839/2017 du 24 avril 2018 consid. 4.2).

E. 4.3

In casu, les rapports médicaux établis après la décision litigieuse du 7 juillet 2016 (cf. infra consid. 8) - en particulier ceux des 5 septembre 2016 et 14 février 2017 du Dr E. _____ (neurochirurgien) et des 5 septembre 2016 et 27 février 2017 du Dr G. _____ (spécialiste de la douleur) - seront pris en considération dès lors qu'ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation des faits au moment où la décision attaquée a été rendue (cf. consid. 9 et ss infra).

E. 5.1

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); si au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (let. c).

E. 5.2

Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18e anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI) et sous réserve d'un délai d'attente d'une année à compter du début de l'atteinte à la santé (art. 28 al. 1 let. b LAI; supra consid. 5.1). La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 2 LAI). En l'espèce, l'assurée a déposé une demande de rente le 20 août 2013, de sorte que son droit à une rente ne s'ouvre qu'à partir du mois d'avril 2014, soit à l'issue du délai de carence d'une année suivant l'incapacité de travail survenue dès le 15 avril 2013 (cf. supra lettre A).

E. 5.3

L'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 2 LAI). L'art. 29 al. 4 LAI prévoit que les rentes correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse. Suite à l'entrée en vigueur le 1er juin 2002 de l'ALCP (cf. consid. 3), cette restriction n'est pas applicable lorsqu'un assuré est un ressortissant suisse ou de l'UE et réside dans l'un des États membres de l'UE (ATF 130 V 253 consid. 2.3; art. 4 et 7 du règlement n° 883/04).

E. 5.4

Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 LPGA). L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). Elle est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI).

E. 5.5

L'incapacité de gain constitue toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré, sur un marché du travail équilibré, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. L'assurance-invalidité suisse couvre ainsi seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique, et non la maladie en tant que telle (ATF 116 V 246 consid. 6). De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA).

E. 5.6

Par incapacité de travail, l'on entend toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

E. 6.1

En cas de rentes rétroactives limitées dans le temps, les dispositions relatives à la révision sont applicables. Selon l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5).

E. 6.2

En cas de décision simultanée sur l'octroi d'une rente et son remplacement par une autre rente ou même sa suppression, le changement est régi par l'art. 88a RAI. Selon son al. 1, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, 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 maintienne 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. En allouant rétroactivement une rente d'invalidité dégressive et/ou temporaire, l'autorité administrative règle un rapport juridique sous l'angle de l'objet de la contestation et de l'objet du litige. Lorsque seule la réduction ou la suppression des prestations est contestée, le pouvoir d'examen du juge n'est pas limité au point qu'il doive s'abstenir de se prononcer en ce qui concerne des périodes à propos desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause (ATF 125 V 413). Il n'y a aucune différence si l'office AI rend en même temps une ou plusieurs décisions (ATF 131 V 164 consid. 2.3.4).

E. 7.1

Bien que l'invalidité soit ainsi une notion juridique et économique, les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la

santé et pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré. Précisément, la tâche des médecins consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne assurée est incapable de travailler. Il leur appartient de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé, en exposant les motifs qui les conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail (ATF 132 V 93 consid. 4, 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1; voir ég. ATF 140 V 193 consid. 3.2).

E. 7.2

Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2, 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a; arrêt du TF 9C_453/2017 du 6 mars 2018 consid. 4.2). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 135 V 465 consid. 4.4, 125 V 351 consid. 3; arrêt du TF 9C_555/2015 du 23 mars 2016 consid. 5.2). La valeur probante d'une expertise est de plus liée à la condition que l'expert dispose de la formation spécialisée nécessaire, de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (cf. arrêts du TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et la référence, 9C_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1; cf. Michel Valterio, Commentaire Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], [ci-après : Commentaire LAI], 2018, art. 57 n° 37). En présence d'avis contradictoires, le Tribunal doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt qu'une autre. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contienne des contradictions manifestes ou ignore des éléments essentiels ou lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires objectivement vérifiables - de nature notamment clinique ou diagnostique - aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert (cf. ATF 125 V 351 cons. 3b/aa, 118 V 220 consid. 1b et les références; aussi les arrêts du TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 et 4.1.2, I 131/03 du 22 mars 2004 consid. 2.2).

E. 7.3

Quant aux rapports établis par les médecins traitant, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance issue du mandat thérapeutique qui l'unit à ce dernier (ATF 135 V 465 consid. 4.5, 125 V 351 consid. 3a/cc). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitant ou spécialistes (expertises privées) consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête (cf. arrêt du TF I 321/03 du 29 octobre 2003 consid. 3.1; Valterio, Commentaire LAI, art. 57 n° 48). Toutefois, le simple fait qu'un certificat médical ou une expertise de partie soit établi et produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa

valeur probante. 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 (cf. ATF 125 cité consid. 3b/dd). En particulier, les rapports des médecins traitant peuvent mettre en doute la fiabilité et le caractère concluant des avis médicaux émanant de l'assureur. Il conviendra ainsi d'ordonner une expertise externe (art. 44 LPGA) si des doutes, mêmes faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées à l'interne (cf. ATF 135 V 465 consid. 4, 4.4-4.6).

E. 7.4

S'agissant des documents produits par le service médical d'un assureur étant partie au procès (art. 59 al. 2bis LAI), le Tribunal fédéral n'exclut pas que l'assureur ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci. Dans de telles constellations, il convient toutefois de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 139 V 225 consid. 5.2, 135 V 465 consid. 4.6, 122 V 157 consid. 1d, 123 V 175 consid. 3d, 125 V 351 consid. 3b ee; arrêt du TF 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1). Le simple fait qu'un avis médical divergeant - même émanant d'un spécialiste - ait été produit ne suffit toutefois pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport établi par le service médical de l'assureur (cf. arrêt du TF U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1). Le fait que ces médecins soient liés à l'assureur, d'un point de vue institutionnel ou par un rapport de travail, ne permet pas, pour ce seul motif, de douter de l'objectivité de leur appréciation. Le Tribunal fédéral n'y voit pas de motif de partialité ou de subjectivité (ATF 135 V 465 consid. 4.4).

E. 8.1

Procédant à l'instruction de la présente cause, l'OAIE a recueilli la documentation suivante sur le plan économique : - un questionnaire pour l'employeur daté du 23 septembre 2013 duquel il ressort que l'assurée a travaillé à 80% depuis le 1er avril 2000 (dernier jour de travail le 14 avril 2013) comme opératrice de production dans l'horlogerie, activité exercée essentiellement en position assise au binoculaire et n'impliquant pas de port de charges (Dossier AI p. 26) ; - un rapport d'enquête ménagère daté du 24 novembre 2014 et complété le 1er décembre suivant, selon lequel le taux d'empêchements dans l'accomplissement des tâches ménagères de la recourante s'élève à 23% ([recte : 21%] ; Dossier AI p. 54).

E. 8.2

Sur le plan médical, l'instruction de la cause a porté au dossier la documentation suivante : - un rapport du 7 janvier 2013 du Dr H. _____ (rhumatologue) selon lequel l'assurée souffre d'une lombosciatique droite. Une 2ème infiltration épidurale n'a pas eu d'effet. Le spécialiste n'observe pas d'élément clinique de gravité, mais, vu l'intensité des douleurs ressenties et l'échec du traitement médical, il ordonne une IRM (Dossier AI p. 122) ; - un rapport de scanner lombaire du 24 avril 2013 objectivant en L4-L5 une discopathie dégénérative avec débord discal circonférentiel sans hernie individualisée, responsable d'un effet de masse modéré sur le sac dural, les racines L5 étant normales. En L5-S1, la Dre I. _____ observe en outre une discopathie dégénérative débutante sans hernie individualisée ni retentissement sur le sac dural et les racines S1 (Dossier AI p. 134) ; - un rapport du Dr H. _____ (rhumatologue) du 2 juillet 2013 qui observe chez l'assurée un

tableau typique de lombosciatique S1 droite de mécanisme discal. Le spécialiste fait état d'une amélioration de l'état de santé, sous réserve de gonalgies droites persistantes, et recommande d'effectuer une IRM des sacro-iliaques (Dossier de la compagnie d'assurances B. _____ p. 44) ; - un rapport d'IRM des sacro-iliaques du 31 juillet 2013 notant l'absence de signes IRM en faveur d'une atteinte inflammatoire des sacro-iliaques (Dossier AI p. 133) ; - un rapport du Dr D. _____ (généraliste) du 5 août 2013 posant le diagnostic de lombo-sciatalgies et établissant une incapacité totale de travail du 19 avril au 15 août 2013 (Dossier de la compagnie d'assurances B. _____ p. 3) ; - un rapport du 17 septembre 2013 du Dr H. _____ (rhumatologue) faisant état de lombosciatalgies droites de type discal - existant depuis avril 2013 - incompatibles avec le port de charges et la station debout statique prolongée (Dossier AI p. 22) ; - un rapport du Dr D. _____ (généraliste) de septembre 2013 diagnostiquant une lombosciatique droite chronique entraînant une incapacité totale de travail dans l'activité exercée. Les restrictions professionnelles sont susceptibles d'être réduites par des mesures médicales, de même qu'une reprise de l'activité professionnelle ou à tout le moins une amélioration de la capacité de travail est envisageable à partir du 1er octobre 2013 (Dossier AI p. 30) ; - un rapport d'expertise du Dr J. _____ (rhumatologue) du 9 octobre 2013 (examen du 7 octobre 2013) qui retient le diagnostic de lombalgies avec pseudo-sciatalgies du membre inférieur droit sur discopathies protrusives en L4-L5 et L5-S1. Il n'observe aucune pathologie justifiant une incapacité de travail significative et durable dans une activité telle que celle d'ouvrière en horlogerie. Il suggère une psychothérapie compte tenu de la composante de trouble somatoforme douloureux et une reprise de l'activité lucrative en un premier temps à 50%, à augmenter à une pleine capacité de travail dans un délai maximum de 6 semaines (Dossier de la compagnie d'assurances B. _____ p. 6 ss) ; - un rapport d'IRM rachidienne lombaire du 5 février 2014 écartant une discopathie significative, de même qu'une hernie discale expliquant une symptomatologie douloureuse droite, mais relevant un canal rachidien lombaire constitutionnellement peu large avec relative étroitesse marquée en L4-L5 (Dossier AI p. 130) ; - une attestation médicale du Dr D. _____ (généraliste) du 10 février 2014 mentionnant que la patiente souffre depuis un an d'une douleur de type lombosciatique droite chronique et qu'un avis chirurgical a été requis (Dossier de l'assurance B. _____ p. 41) ; - un rapport du Dr D. _____ (généraliste) du 26 février 2014 qui indique que la patiente présente une douleur de type lombo-sciatique tronquée chronique droite. Le médecin, qui doute de l'organicité du problème douloureux de l'assurée, observe néanmoins une étroitesse marquée du canal lombaire en L4-L5 (Dossier de la compagnie d'assurances B. _____ p. 50) ; - un rapport du 13 mars 2014 du Dr E. _____ (neurochirurgien) qui observe une hernie discale L4-L5 sur un canal lombaire limite étroit et envisage une intervention chirurgicale (Dossier AI p. 124) ; - un rapport du Dr E. _____ (neurochirurgien) du 26 mars 2014 posant le diagnostic de hernie discale lombaire L4-L5 sur canal lombaire étroit avec complications de lombosciatique droite entraînant une incapacité totale de travail du 11 mars 2014 au 15 avril 2014 (Dossier de la compagnie d'assurances B. _____ p. 55) ; - un avis du Dr K. _____ (généraliste) du 2 avril 2014 posant le diagnostic de lombosciatique S droite évoluant depuis un an et d'une hernie discale L4-L5 sur canal lombaire étroit (pce TAF 12, annexe 13) ; - un rapport du 15 avril 2014 dans lequel le Dr E. _____ (neurochirurgien) observe toujours les mêmes symptômes chez une patiente souffrant de douleurs lombaires irradiant le long de sa jambe droite au moindre effort physique ou en position assise - la patiente ne pouvant plus conduire sa voiture - et confirme son indication en faveur d'une arthrolyse avec libération

du canal rachidien par voie postérieure (Dossier AI p. 44) ; - un rapport du Dr D. _____ (généraliste) du 4 mai 2014 mentionnant une indication d'arthrodèse L4-L5 et une incapacité de travail de 100% (Dossier AI p. 42), - un protocole opératoire dont il appert que le 18 juin 2014, le Dr E. _____ (neurochirurgien) a pratiqué une arthrodèse par voie mini-invasive et recalibrage du canal rachidien à la suite d'une hernie discale L4-L5 sur canal étroit (Dossier de la compagnie d'assurances B. _____ p. 107) ; - un rapport post-opératoire du 21 août 2014 indiquant un contrôle satisfaisant avec matériel d'ostéosynthèse et d'arthrodèse L4-L5 en place (Dossier de la compagnie d'assurances B. _____ p. 106) ; - un scanner du rachis lombaire du 6 décembre 2014 attestant d'un matériel d'arthrodèse intersomatique antérieur et postérieur en place en L4-L5, de l'absence aux différents étages explorés de hernie discale et de conflit disco-radiculaire. L'exploration en fenêtres osseuses ne met pas en évidence d'ostéolyse focale suspecte ni de canal lombaire étroit (Dossier AI p. 132) ; - un rapport d'IRM du rachis cervical du 6 décembre 2014 concluant à un bilan lésionnel négatif (Dossier AI p. 131) ; - un rapport du Dr C. _____ (généraliste) du 7 décembre 2014 qui indique que la patiente présente un état de santé stationnaire, dont l'évolution est non favorable. La patiente se trouve sous traitement morphinique, porte une ceinture lombaire et présente une incapacité totale de travail (Dossier AI p. 64) ; - un rapport SMR du 5 janvier 2015 établi par les Drs L. _____ et M. _____ (spécialisations non indiquées) qui constatent que l'assurée a bénéficié d'une prise en charge médicale puis chirurgicale, qu'elle présente une incapacité totale de travail durable depuis le 15 avril 2013, de sorte qu'il convient de requérir l'avis du chirurgien traitant (Dossier AI p. 69) ; - un rapport du Dr N. _____ (rhumatologue) du 24 janvier 2015 consulté en raison de l'engourdissement du membre inférieur droit persistant depuis avril 2013 avec douleurs, fessalgies et fatigabilité à la marche. Ce médecin constate une raideur lombaire modérée, pas de Lasègue, pas de déficit sensitif ou moteur des membres inférieurs, pas de dénervation L5 ou S1 droit (Dossier AI p. 126) ; - un rapport du Dr E. _____ (neurochirurgien) daté du 30 janvier 2015 diagnostiquant une hernie discale lombaire L4-L5 traitée par arthrodèse pratiquée le 18 juin 2014. Lors du dernier contrôle effectué le 23 décembre 2014, l'assurée souffrait encore de douleurs lombaires et fessières. Le neurochirurgien atteste une incapacité de travail de 100% depuis le 17 juin 2014 dans l'activité habituelle de l'assurée et retient diverses limitations fonctionnelles (notamment éviter le port de charges supérieures à 10 kg, les positions uniquement assise et debout ainsi que les rotations en position assise et debout, l'ascension d'une échelle/d'un échafaudage, les activités impliquant de marcher en terrain irrégulier, de se pencher) (Dossier AI p. 76) ; - un rapport SMR établi le 9 mars 2015 par les Drs L. _____ et M. _____ constatant un état de santé non stabilisé et préconisant d'attendre le prochain rapport médical du neurochirurgien traitant (Dossier AI p. 84) ; - un rapport du 24 mars 2015 du Dr E. _____ (neurochirurgien) faisant état d'une aggravation de l'état de santé, décrivant la persistance de douleurs lombaires et fessières droites, réservant tout pronostic et retenant une incapacité totale de travail (Dossier AI p. 86) ; - un rapport du 2 avril 2015 du Dr E. _____ (neurochirurgien) qui constate, à neuf mois d'une arthrodèse lombaire, que l'évolution reste très péjorative avec une douleur persistante au niveau lombaire qui irradie parfois jusqu'à la cage thoracique, de type oppression, les radiographies montrant un matériel bien en place (Dossier AI p. 128) ; - un rapport SMR des Drs L. _____ et M. _____ établi le 7 avril 2015 recommandant la mise en oeuvre d'un examen SMR rhumatologique et psychiatrique compte tenu de la persistance d'une incapacité totale de travail et de l'évocation d'une composante somatoforme (Dossier AI p. 91) ; - un rapport d'IRM lombaire du 23 juillet 2015

soulignant l'absence d'image de contrainte radiculaire (Dossier AI p. 127) ; - un rapport du Dr C. _____ (généraliste) établi le 25 juillet 2015 qui indique la persistance d'un syndrome douloureux (lombosciatalgie) entraînant une impotence fonctionnelle (périmètre de marche limité à quelques centaines de mètres), la chirurgie n'a pas amélioré les symptômes, une médication par morphine Lyrica® et Seroplex® depuis quelques semaines suite à un syndrome anxio dépressif réactionnel à cet état, tableau évocateur d'une douleur de désafférentation séquellaire de la lésion radiculaire ; la patiente présente un status psychologique affaibli et a besoin d'être soutenue (Dossier AI p. 120) ; - un rapport SMR d'examen clinique rhumatologique et psychiatrique établi le 4 août 2015 (examens du 28 juillet 2015) par les Drs O. _____ (spécialiste en médecine interne et rhumatologie) et P. _____ (psychiatrie) qui retiennent les diagnostics de lombocruralgies droites dans le cadre de discrets troubles statiques du rachis et d'un status après recalibrage du canal rachidien et arthrodèse par voie mini-invasive pour hernie discale L4-L5 sur canal étroit (M.54.4) entraînant une incapacité de travail totale dans toute activité lucrative du 15 avril 2013 au 17 décembre 2014. Depuis le 18 décembre 2014, la recourante présente une capacité de travail limitée à 70% dans son activité habituelle d'opératrice d'horlogerie en raison de la position assise prolongée, mais de 100% dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire (Dossier AI p.106 ss); - un rapport SMR établi le 24 août 2015 par le Dr M. _____ (spécialisation non indiquée) qui reprend à son compte les conclusions du rapport d'examen rhumatologique et psychiatrique SMR susmentionné. Il relève de son appréciation qu'aucun traitement médical susceptible d'améliorer de manière significative la capacité de travail ne peut raisonnablement être exigé de l'assurée (Dossier AI p. 136 ss) ; - un rapport du Dr C. _____ (généraliste) du 4 novembre 2015 signalant une pathologie lombaire non résolue, la patiente nécessitant un traitement lourd (morphine, Lyrica, antalgiques) empêchant toute reprise du travail à ce stade, ses activités étant limitées à quelques gestes de la vie quotidienne, ses trajets limités à quelques kilomètres en voiture (Dossier AI p. 149) ; - un rapport SMR du Dr M. _____ du 24 novembre 2015 qui relève que l'assurée présente toujours une pathologie lombaire non résolutive selon son médecin traitant et suit un traitement antalgique lourd. Des hospitalisations prévues en neurochirurgie et en rééducation fonctionnelle sont à même d'améliorer une situation clinique connue. Bien que la situation de l'assurée soit à même de s'améliorer sur un état de santé jugé stable et évalué par expertise, le SMR préconise de poursuivre l'instruction médicale à l'issue desdites hospitalisations (Dossier AI p. 157) ; - un rapport du Dr E. _____ (neurochirurgien) du 3 février 2016 qui observe que les douleurs exprimées par la patiente restent plus ou moins identiques avec peut-être une légère aggravation depuis le début de l'année 2016, surtout des douleurs glutéales à droite et parfois en position couchée, le long du membre inférieur droit dans le territoire de L5, alors même que l'IRM du mois de juillet 2015 ne montre pas d'anomalie des disques adjacents à celui arthrodésé L4-L5. Le Dr E. _____ suggère la pose d'un neurostimulateur médullaire (Dossier AI p. 167) ; - un rapport du Dr E. _____ (neurochirurgien) du 23 février 2016 qui signale un état stationnaire avec la persistance des douleurs lombaires et sciatalgiques droites, traitées médicalement, entraînant une incapacité totale de travail dans toute activité (Dossier AI p. 165) ; - un rapport du Dr C. _____ (généraliste) du 13 mars 2016 qui observe un état de santé stationnaire avec la persistance de douleurs malgré le traitement médical, dont l'évolution n'apparaît pas favorable et est très réservée dans l'attente de l'implantation d'un neurostimulateur médullaire, l'incapacité totale de travail persistant à ce stade ; même de courts déplacements de quelques kilomètres se

révèlent problématiques (Dossier AI p. 166) ; - un rapport du Dr G. _____ (spécialiste de la douleur) du 27 avril 2016 observant un état de santé stationnaire, confirmant la persistance d'une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle de l'assurée, retenant une capacité de travail dans une activité adaptée et préconisant une neurostimulation médullaire (Dossier AI p. 168) ; - un avis SMR du Dr M. _____ du 9 mai 2016 qui retient un état de santé stationnaire depuis le rapport d'expertise du 4 août 2015 et confirme ses conclusions du 24 août 2015, soit que l'assurée dispose depuis le 18 décembre 2014 d'une capacité de travail de 70% dans l'exercice de son activité habituelle et de 100% dans celle d'une activité adaptée (Dossier AI p. 172) ; - un rapport du Dr E. _____ (neurochirurgien) du 25 mai 2016 prescrivant l'hospitalisation de sa patiente en vue de l'implantation d'un neurostimulateur médullaire prévue le 13 juin 2016 (Dossier AI p. 210) ; - un rapport du Dr C. _____ (généraliste) du 31 mai 2016 qui indique que l'assurée suit un traitement lourd, qu'elle doit bénéficier de l'implantation d'un neurostimulateur en juin 2016 et qui mentionne être très surpris de l'indication d'une reprise d'activité à 100% (Dossier AI p. 178) ; - un rapport du Dr (rhumatologue) du 31 mai 2016 évoquant des douleurs lombaires irradiant dans le membre inférieur droit selon un trajet plutôt L5 paresthésiant jusqu'au dos du pied. Les douleurs, majorées en position assise, sont associées à une fessalgie droite et semblent majorées depuis 3 mois. Il indique un périmètre de marche à 500 mètres avec canne. Le spécialiste observe un Lasègue à 45° droit, pas de déficit moteur et des hanches libres. Il estime que la symptomatologie s'oriente vers une étiologie radiculaire droite malgré l'absence de conflit évident sur l'IRM (pce TAF 12 annexe 35c) ; - un rapport du 1er juillet 2016 du Dr E. _____ (neurochirurgien) relatant la pose d'un neurostimulateur médullaire pratiquée le 13 juin 2016 suivie le 16 juin de son ablation en raison de majoration des douleurs et d'un déficit moteur au niveau des 2 membres inférieurs. Les suites ont été marquées par une amélioration immédiate du déficit moteur. Le médecin indique qu'une réévaluation des douleurs dans quelques mois serait souhaitable (pce TAF 1 annexe) ; - un rapport du 30 août 2016 du Dr C. _____ (généraliste) attestant en faveur de la recourante, d'un arrêt de travail à temps complet du 1er au 30 septembre 2016 pour raison médicale (pce TAF 1 annexe) ; - une attestation du Dr E. _____ (neurochirurgien) du 5 septembre 2016 mentionnant que l'état de santé de la recourante ne lui permet pas de reprendre quelque activité que ce soit, même à temps partiel (pce TAF 1 annexe) ; - un certificat du 5 septembre 2016 du Dr G. _____ (spécialiste de la douleur) mentionnant que sa patiente est incapable de reprendre une quelconque activité professionnelle même à temps partiel (pce TAF 1 annexe) ; - un rapport du Dr E. _____ (neurochirurgien) du 14 février 2017 faisant état d'un traitement régulier en neurochirurgie et également dans un centre antidouleur, constatant l'échec de l'intervention chirurgicale pratiquée le 13 juin 2016 de la pose d'un neurostimulateur médullaire, un suivi actuel par des perfusions mensuelles en hôpital de jour, soulignant que l'état actuel de la patiente ne lui permet en aucun cas de reprendre une activité professionnelle. Si les traitements du centre antidouleurs ne devaient pas fonctionner, une éventuelle reprise chirurgicale pour tentative de pose d'un neurostimulateur pourrait être envisagé d'ici quelques mois (pce TAF 21 annexe 42) ; - un rapport rédigé par le Dr G. _____ (spécialiste de la douleur) le 27 février 2017 qui note un suivi pour des lombalgies en barre résistantes à de nombreux traitements ainsi que pour un point douloureux sur la face postérieure de la cuisse droite. Ce médecin énonce un traitement actuel par neurostimulation transcutanée et préconise une rééducation active et des conseils de protection lombaire. Il déplore le défaut de rééducation active chez une patiente travaillant en Suisse et faisant de longs trajets en voiture. Il souligne le caractère

indispensable d'une rééducation, les douleurs étant invalidantes et la patiente se sentant incapable de reprendre une activité quelconque professionnelle. Il relève que la patiente ne signale plus de douleurs radiculaires qui l'avaient conduit à proposer une neurostimulation médullaire qui s'était soldée par un échec. Il évoque une prise en charge complexe et difficile (pce TAF 21 annexe 43).

E. 9

Pour déterminer si c'est à tort ou à raison que l'OAIE a supprimé le droit à la rente, il y a lieu d'examiner si le taux d'invalidité de la recourante s'est modifié de manière à influencer le droit à celle-ci, en comparant l'état de santé ainsi que la capacité de travail correspondante ayant présidé à l'octroi de la prestation (consid. 9.1 infra) avec ceux ayant fondé la suppression de celle-ci à partir du 1er avril 2015 (consid. 9.2 infra).

E. 9.1

Il est constant que l'assurée a souffert, de longue date, de douleurs lombaires basses (lombosciatalgies droites) persistantes et résistantes à de multiples traitements tels acupuncture, ostéopathie, balnéothérapie, kinésithérapie, infiltrations épidurales (cf. rapports des 7 janvier, 2 juillet, 17 septembre 2013 du Dr H. _____ [rhumatologue] ; Dossier AI p. 122, Dossier de la compagnie d'assurances B. _____ p. 44, Dossier AI p. 22 ; rapport du Dr J. _____ du 9 octobre 2013 [Dossier de la compagnie d'assurances B. _____ p. 6]). Au fil des ans, les douleurs se sont accentuées, en particulier en janvier 2013, période à partir de laquelle l'assurée a ressenti un point douloureux au niveau de la face postérieure de la partie supérieure de la cuisse droite irradiant jusqu'au mollet. Des fourmillements dans le pied droit - en particulier en position assise prolongée durant laquelle les fourmillements s'étendaient dans tous les orteils du pied droit - ainsi qu'un engourdissement du membre inférieur droit se sont ajoutés à ces douleurs, au point que l'assurée a été placée en arrêt de travail à partir d'avril 2013. Les investigations médicales ont permis de diagnostiquer dans un premier temps un canal rachidien lombaire constitutionnellement peu large avec relative étroitesse marquée en L4-L5, puis une hernie discale L4-L5 sur un canal lombaire étroit avec complications de lombosciatique droite opérée le 18 juin 2014 par voie d'arthrodèse et recalibrage du canal rachidien (IRM rachidienne lombaire du 5 février 2014 [Dossier AI p. 130] ; rapport du 26 mars 2014 du Dr E. _____ [neurochirurgien] ; Dossier de la compagnie d'assurances B. _____ p. 107). Compte tenu de ces troubles, l'OAIE a alloué à la recourante, au terme du délai d'attente d'une année, une rente entière dès le 1er avril 2014 jusqu'au 1er avril 2015, correspondant à un degré d'invalidité de 84,2%, respectivement à une incapacité totale de travail dans toute activité lucrative exercée à 80% dès le 15 avril 2013 (taux d'invalidité 80%) et à un taux d'empêchement de 21% dans les tâches ménagères exercées à 20% (taux d'invalidité 4,2%), prestation qui n'est ni contestée, ni contestable.

E. 9.2

À l'appui de la suppression du droit à la rente dès le 1er avril 2015, l'OAIE s'est fondé sur le rapport d'examen clinique SMR du 4 août 2015 et a considéré qu'à la faveur d'une amélioration de son état de santé, la recourante aurait recouvré à partir du 18 décembre 2014 une capacité de travail de 70% dans son activité professionnelle habituelle et de 100% dans une activité adaptée à la pathologie ostéoarticulaire (cf. décision du 7 juillet 2016 [Dossier AI pce 202]).

E. 9.2.1

À lecture du dossier, il apparaît cependant que la recourante a exprimé sans discontinuité jusqu'à la décision litigieuse et au-delà, des lombalgies, des fessalgies ainsi que des douleurs au niveau du membre inférieur droit (cf. rapports du 7 décembre 2014 du Dr C. _____ [Dossier AI p. 64], des 20 janvier, 24 mars et 2 avril 2015, 3 et 23 février 2016 du Dr E. _____ [Dossier AI p. 76, 86, 128, 165, 167]). Le SMR a retenu, à la suite du rapport SMR d'examens cliniques rhumatologique et psychiatrique du 4 août 2015, les diagnostics - avec incidences sur la capacité de travail - de lombocrualgies droites dans le cadre de discrets troubles statiques du rachis et d'un status après recalibrage du canal rachidien et arthrodèse par voie mini-invasive pour hernie discale L4-L5 sur canal étroit (M.54.4) (cf. rapport du 24 août 2015 du Dr M. _____ [Dossier AI p. 136]). Une médication à base de dérivés morphiniques et qualifiée de lourde par le SMR (cf. rapport du 24 novembre 2015 du Dr M. _____ [Dossier AI p. 157]) a été prescrite durablement à l'assurée (cf. rapports du Dr C. _____ des 7 décembre 2014 [Dossier AI p. 64], 25 juillet 2015 [Dossier AI p. 120]). Moins d'un mois avant le prononcé de la décision litigieuse, la recourante a subi l'implantation d'un neuro-stimulateur médullaire dans le cadre du traitement constant de ses douleurs (cf. rapports des 3 et 23 février 2016 du Dr E. _____ [Dossier AI p. 165, 167] et du 27 avril 2016 du Dr G. _____ [Dossier AI p. 168]). Ledit implant a dû être retiré trois jours plus tard en raison d'une majoration des douleurs et d'un déficit moteur au niveau des deux membres inférieurs (cf. rapports des 1er juillet 2016 et 14 février 2017 du Dr E. _____ [TAF pce 1, annexes, et pce 21 annexe 42]), de sorte qu'aucun soulagement n'a pu être apporté à la recourante et que le traitement des douleurs a perduré, le Dr G. _____ décrivant dans un rapport daté du 27 février 2017 une prise en charge complexe et difficile (cf. TAF pce 21 annexe 43). Pareil état de santé se révélait incompatible avec l'exercice d'une activité lucrative - fût-elle adaptée - de l'avis unanime des médecins traitants de l'assurée, hormis un rapport du 30 janvier 2015 du Dr E. _____ (Dossier AI p. 76) dont l'appréciation n'a pas été maintenue (cf. rapport du 24 mars 2015 [Dossier AI p. 86] et suivants).

E. 9.2.2

Cela étant, il n'apparaît pas que l'état de santé de la recourante se soit amélioré d'une manière notable et durable au sens de l'art. 17 LPGA dans les 6 mois ayant suivi l'intervention chirurgicale subie le 18 juin 2014. En particulier, l'on ne voit pas en quoi l'assurée aurait recouvré une capacité entière de travail dans une activité adaptée à partir du 18 décembre 2014. Les considérations retenues en ce sens dans la décision litigieuse s'opposent à l'évolution de l'état de santé ressortant du dossier et n'emportent pas la conviction de la Cour de céans, dès lors qu'elles constituent un avis isolé (cf. arrêts du TF U 307/05 du 8 janvier 2007 consid. 6.2 ; 9C_253/2013 du 17 juin 2013 consid. 3.2). En outre, elles s'opposent à l'avis du Dr M. _____ (médecin SMR) qui préconisait, le 24 novembre 2015, de poursuivre l'instruction médicale à l'issue des hospitalisations de l'assurée prévues en neurochirurgie et rééducation fonctionnelle (cf. Dossier AI p. 157). Enfin, elles s'appuient sur un rapport médical dépourvu de valeur probante selon les considérants suivants (cf. consid. 10 infra).

E. 10

La décision contestée est fondée sur le rapport d'examen clinique établi le 4 août 2015 par les Drs O. _____ et P. _____.

E. 10.1

Selon la jurisprudence développée en matière de révision du droit à la rente et applicable par analogie en cas d'octroi d'une rente limitée dans le temps (supra consid. 6), la valeur probante d'une expertise médicale établie en vue d'une révision dépend largement du fait de savoir si elle explique d'une manière convaincante la modification survenue de l'état de santé. Les experts doivent alors prendre en considération que la modification de l'état de santé doit être notable et qu'une nouvelle appréciation du cas, alors que les circonstances sont demeurées inchangées, ne constitue pas un motif de révision (ATF 141 V 9 consid. 2.3; 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 p. 183 ss; Valterio, Commentaire LAI, art. 31 n° 11). Une évaluation médicale considérée pour elle-même en soi complète, convaincante, qui serait probante dans le cadre d'une évaluation initiale à la base de l'octroi initial de prestations, ne revêt en général par conséquent pas la valeur probante juridique requise si l'évaluation médicale (par rapport à une évaluation médicale antérieure divergente) n'établit pas suffisamment dans quelle mesure un changement effectif de l'état de santé a eu lieu. Sont réservées les situations dans lesquelles une modification des états de santé sont évidents (cf. l'arrêt du TF 9C_418/2010 du 29 août 2011 consid. 4.2).

E. 10.2

Dans leur rapport d'examen clinique SMR du 4 août 2015, les Drs O. _____ (rhumatologue) et P. _____ (psychiatre) expliquent, en bref et pour l'essentiel, que le status neurologique de l'assurée est parfaitement normal. Les examens radiologiques post-opératoires ne livrent aucune image de contrainte disco-radicaire ou d'étranglement canalaire, aucune anomalie de signal des plateaux ou des corps vertébraux, aucune hernie discale ou conflit disco-radicaire, aucun signe d'ostéolyse focale suspecte ni de canal lombaire étroit. Ils constatent que la patiente présente un rachis cervical tout à fait normal. Ils n'observent pas non plus de contrainte radicaire du rachis lombaire. En l'absence d'un syndrome irritatif ou déficitaire sensitivomoteur, ils excluent une douleur de désafférentation séquellaire à la lésion radicaire. À défaut d'indication biomécanique, ils retiennent les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de lombocruralgies droites dans le cadre de discrets troubles statiques du rachis et un status après recalibrage du canal rachidien et arthrolyse par voie mini-invasive pour hernie discale L4-L5 sur canal étroit (M.54.4) et considèrent que l'assurée présente depuis le 18 décembre 2014 - soit à 6 mois de l'intervention chirurgicale - une capacité de travail limitée à 70% d'un 100% dans son activité habituelle d'opératrice d'horlogerie en raison de la position assise prolongée, respectivement de 100% dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéo-articulaire, à savoir une activité privilégiant un travail sédentaire en position assise avec possibilité d'alterner 2 x par heure la position assise et debout, sans soulèvement régulier de charges de plus de 5 kg, sans port régulier de charges supérieures à 8 kg, sans position en porte-à-faux du tronc, sans exposition à des vibrations, sans position debout ni marche prolongée, sans travail impliquant de monter sur des échafaudages (Dossier AI p. 116-117).

E. 10.3

Ce faisant, les examinateurs SMR retiennent une amélioration de l'état de santé de la recourante sur la seule base du dossier radiologique qui n'objective aucune lésion somatique.

E. 10.3.1

Pour autant, ils ne se déterminent pas sur les lombocruralgies qu'ils diagnostiquent. Si les importantes plaintes de la recourante sont dûment retranscrites avec les limitations de mobilité énoncées par l'assurée (douleurs à la région lombaire droite ainsi qu'à la face postérieure de la partie supérieure de la cuisse droite avec irradiation parfois le long du membre droit, importantes cervicalgies; maintien de la position assise limité à 20 min.; maintien de la station debout immobile limité à 10 min.; périmètre de marche limité à 20 min.; prise de dérivés morphiniques [Durogesic®, Klipal®]; [AI p. 108 ss]), elles ne sont pas pour autant discutées par les examinateurs SMR. En particulier, ces derniers n'expliquent pas en quoi les douleurs diagnostiquées ainsi que les traitements antalgiques qualifiés de lourds n'empêcheraient pas, à leur avis, la recourante d'exercer son métier dans l'horlogerie de précision (travail au binoculaire nécessitant une attention soutenue), plus généralement une activité lucrative adaptée, alors même que la seule amélioration de la symptomatologie algique signalée se résume à la disparition des douleurs dans la partie inférieure de la jambe droite, laissant persister celles au niveau de la partie supérieure de la face postérieure de la cuisse droite, de la face externe de la cuisse droite, les lombalgies et les fessalgies. Ils n'expliquent pas non plus en quoi, la recourante pourrait continuer d'exercer une activité sédentaire en position assise avec possibilité d'alterner 2 x par heure la position assise et debout, sans position debout ni marche prolongées, alors qu'aux dires de la patiente, les lombalgies et les fessalgies n'ont pas diminué et que la position assise est limitée à 20 minutes par les douleurs lombaires et par le point douloureux de la partie supérieure de la face postérieure de la cuisse droite.

E. 10.3.2

Il y a lieu d'ajouter la présence au dossier de multiples rapports médicaux émis par l'ensemble des médecins traitant de l'assurée - au nombre desquels figurent un neurochirurgien et un spécialiste de la douleur - dont les constats cliniques ne sont aucunement discutés par les examinateurs SMR. Les Drs C. _____ et E. _____ ont en particulier indiqué, à six et neuf mois de l'arthrodèse pratiquée le 18 juin 2014, que leur patiente souffrait toujours de douleurs lombaires et fessières, impliquant la prise de dérivés morphiniques et le port d'une ceinture lombaire. L'évolution de son état de santé restait très défavorable avec une douleur persistante au niveau lombaire irradiant parfois jusqu'à la cage thoracique. La patiente présentait une incapacité totale de travail et tout pronostic était réservé (cf. rapport des 7 décembre 2014 et 25 juillet 2015 du Dr C. _____ [médecin traitant généraliste] ; Dossier AI p. 64 ; cf. rapports des 30 janvier, 24 mars et 2 avril 2015 du Dr E. _____ [neurochirurgien] ; Dossier AI, p. 76, 86, 128). Les examinateurs SMR qui retiennent une capacité de travail totale dans une activité adaptée à partir du 18 décembre 2014 ne se déterminent aucunement sur les considérations contraires susmentionnées.

E. 10.3.3

Force est par conséquent de constater que l'évaluation médicale que le rapport d'examen SMR contient, n'établit pas dans quelle mesure un changement effectif de l'état de santé de la recourante aurait eu lieu, pareille modification n'étant manifestement pas évidente in casu. À défaut de démontrer de manière convaincante en quoi l'état de santé de la recourante aurait subi une amélioration notable au sens de l'art. 17 LPGA, ce rapport ne revêt pas la valeur probante requise par la jurisprudence susmentionnée (cf. consid. 10.1 supra).

E. 11

Enfin, la Cour de céans observe que la question de la capacité de travail de la recourante - fermement contestée par les médecins traitants - aurait dû inciter l'administration à mettre en place des mesures d'observation professionnelle afin d'évaluer la capacité de travail résiduelle effective de l'assurée. Compte tenu de la configuration médicale complexe et du fait que l'assurée n'exerçait plus d'activité lucrative depuis avril 2013, l'autorité inférieure ne pouvait pas faire l'impasse sur une mesure d'observation professionnelle afin d'établir l'aptitude au travail et la résistance à l'effort de la personne assurée, voire sur des mesures de réadaptation lui permettant d'exploiter concrètement sa capacité de travail résiduelle médico-théorique sur le marché équilibré du travail (cf. art. 7 al. 1 LPGA et art. 16 LPGA; cf. arrêt du TF 9C_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.2.2 et les références, in SVR 2011 IV n° 30 p. 86; voir également arrêt du TF 9C_368/2010 du 31 janvier 2011 consid. 5).

E. 12

Il résulte de ce qui précède qu'en statuant sur la base d'un état de santé labile et d'un rapport médical dépourvu de valeur probante, sans avoir procédé au complément d'instruction préconisé par le Dr M. _____ dans son rapport du 24 novembre 2015 (cf. Dossier AI p. 157), ni ordonné de mesures d'observation professionnelle tout au moins, l'OAIE n'a pas satisfait à son devoir d'instruction. Il y a par conséquent lieu d'annuler la décision entreprise et de renvoyer le dossier à l'autorité inférieure en application de l'art. 61 al. 1 PA afin qu'elle complète son instruction en ordonnant la mise en oeuvre d'une expertise rhumatologique auprès d'un expert indépendant (art. 44 LPGA). Si des évaluations complémentaires dans les domaines de la neurochirurgie et de la psychiatrie notamment devaient s'avérer nécessaires, l'autorité inférieure ordonnera une expertise pluridisciplinaire dans le respect des droits de participation de l'assurée (cf. ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.9) en application de la plateforme d'attribution aléatoire SuisseMED@P au sens de l'art. 72bis al. 2 RAI (cf. ATF 139 V 349 consid. 5.2.1). Le ou les experts seront invités à se prononcer de façon précise et appropriée sur l'état de santé et la capacité de travail de l'assurée dans son ancienne activité et dans des activités adaptées depuis l'intervention chirurgicale du 18 juin 2014 jusqu'à l'établissement de leur rapport. Bien que le renvoi doive rester exceptionnel compte tenu de l'exigence de célérité de la procédure (cf. art. 29 de la Constitution fédérale [Cst., RS 101]), il est en l'occurrence justifié dès lors que l'autorité inférieure n'a pas instruit une question déterminante pour l'examen du droit aux prestations (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 ; arrêt du TF 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.2). Tant l'expertise rhumatologique que l'éventuelle expertise pluridisciplinaire seront pratiquées en Suisse, l'organisme d'évaluation mandaté devant maîtriser les principes d'évaluation prévalant dans la médecine d'assurance suisse (cf. arrêt du TF 9C_235/2013 du 10 septembre 2013 consid. 3.2). La recourante étant domiciliée en France, l'on ne voit de surcroît pas de motifs pour lesquels l'exécution en Suisse de cette expertise pourrait se révéler une mesure disproportionnée.

E. 13.1

Selon la jurisprudence, la partie qui a formé recours contre une décision en matière de prestations sociales est réputée avoir obtenu gain de cause lorsque l'affaire est renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision (ATF 132 V 215 consid. 5.6). Compte tenu du renvoi de l'affaire pour complément d'instruction (supra consid. 12), la recourante a obtenu gain de cause (voir ATF 132 V 215 consid. 6.2 s'agissant

du renvoi) et, à ce titre, elle ne doit pas participer aux frais de procédure conformément à l'art. 63 al. 1 PA. L'avance de frais de 800.- francs, versée par la recourante (TAF pces 2 à 4), lui sera restituée dès l'entrée en force du présent arrêt. L'OAIE, en tant qu'autorité, ne doit pas non plus participer aux frais de procédure (cf. art. 63 al. 2 PA).

E. 13.2

Conformément aux art. 64 al. 1 PA et 7 al. 1 FITAF (RS 173.320.2), le Tribunal peut allouer à la partie ayant entièrement ou partiellement obtenu gain de cause, une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés. Lorsque le Tribunal n'a pas reçu de décomptes (cf. art. 14 al. 2 FITAF; arrêts du TF 2C_730/2017 du 4 avril 2018 consid. 3.4; 2C_422/2011 du 9 janvier 2012 consid. 2), il fixe l'indemnité d'office, en tenant compte de l'importance et de la difficulté du litige, ainsi que du travail et du temps que le représentant du recourant a dû y consacrer. En l'occurrence, il convient d'allouer à la recourante une indemnité de dépens de 2'800 francs à charge de l'OAIE (frais compris; cf. art. 9 al. 1 let. c FITAF).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.