



Cour III
C-3767/2011

Arrêt du 24 août 2012

Composition

Francesco Parrino (président du collège),
Elena Avenati-Carpani, Daniel Stufetti, juges,
Pascal Montavon, greffier.

Parties

A. _____,
recourante,

contre

**Office de l'assurance-invalidité pour les assurés
résidant à l'étranger (OAIE),**
avenue Edmond-Vaucher 18, case postale 3100,
1211 Genève 2,
autorité inférieure.

Objet

Assurance-invalidité, décision du 8 juin 2011.

Faits :**A.**

La ressortissante française A. _____, née le 14 janvier 1968, subit un accident de la route en date du 28 janvier 1989 ayant entraîné un traumatisme crânien avec coma glasgow 3, une fracture frontale gauche, une otorragie gauche. A cette époque elle était au bénéfice d'un baccalauréat et d'un diplôme de commerce ainsi que d'une expérience de divers brefs emplois de réceptionniste (pce 10 p. 2). Dans un rapport du 14 mars 1989 du Service de neurochirurgie de l'Hôpital cantonal de Genève, le diagnostic de traumatisme crânien cérébral au décours et de persistance d'un syndrome frontal fut retenu avec une évolution satisfaisante du point de vue neurologique sans déficit moteur. Le risque d'une persistance d'un syndrome frontal fut énoncé (pce 6, p. 2). Cet accident, dont elle se remit progressivement, ne fut pas sans incidence sur ses capacités mnésiques et plus généralement sur sa personnalité. Elle développa de l'impulsivité, quelque agressivité, fut sujette à des réactions inadéquates, expressions compatibles avec des séquelles d'un syndrome psycho-organique post-traumatique (pce 6 p. 15). Une première reprise de travail à 50% dans l'entreprise maternelle de placement de personnel hospitalier pendant 3 mois se termina par un échec (pce 10 p. 2). Dans un rapport du 19 décembre 1989 le Dr B. _____, neurologue, nota une activité occupationnelle sans rentabilité en raison de troubles de l'attention, de la concentration, de la programmation et de la mémoire (pce 7 p. 8). Avec le temps son status s'améliora quelque peu et elle reprit une activité à 50% dès septembre 1990 dans une agence de placement (pce 10, p. 2) mais ne put faire face aux exigences du poste. L'intéressée déposa une demande de prestations d'invalidité auprès de l'Office de l'assurance invalidité du canton de Genève (OAI-GE) en date du 11 juin 1990 (pce 2). Des mesures de reclassement furent adoptées dès novembre 1990 par l'OAI-GE (pce 13) jusqu'en juin 1992 (pce 22). Ayant réussi dans ce cadre un diplôme de secrétaire bilingue, l'intéressée se mit en quête d'un emploi à 100% dès juillet 1992 avec le soutien de l'OAI-GE qui dans un rapport du 7 juillet 1992 releva toutefois la fragilité psychologique de l'assurée et une tendance dépressive marquée (pce 25). Il appert du CI de l'intéressée une réelle reprise d'activité lucrative à compter de 1994 (pce 37) qui dura plus de 10 ans non documentée au dossier.

B.

En date du 6 novembre 2007 l'intéressée, en instance de divorce et mère de deux enfants, déposa une demande de prestations d'invalidité auprès de l'OAI-GE indiquant une activité d'assistante administrative auprès d'un

employeur depuis le 1^{er} décembre 1999 et invoquant une atteinte à sa santé sous forme de migraines et céphalées (pce 28, cf. ég. pce 57 p. 2). Quatre questionnaires à l'employeur datés des 15 novembre 2007, 15 mai, 17 novembre 2008 et 2 février 2009 firent état de nombreuses interruptions de travail pour cause de maladie notamment de juin 2005 à octobre 2007 (pce 34), de décembre 2007 à avril 2008 (pce 43), de janvier à octobre 2008 (pce 47), de janvier 2008 à janvier 2009 (pce 51). Ce dernier questionnaire indiqua une activité de 36 h./sem. depuis le 1^{er} janvier 2008 passant à un 80% du 1^{er} mars au 31 août 2009. Un rapport du Dr C._____, médecine interne, daté du 30 avril 2009, indiqua un suivi jusqu'en février 2008 (pce 53). Par décision du 25 juin 2009 l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés domiciliés à l'étranger (OAIE) rejeta la demande de prestations au motif que l'intéressée ne présentait pas d'incapacité de travail durable selon les éléments médicaux et professionnels au dossier (pce 56). Cette décision entra en force sans être contestée.

C.

Par acte du 31 mars 2011 l'intéressée déposa auprès de l'OAI-GE une nouvelle demande de prestations d'invalidité indiquant une activité exercée du 1^{er} décembre 1999 au 30 juin 2010 en dernier lieu à 90% et une incapacité de travail de 100% depuis le 10 juillet 2010 en raison de céphalées très importantes depuis le 1^{er} janvier 2008 (pce 57).

Dans le cadre de l'instruction de cette demande l'OAI-GE porta notamment au dossier les documents ci-après:

- une attestation de licenciement de l'employeur de l'assurée au 30 juin 2011 indiquant un arrêt maladie sans interruption depuis le 2 septembre 2010 (pce 61, p. 3),
- plusieurs attestations d'arrêt maladie et de prescriptions médicales signées du Dr D._____, médecine générale, concernant les années 2010 et 2011 (pce 61, p. 4-13),
- un rapport de tomodensitométrie encéphalique daté du 23 mars 2010 sans indications particulières autres que de type séquellaire (pce 61 p. 14),
- un rapport d'IRM cérébral descriptif daté du 29 juin 2010 sans indications particulières (pce 61 p. 15),

- un rapport d'IRM cérébral daté du 9 juillet 2010 indiquant une mucocèle ethmoïdale droite et l'intérêt d'un avis ORL (pce 61 p. 16),
- un rapport médical ORL daté du 8 novembre 2010 confirmant la présence d'une mucocèle ethmoïdale (pce 61 p. 20),
- 3 rapports du Dr E._____, Hôpitaux de Lyon, des 4 et 17 novembre 2010 et du 3 janvier 2011 n'indiquant pas de lien de son avis entre les douleurs et la mucocèle précitée et relevant que les douleurs avaient fortement diminué (pce 61, p. 22-24),
- un rapport d'IRM cérébral du 8 février 2011 n'indiquant pas d'évolutivité (pce 61, p. 25) et un rapport d'analyses de laboratoire du 4 février 2011 (pce 61 p. 26),
- un rapport de radiographie du rachis cervical face daté du 11 avril 2011 indiquant une absence de tassement vertébral, l'intégrité du mur vertébral postérieur et pas de pincement des espaces inter-somatiques (pce 61, p. 29),
- un rapport d'échographie abdominale du 11 mars 2011 indiquant une imagerie dans la norme (pce 61, p. 30),
- un rapport de consultation neurologique du 24 mars 2011 de la Dresse F._____ indiquant un examen strictement normal, retenant le diagnostic de céphalées chroniques quotidiennes, préconisant un suivi régulier et également une prise en charge non médicamenteuse (pce 61, p. 32).

D.

Invité par l'OAI-GE à se déterminer sur le bien-fondé d'une entrée en matière sur la nouvelle demande de prestations, le Service médical régional AI par avis du 4 mai 2011 indiqua que les affections de l'assurée étaient les mêmes que celles de la précédente demande de novembre 1997 et que l'ensemble des documents médicaux adressés par l'assurée ne permettaient pas de justifier une quelconque interruption de travail (pce 64).

E.

Par projet de décision du 11 mai 2011, l'OAI-GE informa l'assurée qu'il n'était paru de la documentation médicale présentée, selon son service médical, aucune justification d'une quelconque incapacité de travail de longue durée et qu'en conséquence la demande de prestation était rejetée. L'OAI-GE précisa que la capacité de travail de l'intéressée était pré-

servée et qu'il n'y avait pas de lien de causalité entre son atteinte à la santé et son incapacité de travail actuelle (pce 66).

L'intéressée s'opposa à ce projet par acte du 23 mai 2011 indiquant être en arrêt maladie depuis le 2 septembre 2010 et avoir connu de nombreux arrêts pour les mêmes motifs depuis 2006. Elle conclut à une expertise médicale par les médecins de l'AI et à l'octroi d'une rente ou d'une réorientation professionnelle (pce 68).

Par décision du 8 juin 2011 l'OAIE rejeta la demande de prestations pour les motifs énoncés dans le projet de décision, relevant que le courrier du 23 mai 2011 n'apportait aucun élément nouveau (pce 71).

F.

Contre cette décision, l'intéressée interjeta recours auprès du Tribunal de céans par acte du 1^{er} juillet 2011. Elle fit valoir souffrir depuis 2 ans d'une impossibilité à faire face aux exigences du monde professionnel, de céphalées constantes et d'insomnies, d'atteintes séquellaires neuropsychologiques depuis son accident de 1989. Elle indiqua, vu son licenciement au 30 juin 2011 pour raison de maladie, devoir recourir à l'assurance-invalidité (pce TAF 1). Elle joignit à son recours:

- un rapport médical de la Dresse G._____, médecine générale, consultante migraines et céphalées, daté du 19 avril 2011, rapportant les plaintes de fond douloureux et de crises unilatérales survenant 3 fois par semaine, la prise quotidienne d'antalgiques, d'antihistaminiques et d'antidépresseurs, un status sans particularité à l'examen clinique en dehors de tensions des muscles péri-crâniens, retenant le diagnostic de migraines anciennes et actuelles céphalées chroniques quotidiennes avec surconsommation d'antalgiques,
- une attestation du Dr D._____, médecine générale, sans date, indiquant un arrêt maladie pour cause de poly-pathologie, céphalées fronto-occipitales chroniques, algies faciales, mucocèle ethmoïdale droite post AVP avec traumatisme crânien, symptomatologie aggravée, état dépressif sur un fond permanent d'anxiété, migraines quasi permanentes, suivi psychiatrique régulier et pour les céphalées, traitement antidépresseur, antimigraines, antalgiques et anti-inflammatoires,
- un rapport de Mme H._____, psychologue spécialiste en psychothérapie, daté du 28 juin 2011, relatant un état anxio-dépressif récur-

rent dans le cadre d'un trouble sévère de la personnalité de type borderline, d'un suivi spécialisé depuis octobre 2005 par une psychothérapie régulière parfois bihebdomadaire, ayant permis de surmonter des périodes de crises et de rupture en particulier dans le monde du travail depuis 2007, une incapacité actuelle de faire face à des responsabilités professionnelles et ce depuis deux ans, notant la nécessité d'une expertise psychiatrique par un médecin,

- un certificat de travail daté du 24 juin 2011 faisant état de rapports de travail du 1^{er} décembre 1999 au 30 juin 2011 complété d'une attestation de licenciement pour raison de maladie datée du 6 avril 2011,
- une prolongation d'arrêt de travail du 17 au 31 juillet 2012 signée du Dr D._____.

G.

Par réponse du 11 août 2011 au recours, l'OAIE conclut à son rejet faisant sienne la prise de position de l'OAI-GE du 29 juillet 2011 fondée sur l'avis médical du SMR du 25 juillet 2011. Dans celle-ci l'OAI-GE proposa le rejet du recours relevant que les éléments médicaux apportés par la recourante n'étaient pas de nature à modifier ses conclusions. Il releva notamment que la lettre de la recourante n'apportait qu'une description de ses symptômes non documentée et que les seules plaintes subjectives d'un assuré ne suffisaient pas à fonder une invalidité. Il nota que le certificat de la Dresse G._____ n'apportait aucun élément nouveau, retenant une surconsommation d'antalgiques / antimigraineux connue pour engendrer des céphalées, la réduction de ladite consommation étant indiquée, que le certificat du Dr D._____ n'apportait rien de nouveau, que le certificat de Mme H._____ évoquait un trouble de la personnalité sans justification d'une incapacité durable de travail médicalement établie, un tel diagnostic devant émaner d'un médecin expert psychiatre, qu'en l'occurrence un trouble borderline invalidant ne pouvait être retenu après tant d'années d'activité (pce TAF 3).

Invitée à répliquer par ordonnance du 17 août 2011 notifiée le 22 août suivant (pces TAF 4 s.), la recourante ne répondit pas.

H.

Par décision incidente du 11 octobre 2011 le Tribunal de céans requit de la recourante une avance sur les frais de procédure de 400 francs, montant dont elle s'acquitta dans le délai imparti (pces TAF 6-8).

Droit :**1.**

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

1.2 Selon l'art. 37 LTAF la procédure devant le Tribunal de céans est régie par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) pour autant que la LTAF n'en dispose pas autrement. En vertu de l'art. 3 let. d^{bis} PA la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) est applicable. Selon l'art. 2 LPGA, les dispositions de ladite loi sont applicables aux assurances sociales régies par la législation fédérale si et dans la mesure où les lois spéciales sur les assurances sociales le prévoient. Selon l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26^{bis} et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA.

1.3 Selon l'art. 59 LPGA, quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir. Ces conditions sont remplies en l'espèce.

Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 PA), le recours est recevable.

2.

2.1 La recourante est citoyenne d'un Etat membre de la Communauté européenne. Par conséquent est applicable, en l'espèce, l'accord sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part, entré en vigueur le 1^{er} juin 2002 (ALCP, RS 0.142.112.681).

2.2 L'annexe II de l'ALCP qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale a été modifiée au 1^{er} avril 2012 (Décision 1/2012 du Comité

mixte du 31 mars 2012; RO 2012 2345). Toutefois, le cas d'espèce reste régi (par renvoi de l'art. 80a LAI) par la version de l'annexe II en vigueur jusqu'au 31 mars 2012 (cf. RO 2002 1527, RO 2006 979 et 995, RO 2006 5851, RO 2009 2411 et 2421) et selon laquelle les parties contractantes appliquent entre elles notamment les actes communautaires suivants: le règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté (RO 2004 121, RO 2008 4219, RO 2009 4831) – s'appliquant à toutes les rentes dont le droit prend naissance au 1^{er} juin 2002 et ultérieurement et se substituant à toute convention de sécurité sociale liant deux ou plusieurs Etats (art. 6 du règlement) – et le règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relatif à l'application du règlement (CEE) n° 1408/71 (RO 2005 3909, RO 2009 621, RO 2009 4845).

2.3 Selon l'art. 3 du règlement (CEE) n° 1408/71, les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne et les ressortissants suisses bénéficient de l'égalité de traitement. Selon l'art. 20 ALCP, sauf disposition contraire découlant de l'annexe II, les accords de sécurité sociale bilatéraux entre la Suisse et les Etats membres de la Communauté européenne sont suspendus dès l'entrée en vigueur du présent accord, dans la mesure où la même matière est régie par le présent accord. Dans la mesure où l'accord - en particulier son annexe II qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8 ALCP) - ne prévoit pas de disposition contraire, l'organisation de la procédure de même que l'examen des conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité suisse ressortissent au droit interne suisse.

2.4 De jurisprudence constante, l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (arrêt du Tribunal fédéral I 435/02 consid. 2 du 4 février 2003; Revue à l'intention des caisses de compensation [RCC] 1989 p. 330). Même après l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend à une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse.

3.

L'examen du droit à des prestations selon la LAI est régi par la teneur de la LAI au moment de la décision entreprise eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 136 V 24 consid. 4.3 et

les références). Les dispositions de la 5^{ème} révision de la LAI entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008 sont applicables et les dispositions citées ci-après sont celles en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2008. Ne sont en revanche pas applicables les dispositions de la 6^{ème} révision de la LAI (premier volet) en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647).

4.

4.1 La décision dont est recours fait suite à une demande de rente ayant été rejetée par décision du 25 juin 2009 de l'OAIE au motif que l'intéressée ne présentait pas d'incapacité de travail durable selon les éléments médicaux et professionnels.

4.2 En application de l'art. 87 al. 3 et 4 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande de l'assuré ne peut être examinée que si elle établit de façon plausible que l'invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Il appartient au demandeur d'apporter cette preuve. Le principe inquisitoire ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 3 RAI (ATF 130 V 68 consid. 5.2.5).

4.3 Le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire uniquement quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral I 597/05 du 8 janvier 2007). Si l'administration entre en matière sur la demande, elle doit instruire la cause et déterminer si la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré s'est effectivement produite (ATF 130 V 71 consid. 2.2).

4.4 En l'espèce, l'OAIE a examiné du point de vue matériel la nouvelle demande de prestations. Le Tribunal peut donc se limiter à examiner si la recourante remplit les conditions d'octroi d'une rente jusqu'au 8 juin 2011, date de la décision attaquée marquant la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 136 V 24 consid. 4.3 avec les réf).

5.

Tout requérant doit remplir cumulativement les conditions suivantes pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse:

- être invalide au sens de la LPGA/LAI et
- compter au moins trois années de cotisations (art. 36 LAI). Dans ce cadre, les cotisations versées à une assurance sociale assimilée d'un Etat membre de l'Union européenne (UE) ou de l'Association européenne de libre échange (AELE) peuvent également être prises en considération, à condition qu'une année au moins de cotisations puisse être comptabilisée en Suisse (FF 2005 p. 4065; art. 45 du règlement 1408/71).

En l'occurrence, la recourante a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus de trois années et remplit, partant, la condition de la durée minimale de cotisations. Il reste dès lors à examiner s'il est invalide au sens de la LAI.

6.

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

6.2 Un assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 2 LA). Suite à l'entrée en vigueur le 1^{er} juin 2002 de l'accord bilatéral entre la Suisse et la Communauté européenne, la restriction prévue à l'art. 29 al. 4 LAI - selon laquelle les rentes correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse (art. 13 LPGA) - n'est plus applicable lorsqu'un assuré est un ressortissant suisse ou de l'UE et y réside (ATF 130 V 253 consid. 2.3).

6.3 Selon l'art. 28 al. 1 LAI l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: a. sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux ha-

bituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles; b. il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable; c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40 % au moins. Une incapacité de gain de 20% doit être prise en compte pour le calcul de l'incapacité de travail moyenne selon la let. b de l'art. 28 al. 1 LAI (cf. chiffre 2010 de la Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence; Jurisprudence et pratique administrative des autorités d'exécution de l'AVS/AI [VSI] 1998 p. 126 consid. 3c).

6.4 Par incapacité de travail on entend toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, 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. 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 LPGGA). L'incapacité de gain est définie à l'art. 7 LPGGA et consiste dans 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. Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGGA dans sa nouvelle teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008).

7.

7.1 La requérante a notamment travaillé en Suisse comme employée de bureau du 1^{er} décembre 1999 au 30 juin 2010, en dernier lieu à 90%. Une demande de prestations AI alors déposée en novembre 2007 fut rejetée le 25 juin 2009 du fait que l'intéressée ne présentait pas d'invalidité au sens de la législation. Il appert du dossier que l'intéressée a eu plusieurs interruptions de travail pour cause de maladie de juin 2005 à janvier 2009. Après un arrêt maladie sans interruption depuis le 2 septembre 2010 elle fut licenciée au 30 juin 2011 et fut mise en incapacité de travail à 100% depuis le 10 juillet 2011 par son médecin traitant. Elle n'a plus repris d'activité lucrative depuis lors selon les pièces au dossier.

7.2 La notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGGA et à l'art. 4 LAI, est de nature juridique/économique et non pas médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre

seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique mentale ou psychique - qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident - et non la maladie en tant que telle. Selon l'art. 16 LPGA, applicable par le renvoi de l'art. 28a al. 1 LAI, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché de travail équilibré (méthode générale).

7.3 Selon une jurisprudence constante, les données fournies par le médecin constituent néanmoins un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, RCC 1991 p. 329 consid. 1c).

8.

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

8.2 Le Tribunal des assurances doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références).

9.

9.1 En l'espèce l'intéressée a déposé une demande de prestations d'invalidité le 31 mars 2011 en raison notamment de céphalées très importantes depuis le 1^{er} janvier 2008 et a joint plusieurs attestations d'arrêts maladie de son médecin traitant concernant les années 2010 et 2011. Elle fut également en arrêt maladie à de nombreuses reprises en 2008 et 2009. L'attestation de licenciement au 30 juin 2011 indique un arrêt maladie sans interruption depuis le 2 septembre 2010.

9.2 Du point de vue somatique on peut relever ce qui suit. Le rapport de tomodensitométrie du 23 mars 2010 ne fait pas état d'indications particulières autres que de type séquellaire en relation avec l'accident du 28 janvier 1989. Le rapport d'IRM cérébral descriptif du 29 juin 2010 est sans indication particulière. Le rapport d'IRM cérébral du 9 juillet 2010 indique une mucocèle ethmoïdale droite sans que celle-ci soit en relation avec les céphalées selon l'appréciation du Dr E._____ en dernier lieu du 3 janvier 2011. Le rapport de radiographie du rachis cervical face daté du 11 avril 2011 n'indique pas de tassement cervical, relève l'intégrité du mur vertébral postérieur et pas de pincement des espaces intersomatiques. Le rapport de consultation neurologique du 24 mars 2011 de la Dresse F._____ indique un examen strictement normal préconisant un suivi non médicamenteux.

Sur la base de cette documentation clinique le service médical de l'OAI-GE n'a pas retenu de justification à une incapacité de travail de longue durée. Selon le Tribunal de céans, cette appréciation sur la base de la documentation produite ne saurait être remise en cause sous l'angle somatique.

9.3

9.3.1 S'agissant des céphalées, il convient de relever qu'elles sont d'une certaine intensité - vu les pièces au dossier notamment du Dr D._____ – et affectent la recourante dans ses activités quotidiennes. Le rapport médical de la Dresse G._____, médecine générale, fait état des plaintes importantes de l'assurée et relève un status sans particularité à l'examen clinique en dehors de tensions des muscles péri-crâniens. Elle retient le diagnostic de migraines anciennes et actuelles céphalées chroniques quotidiennes avec surconsommation d'antalgiques préconisant un suivi ambulatoire sans se prononcer sur une incapacité de travail induite des atteintes à la santé.

Sur le plan psychologique il appert du dossier que l'intéressée présente une certaine fragilité non sans lien avec l'accident de la route qui l'affecta en janvier 1989. Bien qu'elle ait pu exercer depuis 1994 jusqu'à environ fin 2007 une activité lucrative à quasi plein temps sans rencontrer de problème majeurs, cette fragilité est toujours constante et ses nombreuses interruptions de travail depuis 2007 peuvent être en lien avec ladite fragilité. Son médecin traitant, le Dr D._____, fait état dans un rapport médical non daté (apparemment de peu avant le 1^{er} juillet 2011) d'un état dépressif sur un fond permanent d'anxiété et d'un suivi psychiatrique régulier. L'intéressée a produit de Mme H._____, psychologue spécialiste en psychothérapie, un rapport du 28 juin 2011 relatant un état anxio-dépressif récurrent dans le cadre d'un trouble sévère de la personnalité de type borderline, d'un suivi depuis octobre 2005 par une psychothérapie régulière parfois bihebdomadaire. Son rapport conclut à la nécessité d'une expertise psychiatrique par un médecin. La Dresse G._____ dans son rapport du 19 avril 2011 relève au titre des antécédents un syndrome dépressif réactionnel depuis 5 ans avec suivi psychothérapeutique.

9.3.2 En soi un suivi psychologique, aussi nécessaire que bénéfique soit-il, n'est pas probatoire d'un status psychiatrique invalidant. Toutefois, comme l'atteste la Dresse G._____ dans son certificat du 19 avril 2011, ainsi que le Dr D._____, l'intéressée présente des syndromes dépressifs réactionnels récurrents avec suivi psychothérapeutique et traitement antidépresseur. Cette pathologie n'a fait l'objet d'aucun examen médical approfondi. A ce sujet, le service médical de l'OAI-GE a exposé que le diagnostic de trouble sévère de la personnalité de type borderline ne saurait en principe être retenu s'agissant d'une personne qui pendant près de 10 ans a exercé une activité lucrative à quasi plein temps. Toutefois, en l'espèce il ne s'agit pas forcément d'un trouble sévère de la personnalité, mais plutôt de la question de savoir quelles sont les conséquences des syndromes dépressifs dont est affectée l'assurée sur sa capacité de travail résiduelle. A défaut de tout examen psychiatrique, le collège de céans n'est pas en mesure de statuer sur cette question.

Donnant suite à la recommandation de la psychologue et compte tenu du cadre historique de l'intéressée, il se justifie de retourner le dossier à l'Office de l'assurance-invalidité en application de l'art. 61 PA (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4) afin qu'il éclaire la gravité et la portée du syndrome dépressif par une expertise psychiatrique. Il appert de ce qui précède que le recours doit être partiellement admis, la décision attaquée

annulée et la cause renvoyée à l'autorité inférieure pour nouvelle décision au sens des considérants.

10.

10.1 La recourante ayant eu partiellement gain de cause dans le sens d'un renvoi de la cause à l'autorité inférieure (cf. ATF 132 V 215 consid. 6.2), il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 PA). L'avance de frais de 400 francs lui est remboursée.

10.2 La recourante ayant agi sans être représentée et n'ayant pas eu des frais nécessaires particulièrement élevés, elle n'a pas droit à une indemnité de dépens (art. 7 al. 1 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]).

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est partiellement admis et la décision du 8 juin 2011 annulée. La cause est renvoyée à l'autorité inférieure pour nouvelle décision au sens du considérant 9.3.2.

2.

Il n'est pas perçu de frais de procédure et l'avance de frais fournie de 400.- francs est restituée à la recourante.

3.

Il n'est pas alloué de dépens.

4.

Le présent arrêt est adressé :

- à la recourante (Recommandé avec avis de réception)
- à l'autorité inférieure (n° de réf. __; Recommandé)
- à l'Office fédéral des assurances sociales à Berne (Recommandé)

Le président du collège :

Le greffier :

Francesco Parrino

Pascal Montavon

Indication des voies de droit :

Pour autant que les conditions au sens des art. 82 ss, 90 ss et 100 ss de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110) soient remplies, la présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, par la voie du recours en matière de droit public, dans les trente jours qui suivent la notification. Le mémoire doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve, et être signé. La décision attaquée et les moyens de preuve doivent être joints au mémoire, pour autant qu'ils soient en mains du recourant (art. 42 LTF).

Expédition :