



---

Cour III  
C-6633/2011

## Arrêt du 7 janvier 2013

---

Composition

Francesco Parrino (président du collège),  
Beat Weber, Stefan Mesmer, juges,  
Pascal Montavon, greffier.

---

Parties

**A.** \_\_\_\_\_,  
représentée par Maître Gérard Brutsch,  
1211 Genève 4,  
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 2 novembre 2011).

**Faits :****A.**

La ressortissante suisse et française A.\_\_\_\_\_, née en 1981, en incapacité de travail depuis octobre 1999 quelque 10 jours après avoir commencé un apprentissage de fleuriste, a été mise au bénéfice d'une rente entière extraordinaire d'invalidité par décision du 10 juin 2008 de l'Office cantonal de l'assurance invalidité du canton de Genève (OAI-GE) à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2000 (pce 129). Cette décision faisait suite à l'arrêt de l'ancien Tribunal cantonal des assurances sociales de Genève du 12 septembre 2007. Cette instance, sur la base d'une expertise judiciaire du 30 avril 2007 du Dr B.\_\_\_\_\_, psychiatre, retint une incapacité de travail totale depuis octobre 1999 et une incapacité actuelle de s'engager dans un nouvel emploi ou d'entreprendre une formation en raison de la nécessité d'une prise en charge multidisciplinaire associant un soutien psychologique, un traitement pharmacologique, une aide sociale, des soins somatiques pour atteindre au plus, après prise en charge, une capacité de travail de 50% avec un rendement diminué. L'arrêt retint en particulier un trouble somatoforme douloureux en relation avec une atteinte psychique grave, soit un trouble de la personnalité qualifié de comorbidité importante, ne permettant pas des mesures de réinsertion mais nécessitant d'y pourvoir quand cela s'avérera possible de l'avis des personnes en charge du suivi de l'intéressée (pce 113).

Le Dr B.\_\_\_\_\_ releva notamment un syndrome douloureux somatoforme persistant, des troubles mixtes de la personnalité (traits de personnalité émotionnellement labile type borderline, anxieuse [évitante] et dépendante, agoraphobie et dysthymie), un trouble de la personnalité constituant l'élément majeur de la psychopathologie, un trouble somatoforme douloureux constituant une voie de cristallisation des conflits psychiques protégeant l'expertisée de certaines formes de passage à l'acte et/ou de compensation thymique sévère, ce qui expliquait qu'il ne fut pas nécessaire d'hospitaliser la recourante. L'expert nota que le trouble mixte de la personnalité représentait une comorbidité psychiatrique grave conduisant à une perturbation profonde des relations interpersonnelles, à une désinsertion sociale et à un isolement affectif complet, favorisant la survenue de troubles thymiques et anxieux (pce 94).

Par ailleurs il sied de relever qu'il fut retenu sur le plan somatique une subluxation externe des rotules, symptomatique à droite, un genou valgus sévère bilatéral avec tendinite à la patte d'oie à droite dont les douleurs liées se sont exacerbées au début de l'apprentissage en raison de port de

charges, agenouillements, déplacements en montant et descendant, une maladie de Hashimoto peu symptomatique, un syndrome des ovaires polykistiques, une obésité importante, un syndrome fémoro-patellaire, une hypothyroïdie fruste, atteintes à la base d'une symptomatologie douloureuse chronique, importante et invalidante pouvant être qualifiée de fibromyalgie ou de syndrome douloureux somatoforme persistant (pce 113).

En juin 2008 l'intéressée se domicilia dans le canton de Vaud et communiqua le 25 juin 2009 son départ pour la France à l'Office de l'assurance-invalidité de ce canton, qui transmet le dossier de l'assurée à l'Office de l'assurance-invalidité pour les personnes résidant à l'étranger (OAIE, pce 133 et 135).

## **B.**

En mai 2010 l'OAIE initia une révision du droit à la rente de l'assurée (pce 143) et porta au dossier les documents ci-après:

- Le questionnaire pour la révision de la rente daté du 12 mai 2010 selon lequel l'intéressée, enceinte, n'exerçait pas d'activité et n'en avait pas exercé depuis le 31 janvier 2008 (pce 146),
- Un rapport médical de l'ELSM de Périgueux du 15 septembre 2010 (consultation du 1<sup>er</sup> juillet), signé de la Dresse C.\_\_\_\_\_, n'indiquant pas de suivi thérapeutique notamment psychiatrique depuis 2007, une grossesse en cours sans particularité, faisant état des doléances de douleurs chroniques, principalement dorsales, qui peuvent se déclarer dans les genoux, les bras, d'une énorme fatigue, de troubles du sommeil, de petits états dépressifs liés aux atteintes citées, indiquant à l'examen clinique un status de 161cm/96kg, un très bon état général, un âge apparent adéquat à l'âge réel, une trophicité musculaire apparemment correcte, une présentation soignée, un bon status psychologique, une conversation calme et cohérente, un flux verbal normal, pas de ralentissement idéatoire ni moteur, un faciès neutre, pas d'irritabilité ni anxiété palpables, l'absence de tremblement, une marche sans boiterie, un accroupissement complet, une distance main-sol de 10cm, une montée sur la table d'examen aisée, des articulations normales et symétriques, des bruits du cœur réguliers, une auscultation pulmonaire sans particularité, un état psychiatrique satisfaisant, une vie de couple avec décision de grossesse en cours (depuis février 2010), un pronostic de capacité de travail supérieure à 50% "avec suppression médicale de l'invalidité" (pce 154),

- Un rapport de la Dresse D.\_\_\_\_\_ pour l'OAIE daté du 22 novembre 2010 rappelant les diagnostics connus de l'assurée, relevant que l'intéressée n'avait pas eu de suivi psychiatrique ni d'hospitalisation depuis le jugement de 2007 au vu des pièces au dossier, notant sur la base du dossier un status actuel stabilisé sur le plan psychiatrique et somatique sans évidence de psychopathologie invalidante, notant la nécessité d'une expertise pluridisciplinaire psychiatrique et rhumatologique pour évaluer l'évolution des atteintes précédemment retenues et la capacité de travail médicalement exigible dans des activités professionnelles et dans l'activité de mère au foyer (pce 158),
  
- Un rapport d'expertise psychiatrique du Dr E.\_\_\_\_\_ du 30 avril 2011, relevant les antécédents, notant que le suivi médicamenteux selon le rapport du 15 septembre 2010 de l'ELSM de Périgeux n'indiquait pas de substance psychotrope, relatant à l'anamnèse une bonne relation avec une mère prévenante, un père dévalorisant maintenu à distance avec un récent rapprochement, une bonne scolarité suivie de diverses formations entreprises et abandonnées, une relation avec son compagnon depuis 2009, une fille née en octobre 2010 se portant bien, indiquant au titre des affections actuelles rapportées des troubles dépressifs restés stables entre 2005 et 2010 à un niveau chiffré entre 80 à 100 d'un maximum de 100 mais un meilleur status depuis février 2011, l'indice des troubles dépressifs étant de 75 sur le même graphique, des douleurs allant de mal en pis évaluées entre 80 et 100 sur 100, relevant un suivi médical 2-4 fois par année pour obtenir sa prescription médicamenteuse, un suivi kiné à raison de 2 séances par semaine, indiquant des activités domestiques ménagères, des occupations liées aux soins à sa fille, de l'intérêt pour du bricolage, des émissions TV, des contacts avec le réseau social de son compagnon et sa famille, des liens étroits avec sa mère, indiquant au titre des plaintes actuelles un mal de dos "de pire en pire", des états dépressifs liés au fait de ne pouvoir s'occuper entièrement de sa fille en raison des douleurs, plus précisément sur questionnement des douleurs du rachis aux lombes chiffrées en constance 10 sur 10, aux épaules, à l'ensemble des grandes articulations, notant une baisse de confiance en soi, la difficulté de prendre des décisions, des troubles du sommeil, une symptomatologie anxieuse, de l'agoraphobie, relevant à l'examen objectif un status manifestement en surpoids (110kg/161.5cm) mais une mouvance aisée, un entretien sans signe d'algie avec recherche d'une position antalgique à une ou deux reprises durant les près de deux heures d'entretien, un status collaborant à l'entretien, orienté dans le temps et l'espace, parfaitement vigile, pas de troubles atten-

tionnels et mnésiques, pas de signe de déficit praxis ou gnosique, un jugement et un raisonnement parfaitement fonctionnels, pas de trouble du langage, pas d'affection psycho organique, une activité psychomotrice normale, pas de signe dépressif et en tout cas pas de signe d'une personne sévèrement déprimée, pas d'anxio-fébrilité, relevant un status familial avec son compagnon sans difficultés majeures, posant les diagnostics sans influence sur la capacité de travail de syndrome douloureux somatoforme persistant (CIM-10 F34.1), d'agoraphobie (F40.0), de trouble dysthymique (F34.1), de trouble mixte de la personnalité (F61.0), mettant l'accent sur le diagnostic de syndrome somatoforme persistant préféré in casu à celui de fibromyalgie compte tenu d'un substrat peu somatique, notant que la dysthymie était de type abaissement de l'humeur un jour sur deux toute la journée sans véritables épisodes dépressifs, la pathologie n'ayant rien de sévère et se trouvant en discordance avec la présentation générale de l'intéressée au même titre que d'autres discordances en relation avec diverses plaintes, retenant le trouble agoraphobique au sens clinique sans qualification de trouble phobique social et trouble panique, relevant reconnaître les caractéristiques d'un trouble de la personnalité avec des traits de personnalité borderline (impulsivité affective, choix professionnels), de dépendance chez une personne peu autonome et d'évitement, appréciant la comorbidité psychiatrique de l'intéressée non de nature invalidante du fait d'une basse acuité et chronicité, notant une évolution favorable de l'assurée depuis 2007 et en particulier depuis 2009 qui a noué une relation affective stable, a eu un enfant, s'est insérée correctement dans son nouveau cadre de vie en Dordogne, concluant à la possibilité pour l'intéressée sur le plan médico-théorique d'être à même de faire l'effort de surmonter les symptômes liés à son trouble somatoforme et à intégrer le monde du travail, bien que la motivation de l'intéressée et l'effort nécessaire soient sujets à caution, l'incapacité de travail sur le plan psychiatrique étant de 0% depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2010 (pce 174),

- 5 rapports radiologiques datés du 13 avril 2011 évoquant des mains, des pieds, des genoux, des épaules dans les normes, indiquant une discrète facetarthrose étagée de L3 jusqu'à S1, une attitude scoliotique à convexité droite de la colonne lombaire, pas de bascule du bassin (pces 176-180),
- Un rapport d'expertise rhumatologique daté du 3 mai 2011 signé de la Dresse F. \_\_\_\_\_, faisant largement état des documents antérieurs, évoquant un status actuel de mère conférant une grande joie, l'inté-

ressée déclarant pouvoir s'occuper tout à fait normalement de son enfant, apprécier jouer avec lui à genoux et assise par terre, notant une médication actuelle limitée, un tabagisme modéré cessé en 2009 avec le désir d'une grossesse, un excès pondéral subjectivement non préoccupant, relatant les plaintes actuelles de sommeil de mauvaise qualité depuis l'adolescence, une raideur diffuse des articulations accompagnant une fatigue matinale, des douleurs au rachis et aux membres supérieurs et inférieurs selon un schéma dessiné, les genoux n'étant pas mentionnés, indiquant un mode de vie tournant autour des tâches ménagères et les soins à l'enfant avec des activités de bricolage, culturelles (télévision), sociales (réception d'amis une fois par mois env.), notant un intérêt à la construction en cours d'une future maison dont l'assurée se réjouit, indiquant un suivi médical env. deux fois par année, la prise actuelle d'un traitement substitutif thyroïdien et d'un somnifère occasionnellement, un suivi occasionnel par un kinésithérapeute ou un ostéopathe, indiquant à l'examen objectif un status apparent préservé, eupnéique, un important excès pondéral, un comportement non algique, un status calme bien orienté, un rachis avec douleurs à la palpation, une distance doigts-sol de 20cm, pas de contracture musculaire localisée, une bonne mobilité des membres supérieurs, une mobilité des membres inférieurs normale, un bon status neurologique (focus de l'attention gardé, pas de manifestation de troubles de l'humeur, pas de démonstration de comportement algique pendant près de 3 heures d'observation, évocation de la joie procurée par son enfant), pas de tremor, pas de déficit sensitif ni moteur associé, une bonne agilité dans les mouvements, une fibromyalgie décelée selon les critères de l'American College of Rheumatology mais l'importance des handicaps décrits n'étant pas justifiée selon le status dont le suivi médical n'est pas régulier, ne retenant aucun diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail et les diagnostics ci-après, principalement, sans répercussion sur la capacité de travail, de syndrome douloureux somatoforme persistant (CIM-10 F.45.4), obésité massive (E.66.9), hypothyroïdie traitée (E.03.9), morphotype des genoux en valgus (M.21.0) sans complication arthrosique actuelle, ronchopathie (R.06.5), syndrome des ovaires polykystiques probable (E.28.2), troubles digestifs fonctionnels (K.59.0 et R.14), discopathie débutante L5-S1 sans élément compressif médullaire ni radiculaire actuel (M.51.9), relevant que l'intéressée ne présentait plus d'affection des genoux et qu'aucun des diagnostics évoqués était d'une gravité à générer une incapacité de travail au long cours, ne relevant aucune notion de tuméfaction ni de déformation articulaire, de syndrome inflammatoire, de signe d'appel pour les manifestations extra-

articulaires des rhumatismes inflammatoires, retenant une bonne mobilité à tous les niveaux articulaires, pas de limitation significative axiale, ni rhizomélique des indices d'amplitude articulaires, pas de déformation, pas de synovite, pas de ténosynovite, une évolution femoro-rotulienne bénigne sans luxation spontanée, ni épanchement récidivant, sans blocage, des quadriceps eutrophiques des deux côtés, pas d'évidence d'une tendinopathie patellaire, pas de synovite, bursite, signe d'épanchement au niveau des deux genoux, relevant que les critères d'exclusion pour une affection ostéoarticulaire somatique chronique, évolutive étaient remplis, notant une fibromyalgie au diagnostic relativement fiable associée à des phénomènes de majoration et de discordances multiples et sans qu'il y ait un substrat objectif pouvant offrir des arguments pour une maladie de l'appareil locomoteur chez une personne gérant son ménage de façon autonome, s'occupant de sa fille, sans médication régulière, sans suivi médical important, concluant à une réelle amélioration de l'état de santé depuis 1999-2000, l'intéressée n'ayant plus d'affection somatique donnant lieu à des limitations fonctionnelles comme celles en 1999-2000, ni à une incapacité de travail durable tant dans sa dernière activité que dans celle actuelle de ménagère avec un enfant en bas âge, soulignant que le pronostic favorable des gonalgies posé en 1999-2000 s'était confirmé, notant que l'intéressée n'avait pas eu d'interruption de la capacité de travail depuis le 31 janvier 2008 mise à part la période de grossesse depuis le 7<sup>ème</sup> mois selon l'assurée (pce 181),

- Une prise de position de la Dresse D.\_\_\_\_\_ du 10 juin 2011 pour l'OAIE retenant notamment les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant, agoraphobie, trouble dysthymique, trouble mixte de la personnalité, obésité massive, hypothyroïdie traitée, morphotype des genoux en valgus sans complication arthrosique actuelle, ronchopathie, syndrome des ovaires polykystiques probable, troubles digestifs fonctionnels, discopathie débutante L5-S1 sans élément compressif médullaire actuel, ne relevant pas de limitations fonctionnelles générales significatives, indiquant un état de santé stabilisé, retenant une pleine capacité de travail dans les activités antérieures depuis le 14 avril 2011, soulignant que l'expertise rhumatologique objectivait l'absence des limitations fonctionnelles qui étaient présentes en 1999-2000 avec une disparition du syndrome fémoro-patellaire qui avait motivé à l'époque une incapacité de travail temporaire dans l'activité de fleuriste, retenant une pleine capacité de travail pour cette activité ou toute autre activité similaire, soulignant également de l'expertise passée l'existence d'un trouble douloureux somatoforme persis-

tant associé à une dysthymie, soit un trouble dépressif chronique de peu de sévérité sans épisode dépressif typique, à un trouble agoraphobique non invalidant et à un trouble mixte de la personnalité non invalidant, mettant en exergue le fait que l'assurée avait mené à terme une grossesse sans troubles psychiatriques ni troubles après l'accouchement alors que cette période est à haut risque chez une personne présentant des fragilités sous-jacentes (pce 183),

- Un rapport de la Dresse G.\_\_\_\_\_, psychiatre, pour l'OAIE, daté du 27 juin 2011, corroborant les conclusions du Dr E.\_\_\_\_\_ ayant retenu une incapacité de travail de 0% depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2010 malgré un syndrome douloureux somatoforme persistant tout en relevant que l'intéressée, bien que disposant des ressources pour surmonter ses douleurs, ne paraissait pas prête à faire l'effort de volonté nécessaire pour mettre en valeur sa pleine capacité de travail, validant une pleine valeur probante à l'expertise qui n'avait pas relevé une comorbidité psychiatrique grave, une perte d'intégration sociale, un état psychique cristallisé bien que la maladie ait été de longue durée mais sans suivi psychiatrique ou traitement psychotrope depuis 2007, notant qu'il était indéniable que l'évolution de la situation avait été favorable sur le plan psychiatrique depuis 2007 avec une amélioration du trouble de la personnalité chez l'assurée (pce 185).

## **C.**

**C.a** Sur la base de la documentation médicale précitée, l'OAIE, par projet de décision du 5 août 2011, informa l'assurée qu'il était apparu de la procédure de révision du droit à la rente un état de santé amélioré au moins dès le 14 avril 2011, date de l'expertise psychiatrique du Dr E.\_\_\_\_\_, qui avait conclu à un syndrome douloureux somatoforme persistant comme diagnostic principal sans que puissent lui être associés une comorbidité psychiatrique grave, une perte d'intégration sociale, un état psychique cristallisé et que puissent être retenus un suivi psychiatrique ou un traitement psychotrope bien que la durée de la maladie soit de plus de dix ans. L'OAIE indiqua qu'en outre sur le plan rhumatologique il n'existait aucun diagnostic médical invalidant au niveau somatique, le syndrome fémoro-patellaire qui avait motivé l'incapacité de travail initiale ayant disparu, qu'en l'occurrence suite à l'amélioration de l'état de santé constatée il n'existait aucune incapacité de travail et donc aucune perte de gain (pce 186).

**C.b** L'intéressée s'opposa à ce projet par acte du 16 septembre 2011, représentée par Me S. Pardo, concluant au maintien de sa rente entière ou à la mise en œuvre d'une contre-expertise. Elle fit valoir que contrairement aux constatations de l'OAIE son état de santé ne s'était pas amélioré, qu'elle était incapable de surmonter ses douleurs (nuque, épaule, bras, dos, fesses, jambes, pieds), qu'elle était incapable d'accomplir les tâches courantes de nettoyage, les courses, de porter sa fille plus que quelques secondes, d'être en station debout ou assise prolongée, que sa fatigue était continue, chronique, qu'elle souffrait toujours d'insomnies ne lui permettant pas de récupérer, qu'elle était hyperémotive, anxieuse, qu'elle souffrait de pertes de mémoire et de troubles de concentration et de cognition, qu'elle devait prendre régulièrement des somnifères, des anti-inflammatoires et même des anxiolytiques dont les effets étaient très limités, que ses relations étaient limitées à son proche entourage redoutant le contact direct ou par téléphone de tiers, qu'elle était malade depuis 10 ans sans avoir bénéficié d'une quelconque rémission, que ses handicaps se manifestaient en position debout et à la marche. Elle indiqua que la fibromyalgie était de nos jours objectivable par des examens et qu'elle n'avait pas été invitée à se soumettre aux examens topiques de cette atteinte à la santé, qu'elle était disposée à se soumettre à une contre-expertise psychiatrique en France, un nouveau déplacement en Suisse lui paraissant impossible. Elle souligna n'être pas en mesure de faire face à son trouble somatoforme douloureux en raison de son importante comorbidité psychiatrique toujours présente. Elle joignit à son envoi une attestation de suivi médical de son médecin traitant le Dr H. \_\_\_\_\_, datée du 28 août 2011, indiquant sa médication (hypnotiques, AINS, antalgiques, anxiolytiques), des séances hebdomadaires de kinésithérapie pour cause de lombalgies, des troubles dermatologiques chroniques en relation avec la pathologie globale (pces 187-189).

**C.c** Invitée à se prononcer sur l'opposition, la Dresse G. \_\_\_\_\_ dans un rapport du 10 octobre 2011 nota que le certificat médical produit provenait du médecin traitant de l'assurée, et non d'un médecin psychiatre, qu'elle n'était pas suivie sur le plan psychiatrique depuis plusieurs années, qu'un tel document n'était pas susceptible d'apporter les preuves d'une aggravation de l'état de santé depuis la dernière expertise, qu'en l'occurrence le diagnostic retenu par le rhumatologue n'était pas celui de fibromyalgie mais à l'instar du psychiatre de trouble somatoforme douloureux auquel devait être associée une comorbidité psychiatrique grave, que le dernier document fourni n'apportait pas d'élément psychiatrique nouveau susceptible de modifier les conclusions de l'expert (pce 192).

**D.**

Par décision du 2 novembre 2011 l'OAIE mit un terme à la rente entière versée à l'assurée avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2012 pour les motifs invoqués dans son projet de décision. Il précisa que contrairement à la Suisse la France n'assimilait pas la fibromyalgie au trouble somatoforme douloureux persistant mais qu'une contre-expertise effectuée en France se fondant sur une asséurologie différente ne saurait être probante en la matière. Rappelant le caractère détaillé et probant de l'expertise du Dr E.\_\_\_\_\_, il confirma que le nouveau rapport fourni n'avait pas apporté d'élément nouveau susceptible de modifier les conclusions de l'expert. Enfin il releva que le manque de formation ou une situation économique précaire étaient des éléments étrangers à l'invalidité et n'étaient pas déterminants du point de vue de l'assurance-invalidité (pce 197).

**E.**

Contre cette décision, l'intéressée, représentée par son mandataire, interjeta recours en date du 7 décembre 2011 auprès du Tribunal de céans. Elle requit préalablement la restitution de l'effet suspensif. Elle conclut notamment sous suite de frais et dépens à l'annulation de la décision attaquée, au maintien de sa rente entière, subsidiairement à ce que soit ordonnée une contre-expertise psychiatrique par un médecin de la région de son domicile. Elle fit valoir les motifs de son opposition au projet de décision, compléta ceux-ci par le fait que la décision de l'OAIE lui occasionnait un stress important la faisant gravement souffrir, que la dyshidrose dont elle était affligée lui causait des démangeaisons insupportables, que son obésité s'aggravait, que son cercle relationnel était aussi limité qu'auparavant, que son genu valgum, ses pieds plats, son hyperlaxité ligamentaire, son obésité l'empêchait de rester en station debout plus d'une ou deux minutes, que les certificats et rapports sur lesquels la décision avait été prise étaient partiels et incomplets résultant d'examens médicaux très limités, que la fibromyalgie était une maladie invalidante à elle seule selon les directives de l'OMS, qu'elle pouvait être objectivement décelée par divers examens auxquels elle n'avait nullement été soumise, que son médecin traitant avait attesté des soins prodigués dans un rapport du 22 août 2011, que son état psychique ne s'était pas amélioré étant dans l'incapacité de surmonter ses douleurs en raison d'une grande émotivité, irritabilité et réactivité, que son état de santé l'empêchait d'accomplir la plus grande partie des tâches courantes de la vie quotidienne et implicitement de disposer d'une capacité de travail de 100%, que son obésité (110kg) dans son contexte personnel était invalidante vu la faiblesse chronique de ses genoux et ses lombalgies. Elle souligna être toujours atteinte d'une comorbidité psychiatrique grave, réaliser le critère

d'une perte d'intégration sociale et celui d'un état psychique cristallisé en plus de celui de la durée de la maladie en l'occurrence de plus de dix ans. Elle releva par ailleurs qu'il était contraire à la réalité de retenir que son syndrome fémoro-patellaire ayant motivé l'incapacité de travail initiale avait disparu du fait que ses genoux lâchaient à la station debout prolongée, son obésité n'étant pas étrangère à cet état de fait. Fondée sur les griefs évoqués elle nota le caractère arbitraire de la décision attaquée établie sur une constatation des faits incomplète (pce TAF 1).

#### **F.**

Par décision incidente du 17 avril 2012 le Tribunal de céans après échange d'écritures rejeta la requête de restitution d'effet suspensif (pce TAF 14).

Invité à se déterminer sur le recours, l'OAIE dans sa réponse du 20 juillet 2012 proposa son rejet et la confirmation de la décision attaquée. Il fit valoir que sur la base des expertises psychiatrique et rhumatologique, réalisées en avril [et mai] 2011 par le Dr E. \_\_\_\_\_ et la Dresse F. \_\_\_\_\_, il était apparu que l'état de santé de l'intéressée s'était amélioré et ne justifiait plus aucune incapacité de travail depuis le 14 avril 2011, date de l'expertise psychiatrique. Il indiqua que l'amélioration de l'état de santé se référait aux constatations retenues par l'ancien Tribunal cantonal des assurances de Genève dans son arrêt du 12 septembre 2007 qui avait accordé le droit à une rente entière à l'intéressée sur la base de l'expertise du Dr B. \_\_\_\_\_ du 30 avril 2007. Il nota qu'en l'occurrence un syndrome somatoforme douloureux persistant invalidant avait été retenu, associé à une grave comorbidité psychiatrique (troubles mixtes de la personnalité [traits de personnalité émotionnellement labile type borderline, anxieuse, évitante, dépendante], agoraphobie et dysthymie), fondant le droit à une rente dès octobre 2000, mais que l'intéressée se devait, selon l'arrêt, de se soumettre à un traitement psychiatrique afin de pouvoir être réinsérée dans le monde professionnel. Il nota que du rapport médical de la Dresse C. \_\_\_\_\_ il était apparu que l'intéressée n'avait plus eu de suivi médical depuis 2007, que son état psychiatrique semblait satisfaisant dans le cadre d'une vie de couple avec une grossesse désirée et que la capacité de gain pouvait être estimée supérieure à 50% "avec suppression médicale de l'invalidité". Il nota que les expertises d'avril 2011 avaient confirmé l'amélioration de santé laquelle avait perduré durant la grossesse et le post-partum au point qu'il y avait lieu de ne retenir aucune incapacité de travail, l'intéressée pouvant exercer sa dernière activité de fleuriste / aide-fleuriste ou une activité semblable. Il précisa qu'une contre-expertise était écartée du fait qu'elle ne se justifiait pas et qu'aussi des conclusions sur

une base asséculoologique différente ne seraient pas déterminantes comme cela avait été indiqué dans la décision attaquée. Enfin il indiqua que l'assurée n'avait pas produit d'éléments médicaux permettant de revenir sur les conclusions des experts (pce TAF 19).

### **G.**

Par réplique du 17 septembre 2012, représentée nouvellement par Me G. Brutsch, succédant à Me S. Pardo suite à son décès, l'intéressée fit valoir que le rapport médical de la Dresse C.\_\_\_\_\_ avait été établi sur un examen des plus sommaires et qu'il ne pouvait rien en être déduit, que son déménagement s'était effectivement bien passé mais avait été diligenté entièrement par sa mère, que sa grossesse contrairement aux allégués des experts n'avait pas été désirée mais acceptée, que sa phase post-partum n'avait pas été sans difficultés eu égard à divers incidents de santé et difficultés d'allaitement, qu'elle s'était présentée chez le Dr E.\_\_\_\_\_ accompagnée de son compagnon dans de bonnes conditions qui cependant ne reflétaient pas son état en général, que le rapport d'expert E.\_\_\_\_\_ frisait l'affabulation en indiquant une parfaite autonomie dans les tâches ménagères, du plaisir à celles-ci et de surcroît des activités de bricolage en dehors du ménage, la réalité étant qu'elle était entièrement à charge de sa mère lorsqu'elle vivait en Suisse, que la situation n'avait pas changé depuis lors, que son compagnon avait pris le relai assumant "l'entier de la maisonnée" du fait d'un horaire de travail le lui permettant bien que travaillant à temps complet, elle-même ne s'occupant que de la préparation des repas simples réalisés principalement à base de produits surgelés, soit un mode de vie lui permettant de ne pas devoir recourir aux services sociaux. Elle indiqua souffrir de ses genoux qui ne la supportaient plus, ne plus être en mesure de porter son enfant, ne pouvoir qu'être assise au sol pour jouer avec lui, seule position s'avérant supportable. S'agissant du fait qu'elle n'était plus suivie sur le plan psychiatrique, elle indiqua que son déménagement en France, sa grossesse et la naissance de son enfant ne lui avaient pas permis un suivi psychiatrique faute de disponibilité depuis son départ. Elle souligna que sans formation et avec ses atteintes à la santé elle ne voyait pas quelle activité lucrative elle pouvait exercer et qu'en ces circonstances une contre expertise tant sur les plans physique que psychiatrique était nécessaire bien qu'il fût objectivement constatable sans celle-ci qu'elle était incapable d'accomplir une quelconque activité professionnelle quelle qu'elle fût (pce 21).

Le Tribunal porta un double de la réplique à la connaissance de l'autorité inférieure par ordonnance du 19 septembre 2012 (pce TAF 22).

**H.**

Par décision incidente du 14 novembre 2012 le Tribunal requit de la recourante une avance sur les frais de procédure de 400.- francs, montant dont elle s'acquitta dans le délai imparti (pce TAF 23-25).

**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 administratif 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 autrement. En vertu de l'art. 3 let. d<sup>bis</sup> PA la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) est applicable. Selon l'art. 2 LPGA, les dispositions de ladite loi sont applicables aux assurances sociales régies par la législation fédérale si et dans la mesure où les lois spéciales sur les assurances sociales le prévoient. En application de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26<sup>bis</sup> 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.

**1.4** Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 PA) et l'avance de frais ayant été effectuée, le recours est recevable.

## 2.

**2.1** L'art. 42 de la loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-veillesse et survivants (LAVS, RS 831.10), applicable par renvoi de l'art. 39 LAI, dispose que les ressortissants suisses qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse ont droit à une rente extraordinaire s'ils ont le même nombre d'années d'assurance que les personnes de leur classe d'âge, mais n'ont pas droit à une rente ordinaire parce qu'ils n'ont pas été soumis à l'obligation de verser des cotisations pendant la période minimale requise.

L'al. 2 de cette disposition précise que tout assuré pour lequel une rente est octroyée doit satisfaire personnellement à l'exigence du domicile et de la résidence habituelle en Suisse. La notion de domicile est ici celle du code civil suisse du 10 décembre 1907 (CC, RS 210), à savoir le lieu où la personne réside avec l'intention de s'y établir (art. 13 al. 1 LPGA).

**2.2** La requérante est ressortissante suisse. Elle est depuis juin 2009 domiciliée en France. Conformément à la lettre de l'art. 42 LAVS, l'assurée n'aurait donc pas droit à une rente extraordinaire d'invalidité du fait de son domicile à l'étranger (ATF 130 V 404 consid. 6.2; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-8221/2007 du 10 juin 2008 consid. 3.3).

Cependant, la France étant un Etat membre de la Communauté européenne, l'accord du 21 juin 1999 entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part, sur la libre circulation des personnes, entré en vigueur le 1<sup>er</sup> juin 2002 (ALCP, RS 0.142.112.681) - dont l'annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 80a LAI) - est applicable. Or, conformément à l'art. 3 al. 1 du règlement du 14 juin 1971 (CEE) N° 1408/71 du Conseil, les personnes, qui résident sur le territoire de l'un des Etats membres et auxquelles les dispositions dudit règlement sont applicables, sont soumises aux obligations et sont admises au bénéfice de la législation de tout Etat membre dans les mêmes conditions que les ressortissants de celui-ci, sous réserve de dispositions particulières contenues dans ledit règlement. Les prestations qui rentrent dans le champ d'application de l'accord sont donc en principe exportables de la Suisse à un Etat membre de la Communauté européenne. Ainsi le transfert du domicile de la requérante en France ne fait nullement obstacle à l'exportation d'une rente extraordinaire d'invalidité au sens de l'art. 42 LAVS (ATF 130 V 145; voir également le Bulletin à l'intention des caisses de compensa-

tion AVS et des organes d'exécution des PC [prestations complémentaires] n° 132 du 16 juillet 2003, pt. 3, et le rectificatif du 18 juillet 2003).

### 3.

L'examen du droit aux prestations 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 131 V 9 consid. 1, 130 V 445 consid. 1.2 et les références). Les dispositions de la 5<sup>e</sup> révision de la LAI entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008 sont applicables et les dispositions citées ci-après sont sauf précision contraire celles en vigueur à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2008. Les dispositions de la 6<sup>ème</sup> révision de la LAI (premier volet) en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647) ne sont pas applicables.

### 4.

**4.1** L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

**4.2** Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. Toutefois, 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. 28 al.1<sup>er</sup> LAI). Depuis l'entrée en vigueur de l'ALCP, les ressortissants suisses et de l'Union européenne qui présentent un taux d'invalidité de 40% au moins, ont droit à un quart de rente en application de l'art. 28 al. 1 LAI à partir du 1<sup>er</sup> juin 2002 s'ils ont leur domicile et leur résidence habituelle dans un Etat membre de l'UE (ATF 130 V 253 consid. 2.3).

## 5.

**5.1** Selon l'art. 17 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. Le deuxième alinéa de la même règle prévoit que toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement. Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral I 8/04 du 12 octobre 2005 consid. 2.1; MICHEL VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Zurich 2011, n° 3054 ss, 3065).

**5.2** Selon une jurisprudence constante, une amélioration de la capacité de travail attestée médicalement conduit en principe, eu égard au devoir de se réadapter par soi-même, à une amélioration correspondante de la capacité de gain. Une appréciation contraire ne peut s'ensuivre qu'à titre exceptionnel, c'est-à-dire lorsque, nonobstant les conclusions médicales, il appert du dossier que l'assuré ne pourra pas surmonter par lui-même et sans l'application de mesures préalables ses empêchements compte tenu de la longue durée du versement de la rente et des exigences du marché du travail (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4). Comme l'a jugé le Tribunal fédéral, on ne saurait ainsi notamment supprimer une rente sans avoir au préalable examiné les possibilités de réadaptation dans le cas d'un assuré qui a touché cette rente durant de très nombreuses années et qui ne dispose plus de l'expérience professionnelle lui permettant de se réadapter par lui-même (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_768/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4). Il en va différemment si la durée de l'octroi de la rente a été relativement courte et si des mesures de réadaptation ne s'imposent pas au regard de l'activité exercée par l'assuré ou qu'il pourrait exercer (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_950/2009 du 25 septembre 2010 consid. 4; VALTERIO, op. cit., n° 3060).

**5.3** La révision a lieu d'office lorsqu'en prévision d'une modification importante possible du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité, un terme a été fixé au moment de l'octroi de la rente ou de l'allocation pour impotent, ou lorsque des organes de l'assurance ont connaissance de faits ou ordonnent des mesures qui

peuvent entraîner une modification importante du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité (art. 87 al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]).

**5.4** Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5; VALTERIO, op. cit., n° 3063). Une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (arrêts du Tribunal fédéral I 532/05 du 13 juillet 2006 consid. 3; I 561/05 du 31 mars 2006 consid. 3.3; ATF 112 V 371 consid. 2b).

**5.5** Le Tribunal fédéral a précisé que la dernière décision entrée en force, examinant matériellement le droit à la rente, fondée sur une instruction des faits, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conforme au droit constitue le point de départ pour examiner si le taux d'invalidité s'est modifié de manière à influencer le droit aux prestations (ATF 133 V 108 consid. 5.4; ATF 125 V 369 consid. 2 et ATF 112 V 372 consid. 2).

**5.6** L'art. 88a al. 1 RAI prévoit que si la capacité de gain de l'assuré s'améliore ou que son impotence s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès que l'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. Une suppression de rente avec effet immédiat, soit à la fin du mois où l'amélioration de santé est constatée, ne peut intervenir qu'exceptionnellement en cas d'état de santé durablement stabilisé (cf. l'arrêt du Tribunal fédéral I 569/06 du 20 novembre 2006 consid. 3.3; VALTERIO, op. cit., n° 3085). L'art. 88<sup>bis</sup> al. 2 let. a RAI dispose que la diminution ou la suppression de la rente ou de l'allocation pour impotent prend effet, au plus tôt, le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision. La règle indique les effets temporels de la révision sur le plan du droit à la rente (ATF 135 V 306 consid. 7.2).

## 6.

**6.1** 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.

**6.2** 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). Il est à relever dans ce cadre, en ce qui concerne la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, que le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). Cette réserve s'applique également aux rapports médicaux que l'intéressé sollicite de médecins non traitants spécialement mandatés pour étayer un dossier médical (cf. dans ce sens relativement aux expertises de parties: arrêt du Tribunal fédéral 8C\_558/2008 du 17 mars 2009 consid. 2.4.2). Toutefois le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 353 consid. 3b/dd et les références citées). Quant aux documents produits par le service médical d'un assureur étant partie au procès, 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 dans le cadre de la procédure inquisitoire 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 (cf. ATF 122 V 157, 162 consid. 1d; ATF 123

V 175, 176 s consid. 3d; ATF 125 V 351, 353 s consid. 3b ee; cf. aussi les arrêts du Tribunal fédéral I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3 et 9C\_55/2008 du 26 mai 2008 consid. 4.2 avec références, concernant les cas où le service médical n'examine pas l'assuré mais se limite à apprécier la documentation médicale déjà versée au dossier). Le simple fait qu'un avis médical divergent – 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 médical (arrêt du Tribunal fédéral U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

**6.3** Pour accomplir leurs tâches les offices AI sont tenus, au stade de la procédure administrative, de confier une expertise à un médecin indépendant lorsqu'elle se révèle nécessaire pour clarifier les aspects médicaux du cas (VALTERIO, op. cit., n° 2891). Il ne faut cependant recourir à une expertise que si des moyens plus simples et économiques ne suffisent pas à se prononcer (rapports médicaux, renseignements), ou encore en présence de controverses médicales sur le cas concret (STÉPHANE BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, Fribourg, 1999, p. 142). Plus pragmatiquement l'administration peut procéder à une appréciation anticipée des preuves pour juger de la non nécessité d'une expertise médicale si le dossier est complet (cf. ATF 135 V 2 consid. 1.3).

## 7.

**7.1** En l'espèce une rente entière a été reconnue à l'assurée par arrêt de l'ancien Tribunal cantonal des assurance de Genève du 12 septembre 2007 à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2000. Cet arrêt se fonda sur l'expertise du Dr B.\_\_\_\_\_, psychiatre, qui retint un syndrome douloureux somatoforme persistant, des troubles mixtes de la personnalité (traits de personnalité émotionnellement labile type borderline, anxieuse [évitante] et dépendante, agoraphobie et dysthymie), un trouble de la personnalité constituant l'élément majeur de la psychopathologie. Il indiqua que le trouble somatoforme douloureux constituait une voie de cristallisation des conflits psychiques protégeant l'expertisée de certaines formes de passage à l'acte et/ou de compensation thymique sévère, ce qui expliquait qu'il ne fut pas nécessaire de l'hospitaliser. L'expert releva à cette époque que le trouble mixte de la personnalité représentait une comorbidité psychiatrique grave conduisant à une perturbation profonde des relations interpersonnelles, à une désinsertion sociale et à un isolement affectif complet, favorisant la survenue de troubles thymiques et anxieux. Le tribunal indiqua que l'intéressée devait se soumettre à des mesures thérapeutiques afin de pouvoir se réinsérer dans le monde du travail.

**7.2** Dans le cadre de la révision initiée par l'OAIE en mai 2010, il est apparu du rapport médical de l'ELSM de Périgeux du 15 septembre 2010 établi à la suite d'une consultation du 1<sup>er</sup> juillet 2010, que l'intéressée n'était plus suivie sur le plan psychiatrique depuis 2007, qu'elle était enceinte avec une grossesse sans particularité, qu'elle indiquait des douleurs diverses chroniques généralisées, une énorme fatigue et des petits états dépressifs mais présentait à l'examen un très bon état général, une trophicité musculaire apparemment correcte, un bon status psychologique. La Dresse C.\_\_\_\_\_ indiqua un status sans invalidité avec un pronostic de capacité de travail supérieur à 50%.

### 7.3

**7.3.1** Dans son rapport d'expertise psychiatrique du 30 avril 2011, le Dr E.\_\_\_\_\_ fait état pour l'essentiel d'importantes plaintes, relève un status sans suivi psychiatrique, note un bon état psychique apparent non algique et retient les diagnostics sans influence sur la capacité de travail de syndrome douloureux somatoforme persistant, d'agoraphobie, de trouble dysthymique, de trouble mixte de la personnalité. Il mit l'accent sur le diagnostic de syndrome somatoforme persistant préféré in casu à celui de fibromyalgie compte tenu d'un substrat peu somatique, notant que la dysthymie était de type abaissement de l'humeur un jour sur deux toute la journée sans véritables épisodes dépressifs, la pathologie n'ayant rien de sévère et se trouvant en discordance avec la présentation générale de l'intéressée. Il retint le trouble agoraphobique sans qualification de trouble phobique social et trouble panique. Il ne retint pas de comorbidité psychiatrique du fait d'une basse acuité de la chronicité, concluant à la possibilité pour l'assurée de faire l'effort de surmonter les symptômes liés à son trouble somatoforme et d'intégrer à 100% le monde du travail, l'incapacité de travail étant de 0% depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2010. Cette appréciation fut corroborée par la Dresse G.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 27 juin 2011 qui souligna que l'intéressée ne présentait plus de comorbidité psychiatrique selon les critères médicaux et jurisprudentiels requis.

**7.3.2** Sur le plan psychiatrique, à lire l'expertise du Dr E.\_\_\_\_\_ et la prise de position de la Dresse G.\_\_\_\_\_, l'intéressée ne présente pas de troubles psychiatriques importants qui, cas échéant, justifieraient de considérer le trouble somatoforme persistant dont est atteinte l'assurée d'invalidant selon les critères de la jurisprudence (cf. ATF 132 V 65). En effet, pour que cette atteinte à la santé (voir ATF 130 V 352 et 131 V 50), comme le syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (arrêt du Tribunal fédéral I 70/07 du 14 avril 2008), l'anesthésie dissociative et les

atteintes sensorielles (arrêt du Tribunal fédéral I 9/07 du 9 février 2007 consid. 4), les troubles moteurs dissociatifs (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4), soit considérée comme invalidante, il est nécessaire que les douleurs ressenties par l'assuré soient en corrélation avec une comorbidité psychiatrique importante. Elle sera reconnue telle par sa gravité, son acuité et sa durée liée à un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, en raison d'affections corporelles chroniques, d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. A défaut de ces caractéristiques l'atteinte à la santé d'origine étiologique non déterminée n'est pas considérée comme propre à entraîner une incapacité de travail de longue durée pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Au contraire il est présumé que ces syndromes ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 consid. 1.2, arrêt du Tribunal fédéral 9C\_573/2010 du 8 août 2011 consid. 6.3).

**7.3.3** Dans ses écritures la recourante fait valoir que la fibromyalgie, qui selon la jurisprudence suisse est assimilée au trouble somatoforme persistant douloureux, est une maladie reconnue pour elle-même par la CIM-10. Certes tel est le cas mais, pour la sécurité sociale suisse, cette maladie pour être reconnue invalidante doit être associée à une comorbidité psychiatrique importante ne permettant pas à la personne qui en est atteinte de surmonter ses douleurs à l'étiologie non déterminée. Cette exigence relève du principe d'égalité de traitement entre les assurés et du fait que sont déterminants les conséquences des atteintes à la santé sur le plan économique, à savoir la perte de gain résultant des atteintes à la santé, et non les atteintes pour elles-mêmes (art. 7 al. 2 LPGGA).

**7.4** Dans son rapport d'expertise rhumatologique du 3 mai 2011 la Dresse F.\_\_\_\_\_ relata pour l'essentiel un bon status général non algique à l'examen clinique, un excès pondéral subjectivement non préoccupant, n'affectant pas l'intéressée dans sa mobilité, une bonne mobilité des membres supérieurs et inférieurs, une fibromyalgie décelée selon les critères de l'ACR mais dont l'importance des handicaps décrits n'était pas justifiée selon le status dont le suivi médical n'était pas régulier, retenant les diagnostics ci-après sans répercussion sur la capacité de travail de syndrome douloureux somatoforme persistant, obésité massive, hypothyroïdie traitée, morphotype des genoux en valgus sans complication arthrosique actuelle, ronchopathie, syndrome des ovaires polykystiques

probable, troubles digestifs fonctionnels, discopathie débutante L5-S1 sans élément compressif médullaire ni radiculaire actuel, relevant que l'intéressée ne présentait plus d'affection des genoux et qu'aucun des diagnostics évoqués était d'une gravité à générer une incapacité de travail au long cours, ne relevant aucune notion de tuméfaction ni de déformation articulaire, de syndrome inflammatoire, de signe d'appel pour les manifestations extra-articulaires des rhumatismes inflammatoires, retenant une bonne mobilité à tous les niveaux articulaires, pas de limitation significative axiale, ni rhizomélique des indices d'amplitude articulaires, pas de déformation, pas de synovite, pas de ténosynovite, une évolution femoro-rotulienne bénigne sans luxation spontanée, ni épanchement récidivant, sans blocage, des quadriceps eutrophiques des deux côtés, pas d'évidence d'une tendinopathie patellaire, pas de synovite, bursite, signe d'épanchement au niveau des deux genoux, relevant que les critères d'exclusion pour une affection ostéoarticulaire somatique chronique, évolutive étaient remplis, notant une fibromyalgie au diagnostic relativement fiable associé à des phénomènes de majoration et de discordances multiples et sans qu'il y ait un substrat objectif pouvant offrir des arguments pour une maladie de l'appareil locomoteur.

Ce diagnostic fut corroboré par la Dresse D.\_\_\_\_\_ le 10 juin 2011 qui ne releva ainsi pas de limitations fonctionnelles générales significatives, indiquant un état de santé stabilisé, retenant une pleine capacité de travail dans les activités antérieures depuis le 14 avril 2011. Elle souligna que l'expertise rhumatologique objectivait l'absence des limitations fonctionnelles qui étaient présentes en 1999-2000 avec une disparition du syndrome fémoro-patellaire qui avait motivé à l'époque une incapacité de travail temporaire dans l'activité de fleuriste, retenant une pleine capacité de travail pour cette activité ou toute autre activité similaire. Elle mit par ailleurs en exergue que l'assurée avait mené à terme une grossesse sans troubles psychiatriques ni troubles post partum.

## 7.5

**7.5.1** A l'encontre de ces rapports médicaux précités favorables dont il ressort manifestement une amélioration du status rhumatologique et psychiatrique de l'assurée au moins depuis le 11 avril 2011, date de l'examen psychiatrique du Dr E.\_\_\_\_\_, la recourante oppose sur le plan médical, d'une part, les conclusions de l'expertise judiciaire du Dr B.\_\_\_\_\_, psychiatre, du 30 avril 2007, reprises par l'arrêt du 12 septembre 2007 de l'ancien Tribunal cantonal des assurances de Genève, faisant valoir un status inchangé et, d'autre part, l'attestation de son médecin traitant, le Dr

H.\_\_\_\_\_, datée du 28 août 2011, indiquant une médication d'hypnotiques, d'AINS, d'antalgiques, d'anxiolytique, des séances hebdomadaires de kinésithérapie pour cause de lombalgies, des troubles dermatologiques chroniques en relation avec la pathologie globale.

Avec la Dresse C. G.\_\_\_\_\_ de l'OAIE, le Tribunal de céans relève que la documentation fournie n'atteste pas d'une aggravation de l'état de santé de l'intéressée depuis sa prise de position du 27 juin 2011. Plus généralement sur le plan médical l'assurée ne fournit aucun élément médical permettant de mettre en doute les conclusions des expertises rhumatologique du 23 mai 2011 et psychiatrique du 30 avril 2011. Son représentant rapporte certes dans ses écritures juridiques un état somatique et psychiatrique invalidant mais ses allégations ne sont aucunement documentées. En l'occurrence l'OAIE a requis deux expertises rhumatologique et psychiatrique dont les conclusions sont concordantes et aucun document médical ne permet de mettre en doute leurs conclusions. En particulier les difficultés évoquées à la position orthostatique en raison des faiblesses des membres inférieurs, non retenues par l'expertise F.\_\_\_\_\_ et non évoquées de même par le médecin traitant de l'assurée, n'ont pas été documentées. En ces circonstances une nouvelle expertise ne saurait être ordonnée.

**7.5.2** Le représentant de l'intéressée indique en outre que l'assurée avait effectivement déplacé son domicile de Suisse en France en de bonnes conditions mais que ce déménagement n'avait pu s'effectuer que par l'aide totale de la mère de l'assurée, l'assurée-même n'eut pas été en mesure d'accomplir toutes les démarches y relatives. En soi un déménagement, de surcroît à l'étranger, est un acte complexe mais l'impossibilité d'y parvenir de ses propres moyens n'est pas déterminant car une activité lucrative simple et répétitive ne requiert nullement une énergie comparable à celle déployée pour finaliser un déplacement de son centre de vie. L'intéressée a également invoqué que sa grossesse a été acceptée plus que désirée et que celle-ci s'est passée non sans complications, ces éléments, bien que divergents de ceux rapportés dans les expertises et non documentées, ne sont pas de nature à mettre en doute les conclusions rhumatologiques et psychiatriques de celles-ci.

**7.5.3** Il sied encore de relever de l'expertise du Dr E.\_\_\_\_\_ que l'intéressée ne présentait pas les signes d'une réelle volonté de se réintégrer dans le monde du travail, en l'occurrence de faire l'effort nécessaire à cette fin. En d'autres termes un déconditionnement a été relevé lors de l'expertise. Or la jurisprudence le prend de règle en compte dès l'octroi de 15

ans de rente ou l'âge de 55 ans (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_254/2011 du 15 novembre 2011 consid. 7.2.2). Mise à part ces conditions d'examen obligatoire de la prise en compte d'un déconditionnement, un tel status doit relever d'un état pathologique, en l'occurrence d'une comorbidité psychiatrique, et non uniquement être réactionnel à l'idée de devoir réintégrer le marché du travail après une longue période d'inactivité. Le rapport E. \_\_\_\_\_ n'a pas discuté la question de l'incidence du déconditionnement décelé. Il y a toutefois lieu de relever que selon le principe de l'art. 7 al. 2 LPGA seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain; ce principe vaut également en matière de révision de la rente (art. 17 al. 1 LPGA). Tout obstacle à une réintégration professionnelle qui ne serait pas la conséquence de l'atteinte à la santé ne doit pas être pris en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, il appartient en principe à la personne assurée d'entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre d'elle pour tirer profit de l'amélioration de sa capacité de travail médicalement documentée (réadaptation par soi-même; cf. ULRICH MEYER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 2<sup>ème</sup> éd. 2010, p. 383); autrement dit une amélioration de la capacité de travail médicalement documentée permet, nonobstant une durée prolongée de la période durant laquelle la rente a été allouée, d'inférer une amélioration de la capacité de gain et, partant, cas échéant, de procéder à une nouvelle comparaison de revenus (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_254/2011 du 15 novembre 2011 consid. 7.1.2.1).

En l'espèce l'intéressée est relativement jeune et ne présente plus de troubles psychiatriques et somatiques d'une intensité déterminante pour l'assurance-invalidité. Il peut être attendu d'elle de mettre entièrement à profit sa capacité de travail résiduelle. Son état de santé s'est manifestement amélioré conduisant à une révision du droit à la rente.

#### **8.**

Selon l'art. 16 LPGA, 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 raisonnablement être exigée de lui, après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

En l'espèce, selon les expertises concordantes des Drs E. \_\_\_\_\_ et F. \_\_\_\_\_ de 2011, l'intéressée est en mesure d'exercer sa dernière activité à plein temps et toutes activités semblables. Aucun élément médical

objectif au dossier ne permet de contredire les conclusions des rapports d'expertise. Il s'ensuit que le Tribunal de céans peut retenir, sans référence à un calcul de l'invalidité par une comparaison de revenus du fait même que la dernière activité peut être exercée, que l'intéressée ne présente aucune perte de gain. Dans tous les cas, et ceci est en l'espèce déterminant, si une limitation devait exister dans sa dernière activité, celle-ci ne saurait se monter au moins à 40%, seuil ouvrant le droit à une rente.

## **9.**

Il est utile de rappeler que, selon un principe général valable en assurances sociales, l'assuré a l'obligation de diminuer le dommage et doit entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui afin d'atténuer autant que possible les conséquences de son invalidité (ATF 130 V 97 consid. 3.2 et les références citées; ATF 123 V 233 consid. 3c). Dans ce contexte, il convient de souligner que ni l'âge, ni la situation familiale ou économique, un arrêt prolongé de l'activité professionnelle ou même le refus d'exercer une activité médicalement exigible ne constituent un critère relevant pour l'octroi d'une rente d'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral I 175/04 du 28 janvier 2005 consid. 3).

Au vu de ce qui précède, il appert que le recours est mal fondé et doit être rejeté.

## **10.**

**10.1** Vu l'issue de la cause, les frais de procédure, fixés à 400 francs, sont mis à la charge de la recourante (art. 63 al. 1 PA en relation avec l'art. 37 LTAF). Ce montant est compensé par l'avance de frais déjà fournie de même montant.

**10.2** Il n'est pas alloué 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 rejeté.

**2.**

Les frais de procédure d'un montant de 400.- francs sont mis à la charge de la recourante, ils sont compensés avec l'avance de frais de même montant fournie.

**3.**

Il n'est pas alloué de dépens.

**4.**

Le présent arrêt est adressé :

- à la recourante (acte judiciaire)
- 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 :**

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 de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral [LTF, RS 173.110]). 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 :