



Cour III
C-2314/2012

Arrêt du 17 octobre 2013

Composition

Madeleine Hirsig-Vouilloz (présidente du collège),
Stefan Mesmer, Elena Avenati-Carpani, juges,
Audrey Bieler, greffière.

Parties

A. _____,
représentée par Maître François Membrez,
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 6 mars 2012).

Faits :**A.**

A._____, ressortissante française, née le [...] 1952, a travaillé en Suisse comme frontalière de 1972 à 1973 et de 1975 à 2006, en dernier lieu en qualité de gouvernante dans un établissement médico-social, cotisant ainsi à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité suisse (AVS/AI; pces 3 et 11).

L'assurée, souffrant de douleurs de type fibromyalgique et d'ostéomalacie depuis l'année 2003 (cf. le rapport hospitalier du 5 novembre 2003 du Dr B._____; pce 13 p. 14), est mise en congé maladie à partir du 17 juin 2004 en raison de la découverte d'un carcinome au sein gauche (pces 4 et 18). Le 5 juillet 2004, celle-ci est soumise à une double tumorectomie du sein gauche avec curage axillaire, suivie d'une mastectomie gauche complémentaire le 26 juillet 2004 (cf. les comptes-rendus hospitaliers des 5 et 26 juillet 2004 établis par le Dr C._____[pce 12 pp. 7 et 8], ainsi que les rapports de pathologie des Drs D._____ et E._____ des 1^{er} juin et 4 août 2004 [pce 12 pp. 5 et 9 s.]). Ces opérations sont suivies de six cycles de chimiothérapie de juillet à novembre 2004 (cf. le rapport oncologique de la Dresse Lapalu du 12 novembre 2004; pce 12 p. 11), puis de radiothérapie (pce 54 p. 39). Depuis le mois de janvier 2005, A._____ suit également un traitement d'hormonothérapie (pce 41 p. 2 et pce 62 p. 9).

L'intéressée est ensuite mise en arrêt de travail pour convalescence postopératoire post-radiothérapie. Elle reprend son activité habituelle de gouvernante à mi-temps dès le 6 septembre 2005. Après un arrêt de travail du 1^{er} au 10 décembre 2005, elle travaille à nouveau à 50% jusqu'au 11 janvier 2006 (cf. notamment le questionnaire pour l'employeur; pces 12, 14, 18, 21 et 49). Ensuite, elle cesse d'exercer toute activité en raison de ses douleurs fibromyalgiques accrues et des séquelles de son cancer (cf. certificat de la Dresse F._____ des 7 et 17 janvier 2006; pces 4 et 12); les institutions de sécurité sociale françaises lui allouent, par décision du 18 octobre 2006, une rente d'invalidité à compter du 11 janvier 2006 fondée sur un degré d'invalidité de deux tiers (pce 59).

B.

B.a En date du 9 janvier 2006 (pce 1), A._____ présente une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci après: OAI-GE). Lors de la procédure

d'examen de la demande, l'OAI-GE verse en cause de nombreuses pièces médicales et notamment les pièces suivantes:

- un rapport médical du 8 avril 2003 établi aux Hôpitaux X._____, service de rhumatologie, faisant notamment part d'une fracture de fatigue des cunéiformes des deux pieds (pce 12 p. 15; cf. également le rapport de scintigraphie du 27 janvier 2003 [pce 26 pp. 2 à 4]);
- un rapport médical du 9 juin 2005 établi par le Dr B._____, selon lequel l'assurée a été hospitalisée dans le service de rhumatologie du 1^{er} au 9 juin 2005 pour protocole de [...] en perfusions indiqué en raison de la réapparition de douleurs fibromyalgiques (pce 12 p. 13);
- un compte-rendu opératoire du 15 juillet 2005 faisant part d'une cholécystectomie endoscopique et d'une cholangiographie préopératoire en date du 15 juillet 2005 (pce 12 p. 12);
- deux rapports médicaux des 7 et 27 janvier 2006 établis par la Dresse F._____ laquelle diagnostique chez l'assurée un cancer du sein gauche depuis 2004, des douleurs liées à une fibromyalgie aggravées depuis 2004, ainsi qu'une ostéomalacie depuis 2003; la Dresse F._____ pose également les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de kystes pancréatiques en cours d'exploration, d'hyperparathyroïdie, d'hypertension artérielle et d'insuffisance veineuse, en précisant que ces affections existent depuis 2005 (pces 4 et 12 pp. 1 à 4);
- un compte rendu opératoire du 21 février 2006 indiquant que l'assurée a subi une écho endoscopie biliopancréatique sans biopsie ayant mis en évidence deux formations kystiques au niveau du pancréas (pce 31 pp. 8 à 9);
- un rapport médical du 26 juin 2006 de la Dresse F._____, indiquant que l'assurée est incapable de travailler en raison de son cancer du sein opéré en 2004 et de sa fibromyalgie sur fractures de fatigue du tarse gauche par ostéomalacie, celle-ci présentant des difficultés à la station debout et à la marche, ainsi qu'une asthénie importante. La praticienne mentionne encore que l'assurée, toujours sous hormonothérapie, antalgiques et antidépresseurs, a refusé une psychothérapie de soutien (pce 23);

- un rapport médical complémentaire du 12 juillet 2006 établi par la Dresse F._____, laquelle estime que les douleurs de l'assurée ne seraient pas incompatibles avec un travail sédentaire en position assise, précisant toutefois qu'en raison de son opération du sein, celle-ci présente une limitation en élévation et abduction de l'épaule gauche avec des douleurs chroniques locales thoraciques. S'agissant du syndrome dépressif, la Dresse F._____ le décrit comme non contestable sous la forme d'une anxio-dépression, toutefois sans repli sur soi ni isolement familial (pce 26 pp. 1 et 4);
- un rapport médical du 6 septembre 2006, relevant des possibles lésions kystiques pancréatique et de multiples kystes au niveau du foie (pce 31 pp. 4 à 5);
- un rapport médical du 20 novembre 2006 établi par la Dresse F._____, laquelle indique que l'assurée est traitée par hormonothérapie pour son cancer du sein, prend des médicaments contre ses douleurs fibromyalgiques, ainsi que des antidépresseurs et est suivie par un kinésithérapeute. En outre, la praticienne indique une perte osseuse de 10% par rapport à 2002 selon le rapport d'ostéodensitométrie du 12 octobre 2006 (pce 31 pp. 1 et 2).

B.b L'OAI-GE requiert du Dr G._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, d'effectuer une expertise de l'assurée (pce 28). Celle-ci est examinée par l'expert en date des 4 et 6 décembre 2006. Dans son rapport du 30 décembre 2006 (pce 32), le Dr G._____ retient le diagnostic de dysthymie présent depuis deux à quatre ans, qu'il estime non invalidante en soi car pas assez sévère pour limiter durablement la capacité de travail de l'assurée. Il relève toutefois qu'en synergie avec ses autres problématiques la dysthymie de l'assurée pourrait diminuer son rendement et sa capacité à résister au stress (p. 11). Il ressort également que l'assurée bénéficie d'une thérapie de soutien depuis quelque mois et a été mise sous antidépresseurs.

B.c L'OAI-GE soumet le dossier au Service médical régional (SMR) pour prise de position. Dans son rapport du 5 février 2007 (pce 34), le Dr H._____ retient les diagnostics de cancer du sein gauche en 2004, d'ostéomalacie et de fibromyalgie depuis 2003. Il estime que cette dernière affection n'a pas valeur de maladie pour l'assurance-invalidité et que l'ostéomalacie contre-indique le port de charges lourdes sans toutefois exiger la sédentarité. Par ailleurs, il constate que seule une activité de type bureau comme exercée précédemment reste

envisageable étant donné que l'assurée paraît présenter quelques limitations à l'épaule gauche et qu'elle a été victime d'une fracture de fatigue aux pieds. Au demeurant, il relève qu'il convient encore de déterminer les conséquences de l'atteinte physique sur une activité de bureau et les périodes d'incapacité de travail en relation avec le traitement du cancer du sein.

B.d L'OAI-GE complète le dossier avec la documentation médicale suivante:

- un rapport médical intermédiaire du 12 février 2007 établi par la Dresse F._____, indiquant chez l'assurée un état de santé stable depuis septembre 2006 sans qu'une reprise du travail ne soit possible (pce 36);
- un rapport médical du 22 février 2007 établi par le Dr I._____, faisant état d'un examen clinique très rassurant et de la poursuite du traitement d'hormonothérapie (pce 41 p. 2);
- un rapport médical du 17 mars 2007 signé par le Dr J._____, retenant une possible petite tumeur intra canalaire papillaire et mucineuse asymptomatique au niveau du pancréas et ne justifiant pas une exérèse (pce 44 p. 1).

B.e Sur proposition du médecin SMR (pce 45), une expertise est effectuée le 8 juin 2007 par le Dr K._____, médecin interniste (pce 54); celui-ci retient les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail d'état douloureux diffus et fluctuant (classifié par les médecins traitants sous le diagnostic de fibromyalgie), d'intensité modérée depuis 2003 et les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de status après mastectomie gauche pour carcinome mammaire en rémission, de kystes pancréatiques sur possible petite tumeur (bénigne) intra-canalaire papillaire et mucineux du pancréas mis en évidence en 2005, d'hypertension artérielle essentielle modérée, de petite hernie ombilicale et d'excès pondéral. Selon lui, l'assurée présente actuellement une capacité de travail à plein temps avec une diminution de rendement de 25%, ne relevant que 5 points de fibromyalgie sur 18 malgré qu'elle présente sans doute une fibromyalgie (p. 7).

B.f Dans un avis SMR du 9 juillet 2007 (pce 56), le Dr L._____ retient les diagnostics sans incidence sur la capacité de travail de status post mastectomie gauche pour carcinome canalaire sous hormonothérapie et

en rémission, de tumeur pancréatique bénigne, de syndrome fibromyalgique, de status post-cure chirurgicale pour hallux valgus bilatéral, d'ostéopénie et de dysthymie. Selon lui, l'intéressée présente une capacité de travail de 100% dans son activité habituelle et dans une activité adaptée.

C.

C.a Par projet de décision du 18 juillet 2007 (pce 57), l'OAI-GE informe l'assurée qu'il entend rejeter sa demande de prestations. Selon lui, il ressort des expertises des Drs G._____ et K._____, ainsi que des conclusions de son service médical qu'elle présente une capacité de travail entière sous réserve des limitations suivantes: pas de mobilisation des bras à l'articulation des épaules au-delà de 160 degrés et pas d'activités physiques extrêmes.

C.b Par opposition du 30 juillet 2007 (pce 59), complétée le 31 août 2007 (pce 61), l'intéressée fait part de son désaccord quant au projet de décision du 18 juillet 2007 et conclut à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Elle indique avoir été mise en mi-temps thérapeutique en septembre 2005 et avoir dû cesser définitivement son activité depuis le 13 janvier 2006 pour des raisons de santé. Mettant en avant que les institutions de sécurité sociale françaises lui ont reconnu un taux d'invalidité de deux tiers, elle fait valoir un droit à recevoir des prestations de l'assurance-invalidité suisse. L'assurée joint notamment un certificat médical du 26 juillet 2007 établi au centre médico-psychologique à Y._____ indiquant un suivi régulier (pce 59 p. 3), ainsi qu'un rapport médical du 27 juillet 2007 de la Dresse F._____ faisant mention du caractère particulièrement asthéniant du traitement d'hormonothérapie de l'assurée (pce 59 p. 2); celle-ci relève également que l'assuré prend contre ses douleurs fibromyalgiques des médicaments particulièrement sédatifs et déclare l'intéressée inapte à reprendre une activité professionnelle.

C.c L'OAI-GE soumet le dossier au SMR pour prise de position. Dans son rapport du 3 septembre 2007 (pce 63), le Dr L._____ ne décèle aucun élément susceptible d'invalider ses conclusions antérieures.

C.d Par fax du 4 septembre 2007 (pce 62), le conseil de l'intéressée fait parvenir à l'autorité inférieure des documents médicaux déjà versés au dossier (rapports médicaux des 25 mai 2004, 5 juillet et 26 juillet 2004, 4 et 16 novembre 2004, 9 juin 2005, 21 février 2006, 6 juin 2006,

18 octobre 2006, 8 janvier et 27 janvier 2007, 11 mai 2007, 16 avril 2007 et 27 juillet 2007).

C.e Appelé à se déterminer, le Dr L._____, dans son rapport du 3 octobre 2007 (pce 67), confirme ses prises de position des 9 juillet et 3 septembre 2007.

C.f Par décision du 16 octobre 2007 (pce 69), l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE) rejette la demande de prestations de l'intéressée en reprenant la motivation du projet de décision. Il précise que les arguments médicaux produits en procédure d'audition n'apportent pas d'éléments nouveaux.

D.

D.a Par acte du 16 novembre 2007 (pce 71), l'intéressée interjette recours auprès du Tribunal administratif fédéral (ci-après: le TAF ou le Tribunal), requérant l'octroi d'une rente d'invalidité entière dès le 1^{er} janvier 2006. La recourante allègue remplir tous les critères jurisprudentiels permettant de reconnaître un caractère invalidant à la fibromyalgie dont elle souffre. Elle joint notamment à son recours les pièces suivantes (pce 73):

- un rapport médical du 10 janvier 2008 de la Dresse M._____, laquelle mentionne 16 points sur 18 de fibromyalgie;
- un rapport médical du 6 mars 2008 établi au centre médico-psychologique de Y._____, indiquant que l'assurée est suivie depuis août 2006 pour les conséquences psychologiques de sa fibromyalgie qui se manifestent sous forme de fatigue, dépression et angoisse par rapport au futur (pce 73 p. 9);
- des rapports médicaux de la Dresse N._____, médecin traitant, datés des 18 janvier 2008, 14 février 2008, 20 février 2008 et 9 mars 2008, dont il ressort que l'hormonothérapie est toujours en cours et que l'assurée souffre d'une recrudescence de sa fibromyalgie accompagnée d'un syndrome dépressif réactionnel et d'asthénie.

D.b Dans un arrêt du 19 janvier 2010 C-7772/2007 (pce 75), le Tribunal administratif fédéral estime que les expertises des Drs G._____ et K._____ n'ont pas la valeur probante requise par la jurisprudence relative à la fibromyalgie étant donné qu'elles n'ont pas été établies de façon interdisciplinaire avec échange de vues des spécialistes

(consid. 9.3). S'agissant de l'expertise psychiatrique, le Tribunal relève qu'elle a été faite sur la base d'un dossier incomplet (consid. 9.3.2). De plus, le Tribunal relève que le rapport d'expertise somatique du 8 juin 2007, ne donne pas assez de renseignements quant aux répercussions de l'atteinte oncologique de la recourante sur sa capacité de travail notamment par rapport au traitement d'hormonothérapie entraînant des effets secondaires tels que de l'asthénie (consid. 9.3.1.1). S'agissant de la capacité de travail de l'assurée, les conclusions du Dr K._____ ne sont pas claires pour la période antérieure à son expertise. Considérant les périodes d'incapacité de travail de 100% et 50% entre juillet 2004 et janvier 2006, le Tribunal conclut qu'il n'est pas possible que l'assurée n'ait jamais présenté une incapacité de travail dans la période déterminante (consid. 9.3.1.2). Estimant que les atteintes de l'assurée s'influencent réciproquement, le Tribunal admet partiellement le recours et renvoie la cause à l'autorité inférieure pour qu'elle mette en œuvre une expertise pluridisciplinaire avec échange de vues des experts mandaté ou toute autre mesure utile à déterminer la capacité de travail effective de la recourante dans la période déterminante, à savoir depuis le 17 juin 2005. Le Tribunal souligne que l'expertise devra être effectuée au moins avec le concours d'un rhumatologue, d'un psychiatre et d'un oncologue et que ceux-ci devront tenir compte de toutes les informations médicales objectives disponibles jusqu'à sa réalisation (consid. 9.3.3 et 9.4).

E.

E.a En application de l'arrêt du Tribunal administratif fédéral du 19 janvier 2010 (C-7772/2007), l'OCAI soumet le cas au SMR, lequel, dans deux avis des 27 mai 2010 (pce 78) et 27 septembre 2011 (pce 85), requiert la production de documents médicaux récents auprès des médecins traitant généralistes et spécialistes avant de mettre en œuvre l'expertise pluridisciplinaire requise par le TAF; sont ainsi versés en cause les documents suivants:

- un certificat médical du 22 juin 2009 établi par la Dresse N._____, médecin traitant, qui atteste suivre l'assurée régulièrement (1 à 2 fois par mois) pour sa fibromyalgie et son état dépressif. La praticienne relève en outre une profonde asthénie avec des idées noires, ainsi qu'un kyste du pancréas qui reste à surveiller et des gastrites à répétition en raison des anti-inflammatoires non stéroïdiens (pce 80 p. 3);

- un certificat médical du 21 juin 2010 du même médecin, dont il ressort que l'état dépressif de l'assurée nécessite une prise en charge spécifique auprès du Centre Médico Psychiatrique de Z._____ (pce 80 p. 2);
- un certificat médical du 12 octobre 2010 du même médecin, indiquant que l'assurée effectue régulièrement un contrôle gynécologique chez le Dr C._____, médecin qui l'avait pris en charge dès le début de la maladie cancéreuse (pce 90);
- un rapport psychiatrique du 22 juillet 2010 de la Dresse O._____ du Centre médico-psychologique à de Z._____, laquelle diagnostique chez l'assurée un état dépressif majeur de degré moyen (F 32.11) traité par antidépresseurs depuis 2003. Le psychiatre relate une récente aggravation de la symptomatologie dépressive du fait de la non reconnaissance de son handicap. De manière objective, la praticienne relève chez l'assurée une incapacité à se projeter dans l'avenir, une insomnie d'endormissement, des angoisses envahissantes, des idées de mort positives, une idéation bloquée sur sa fibromyalgie, ses douleurs et son handicap. Selon la spécialiste, l'assurée est inapte au travail et a peu d'espoir d'amélioration (pce 83);
- un rapport du 22 juillet 2010 de la Dresse N._____, médecin traitant remplaçant la Dresse F._____, indiquant que l'assurée souffre depuis l'année 2004 d'un syndrome dépressif réactionnel invalidant. Comme diagnostics non invalidants, la praticienne souligne une fibromyalgie présente depuis 2003 et allant en s'aggravant, ainsi qu'un cancer du sein gauche opéré en juillet 2004. La praticienne relate une surveillance de l'état clinique et psychique de l'assurée depuis novembre 2007, celle-ci bénéficiant d'un suivi psychiatrique spécifique auprès de la Dresse O._____ et étant sous médicaments antalgiques et antidépresseurs. Est également relevé le fait que l'assurée ne peut plus travailler depuis janvier 2006; celle-ci ayant été par ailleurs licenciée pour raison médicale après une tentative de reprise du travail. La Dresse N._____ relève comme symptomatologie une asthénie, des douleurs diffuses, des difficultés à tenir une position debout ou assise prolongée, des troubles de la concentration, ainsi que de l'anxiété (TAF pce 82);
- un rapport médical du 17 janvier 2011 établi par le Dr C._____, gynécologue-obstétricien, lequel indique avoir traité l'assurée en

juillet 2004 pour un cancer du sein gauche et avoir reçu celle-ci en consultation pour la dernière fois en octobre 2010. Rappelant que l'assurée - maintenant sous surveillance simple - a subi deux opérations à cette époque, ainsi qu'une chimiothérapie et une hormonothérapie, le médecin relève des douleurs et une impotence fonctionnelle post curage axillaire avec peu de chance de récupération. Selon lui, l'intéressée ne peut plus exercer son activité et présente une diminution de rendement en raison de douleurs à la mobilisation de l'épaule gauche entraînant des limitations fonctionnelles; selon lui, l'assurée est très handicapée par les conséquences du curage axillaire vraisemblablement en raison de lésions nerveuses et présente une fatigue chronique excluant pour l'instant une reconstruction mammaire. Le médecin retient que l'assurée a une résistance limitée et devrait être classée en invalidité; sont également annexés plusieurs rapports hospitaliers relatifs aux opérations et traitements de cancer du sein de l'assurée (pces 98 et 100);

- un certificat médical du 24 janvier 2011 signé par la Dresse N._____, médecin traitant, laquelle réitère que l'état de santé de l'assurée est incompatible avec la reprise d'une activité professionnelle. La praticienne indique suivre l'intéressée de manière bimensuelle pour des angoisses, des troubles du sommeil et des douleurs difficiles à gérer malgré une bonne compliance thérapeutique. En outre, la Dresse N._____ relève que l'assurée - n'ayant pas encore pu bénéficier d'une reconstruction mammaire - est suivie tous les 6 mois par son gynécologue le Dr C._____, ainsi que par le Dr M._____ pour sa fibromyalgie, et par la Dresse O._____ à raison d'une fois par mois pour ses troubles psychiques; sont notamment annexés plusieurs ordonnances, ainsi que le dossier de l'intéressée (pce 102).

E.b Dans un avis SMR du 11 février 2011 (pce 104), le Dr P._____ propose qu'une expertise pluridisciplinaire, rhumatologique, oncologique et psychiatrique soit ordonnée. L'Office cantonal dépose ainsi une demande d'expertise pluridisciplinaire par courrier du 8 avril 2011 (pce 105) auprès du Centre d'expertise médicale-Policlinique médicale universitaire (CEM-PMU) officiant en tant que Centre d'observation médical de l'assurance invalidité (COMAI).

E.c Dans un rapport d'expertise pluridisciplinaire du 18 octobre 2011 (pce 111), les Dresses Q._____ et R._____, spécialistes de

médecine interne, et le Dr S._____, psychiatre et psychothérapeute, ainsi que les Drs T._____, et U._____ consultés en matière de rhumatologie et d'ostéoporose, estiment, après examen complet de l'assurée et discussion dans un colloque de synthèse multidisciplinaire en présence des médecins internistes et du médecin psychiatre, que celle-ci présente principalement un syndrome polyalgique idiopathique diffus de type fibromyalgie (M 79.0), une dysthymie (F 34.1), de l'ostéopénie (M 85.8), ainsi qu'un status après carcinome du sein gauche en rémission (C 50.9).

Les experts retiennent que l'assurée a retrouvé dès janvier 2007 une capacité de travail entière dans son ancienne activité de gouvernante et dans toute autre activité respectant ses limitations fonctionnelles au niveau du bras gauche, à savoir sans port de charge ou travaux lourds et sans mouvements répétitifs et intensifs. Pour les périodes antérieures, les experts décrivent une capacité de travail réduite d'au moins 25% depuis juin 2004 en raison d'un cancer du sein. Ils relèvent comme ressortant du dossier une incapacité de travail totale du 17 juin 2004 au 4 septembre 2005, puis une incapacité de 50% pour la période allant du 5 septembre 2005 au 13 janvier 2006, indiquant à la page 23 de l'expertise qu'il est "difficile de se prononcer sur la période entre janvier 2006 et janvier 2007".

F.

F.a Appelé à se prononcer, le SMR, dans un avis du 6 décembre 2011, reprend les conclusions de l'expertise qui sont à son sens manifestement convaincantes. Le médecin retient ainsi que l'assurée dispose d'une capacité de travail entière dans son activité habituelle ou dans des activités respectant les limitations fonctionnelles de son épaule gauche depuis le début de l'année 2007 (pce 114).

F.b Par projet de décision du 18 janvier 2011, l'OAI-GE propose le rejet de la demande de prestations d'assurance-invalidité de A._____, dès lors que l'expertise pluridisciplinaire est manifestement convaincante et permet de retenir que l'intéressée a retrouvé une capacité de travail entière dans son ancienne activité de gouvernante (pce 118).

F.c Par opposition du 8 février 2012, la recourante, par l'intermédiaire de son représentant, requiert la mise en place d'une contre-expertise, celle effectuée présentant de graves lacunes. Elle indique en particulier que

celle-ci n'a pas tenu compte du fait que sa taille a diminué de 8 cm en raison de sa maladie (pce 119).

F.d Dans un avis SMR du 17 février 2012, le Dr V._____ estime que la recourante n'a pas amené d'éléments médicaux permettant de remettre en cause les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire effectuée. Selon lui, celle-ci est complète, les experts ayant en particulier tenu compte en p. 10 de l'expertise de la diminution de taille de la recourante (pce 121).

F.e Par décision du 6 mars 2012, l'OAIE rejette la demande de prestations de l'assurance-invalidité de l'assurée se référant aux avis SMR, ainsi qu'à l'expertise pluridisciplinaire effectuée, laquelle indique une capacité de travail entière de l'intéressée dans son activité habituelle depuis 2007. S'agissant de la requête de contre-expertise de l'assurée lors de la procédure d'audition, l'OAIE estime que les conclusions de l'expertise ne sauraient être remises en cause, les experts ayant entre autre tenu compte de la diminution de la taille de l'intéressée (pce 124).

G.

Le 26 avril 2012, A._____, par l'intermédiaire de son représentant, interjette recours auprès du Tribunal administratif fédéral, concluant à l'annulation de ladite décision et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité depuis le 11 janvier 2005 sous suite de frais et dépens et subsidiairement à lui permettre de prouver par toutes voies de droit la réalité des faits qu'elle allègue. La recourante se prévaut d'une incapacité de travail permanente et de longue durée sur la base des rapports médicaux récents de ses médecins traitant. En outre, elle conteste la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire, considérant que l'arrêt du TAF du 19 janvier 2010 a été mal exécuté. D'une part, l'intéressée souligne qu'un examen oncologique fait défaut et aurait dû être entrepris au vu des conclusions des Drs C._____ et O._____ lui reconnaissant une incapacité de travail totale, et, d'autre part, la recourante critique le fait que l'expert rhumatologique n'ait pas participé au colloque de synthèse, considérant que la valeur probante est moindre sans échange de vues avec l'expert psychiatrique. A._____ souligne pour finir que l'expertise a été effectuée en été, saison où les douleurs rhumatismales sont fortement diminuées (TAF pce 1).

H.

Dans un avis SMR du 31 mai 2012, le Dr V._____ relève qu'il ressort du dossier que la recourante n'est plus suivie par un oncologue et est en rémission de son cancer de sein depuis 2007. Considérant que la

recourante ne subit plus de traitement outre une surveillance simple par son gynécologue et ne présente pas d'asthénie persistante, le médecin SMR estime une expertise oncologique inutile, un médecin interniste étant plus à même de suivre une maladie tumorale en rémission depuis de nombreuses années. En outre, le médecin remarque d'une part que la diminution de taille de la recourante a été prise en compte par l'expert rhumatologue en page 18 et d'autre part que les signes jurisprudentiels de gravité d'une fibromyalgie sont bien explicités dans le rapport d'expertise et permettent de considérer la fibromyalgie comme non incapacitante (TAF pce 3).

I.

Par réponse du 15 juin 2012, l'OAIE conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision entreprise et renvoie à la prise de position du 6 juin 2012 de l'OAI-GE, lequel se réfère à l'avis SMR du 31 mai 2012 précité (TAF pce 3).

J.

Par décision incidente du 4 juillet 2012, le Tribunal invite la recourante à déposer sa réplique jusqu'au 4 septembre 2012 et à verser une avance sur les frais de procédure de Fr. 400.--, montant dont la recourante s'est acquittée dans le délai imparti (TAF pces 4 à 6).

K.

Par réplique du 4 septembre 2012, la recourante par l'intermédiaire de son représentant, argue que le concours d'un oncologue était indispensable pour juger de sa capacité de travail pendant la période déterminante, soit depuis le 17 juin 2005, comme retenu par le TAF dans son arrêt du 19 janvier 2010. Soulignant à nouveau l'absence du rhumatologue et du spécialiste en ostéoporose lors du colloque de synthèse multidisciplinaire, la recourante estime que l'absence d'échange de point de vue avec ces spécialistes compromet la valeur probante de l'expertise effectuée s'agissant de la reconnaissance du diagnostic de fibromyalgie. La recourante réitère ses précédentes conclusions, indiquant que dans le cas où le Tribunal de céans devait considérer qu'un complément d'expertise est nécessaire, il devrait l'ordonner lui-même et non renvoyer la cause à l'OAIE (TAF pce 7).

L.

Par duplique du 20 septembre 2012, l'OAIE confirme ses précédentes conclusions se référant pour le surplus à une prise de position du 18 septembre 2012 de l'OAI-GE qui répète les arguments déjà

développés précédemment. S'agissant du temps écoulé entre l'arrêt du TAF du 19 janvier 2010 et l'expertise du 18 octobre 2011, l'Office AI cantonal relève encore avoir dû requérir des informations auprès des médecins traitant qui ont tardé à répondre et avoir ensuite mis rapidement en place une expertise pluridisciplinaire reçue en octobre 2011, contestant ainsi avoir tardé mettre en application l'arrêt du TAF précité (TAF pce 9).

M.

Par ordonnance du 27 septembre 2012, le Tribunal porte un double de la duplique à la connaissance de la recourante et l'invite à formuler ses remarques éventuelles jusqu'au 29 octobre 2012. La recourante ne réagit pas dans le délai imparti (TAF pce 10).

Droit :

1.

1.1 Au vu de l'art. 31 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), 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), le Tribunal administratif fédéral connaît des recours interjetés par les personnes résidant à l'étranger contre les décisions prises par l'OAIE. Demeurent réservées les exceptions - non réalisées en l'espèce - prévues à l'art. 32 LTAF.

1.2 L'art. 40 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201) précise les compétences des offices AI cantonaux et de l'OAIE. Ce dernier est ainsi compétent pour enregistrer et examiner les demandes des assurés domiciliés à l'étranger, sous réserve de l'art. 40 al. 2 RAI, qui règle le cas particulier des demandes des frontaliers. L'art. 40 al. 2 RAI prévoit en effet que l'office AI du secteur d'activité dans lequel le frontalier exerce une activité lucrative est compétent pour enregistrer et examiner les demandes présentées par les frontaliers. Cette règle s'applique également aux anciens frontaliers pour autant que leur domicile habituel se trouve encore dans la zone frontière au moment du dépôt de la demande et que l'atteinte à la santé remonte à l'époque de leur activité en tant que frontalier. Il appartient à l'OAIE de notifier les décisions (art. 40 al. 2 RAI dernière phrase). L'art. 40 al. 3 RAI dispose encore que l'office AI compétent lors de l'enregistrement de la demande le demeure durant toute la procédure.

2.

2.1 Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal administratif fédéral 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. Or, 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. A cet égard, conformément à l'art. 2 LPGA en relation avec l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26^{bis} et art. 28 à 70 LAI), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA.

2.2 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.

2.3 En outre, déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et art. 52 PA), et l'avance sur les frais de procédure ayant été dûment acquittée, le recours est recevable.

3.

Le Tribunal administratif fédéral applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués (cf. art. 62 al. 4 PA) ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (cf. PIERRE MOOR, Droit administratif, vol. II, 3^e éd., Berne 2011, ch. 2.2.6.5, pp. 300 s.). La procédure est régie par la maxime inquisitoire, ce qui signifie que le TAF définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (cf. art. 12 PA). Les parties doivent toutefois collaborer à l'établissement des faits (art. 13 PA) et motiver leur recours (art. 52 PA). En conséquence, l'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a, ATF 121 V 204 consid. 6c; Jurisprudence des autorités administratives de la Confédération [JAAC] 61.31 consid. 3.2.2; ANDRÉ MOSER/MICHAEL BEUSCH/LORENZ KNEUBÜHLER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, Bâle 2008, p. 22 n. 1.55, ALFRED KÖLZ/ISABELLE HÄNER/MARTIN BERTSCHI, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 3^e éd., Zurich 2013, n°154 ss).

4.

4.1 En l'espèce, A._____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, entré en vigueur le 1^{er} juin 2002, entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part (ALCP, RS 0.142.112.681), dont l'Annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale par renvoi statique au droit européen (art. 80a LAI; concernant les nouveaux règlements de l'Union européenne [CEE] n° 883/2004 et 987/2009 [RS 0.831.109. 268.1 et RS 0.831.109.268.11], on note que ceux-ci sont entrés en vigueur pour la relation avec la Suisse et les Etats de l'Union européenne depuis le 1^{er} avril 2012 et ne sont pas applicables en l'espèce).

4.2 Conformément à l'art. 3 al. 1 du Règlement (CEE) N°1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 en vigueur jusqu'au 31 mars 2012 (RO 2005 3909, RO 2009 621, RO 2009 4845), les personnes qui résident sur le territoire de l'un des Etats membres et auxquelles les dispositions du 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. Comme avant 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 (art. 40 par. 4 du Règlement 1408/71; ATF 130 V 257 consid. 2.4), étant précisé que la documentation médicale et administrative fournie par les institutions de sécurité sociale d'un autre Etat membre doit être prise en considération (art. 40 du règlement [CEE] n° 574/72 en vigueur jusqu'au 31 mars 2012 [RO 2004 121, RO 2008 4219, RO 2009 4831]).

5.

5.1 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). En l'espèce, dès lors que la recourante fait valoir être victime d'une atteinte incapacitante dès 2003 ou au plus tard dès le mois de juin 2004 et avoir droit à une rente entière d'invalidité dès janvier 2005 (TAF pce 1) et que la demande y afférente a été déposée le

9 janvier 2006 (pce 1), le droit à des prestations doit être examiné à l'aune des dispositions en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 (4^{ème} révision de la LAI; RO 2003 3837; FF 2001 3045); les dispositions de la 5^{ème} révision de la LAI entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008 et celles de la 6^{ème} révision de la LAI (premier volet) en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2012 ne sont par contre pas applicables.

5.2 La recourante a présenté sa demande de rente le 9 janvier 2006 en faisant valoir une atteinte à la santé présente depuis l'année 2003. En dérogation à l'art. 24 LPGA, l'art. 48 al. 2 LAI prévoit que si l'assuré présente sa demande de rente plus de douze mois après la naissance du droit, les prestations ne sont allouées que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande. Concrètement le Tribunal peut se limiter à examiner si la recourante avait droit à une rente le 9 janvier 2005 (12 mois avant le dépôt de la demande) ou si le droit à une rente était né entre cette date et le 6 mars 2012, date de la décision attaquée marquant la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 129 V 1 consid. 1.2 et ATF 121 V 362 consid. 1b).

6.

6.1 Selon les normes applicables, tout requérant, pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse, doit remplir cumulativement les conditions suivantes: être invalide au sens de la LPGA et de la LAI (art. 8 LPGA; art. 4, 28, 29 al. 1 LAI) et compter au une année entière de cotisations (art. 36 al. 1 LAI). Or, en l'espèce, la recourante a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus d'un an (cf. supra let. A) et remplit donc la condition de la durée minimale de cotisations eu égard au moment de l'ouverture éventuelle du droit à la rente. Il reste à examiner si elle est invalide au sens de la LAI.

6.2 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. 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. La notion d'invalidité est de nature économique/juridique et non médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). Selon une jurisprudence constante, bien que l'invalidité soit une notion juridique et économique les données fournies par les médecins constituent néanmoins un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux peuvent être encore raisonnablement exigés de l'assuré (ATF 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, RCC 1991 p. 329 consid. 1c).

7.

7.1 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. Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 125 V 352 consid. 3a et les références).

7.2 Selon la jurisprudence, le juge qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît en général disproportionné dans le cas particulier. A l'inverse, le renvoi à

l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (arrêt du Tribunal fédéral 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3. et réf. cit.).

8.

8.1 En l'espèce, il est admis que A._____ souffre principalement de douleurs de type fibromyalgique depuis 2003, ainsi que d'ostéomalacie avec fracture de fatigue au niveau des pieds (pce 12 pp. 12 et 15; pce 13 p.14 et 26 pp. 2 à 4), et que celle-ci a présenté un cancer du sein gauche opéré à deux reprises en juillet 2004 par tumorectomie et mastectomie (cf. pces 4, 12 et 18). Traitée par chimiothérapie et radiothérapie jusqu'à la fin de l'année 2004 (pce 54 p. 39), l'assurée poursuit une hormonothérapie de janvier 2005 à juin 2010 (pces 32, 41 p. 2 et 62 p. 9). Par ailleurs, celle-ci présente des symptômes dépressifs depuis l'année 2004 et bénéficie d'un suivi psychothérapeutique depuis l'automne 2006 (pces 26 pp. 1 et 4).

8.2 S'agissant d'une éventuelle invalidité, les médecins et experts consultés ne s'accordent pas sur la gravité des symptômes dépressifs de l'assurée ni sur l'influence de ses diverses affections sur sa capacité de travail. En effet, des suites des traitements oncologiques, A._____ est reconnue en incapacité de travail du 17 juin 2004 au 5 septembre 2005 par ses médecins traitants (pces 12, 18, 21). Après une tentative de reprise du travail à 50% soldée par un échec, la Dresse F._____, dans deux rapports médicaux des 7 et 17 janvier 2006 (pces 4 et 12) déclare l'assurée incapable de travailler depuis le mois de janvier 2006 dans tout type d'activités en raison de la recrudescence de ses douleurs fibromyalgiques, d'une asthénie importante due à la poursuite de l'hormonothérapie et d'un trouble dépressif réactionnel.

Suite à une première instruction, l'OAIE arrive toutefois à la conclusion que l'assurée ne présente pas d'invalidité malgré une dysthymie (cf. le rapport d'expertise du Dr G._____ du 30 décembre 2006; pce 32) et un état douloureux diffus et fluctuant associé à une fibromyalgie, ainsi qu'un status après mastectomie gauche pour carcinome mammaire en rémission (cf. le rapport d'expertise du 8 juin 2007 du Dr K._____; pce 54) et rejette la demande de rente de l'assurée par décision du 16 octobre 2007 (pce 69).

8.3 L'assurée ayant recouru contre cette décision, le Tribunal administratif fédéral (ci-après: le TAF ou le Tribunal) par arrêt du 19 janvier 2010 (C-7772/2007; pce 75) a annulé la décision entreprise et renvoyé la cause à l'OAIE pour nouvelle instruction. D'une part le Tribunal estime alors qu'un rhumatologue aurait dû être consulté et l'expertise aurait dû contenir un échange de vues entre les experts afin de juger du caractère invalidant de la fibromyalgie dont souffre l'assurée. D'autre part, le Tribunal souligne les lacunes de l'expertise somatique qui ne tient pas compte des conséquences du traitement d'hormonothérapie sur la capacité de travail de l'assurée et dont les conclusions sont peu claires; en effet, l'expert retient que l'assurée a retrouvé une capacité de travail depuis juillet 2005 sans préciser laquelle et mentionne plus haut que celle-ci présente une capacité de travail entière dans sa dernière activité avec une diminution de rendement de 25% au moment de l'expertise; une incapacité de travail de 20% au moins depuis 2003 est également mentionnée (pce 54). Le Tribunal estime alors qu'une expertise oncologique, rhumatologique et psychiatrique avec échange de vues des spécialistes doit être ordonnée par l'OAI-GE afin de clarifier la capacité de travail de l'assurée pour la période déterminante, à savoir dès le 17 juin 2005.

8.4 L'OAI-GE rassemble des informations supplémentaires auprès des médecins traitants de l'assurée, qui la déclarent en substance incapable de travailler en raison d'une profonde asthénie, de sa fibromyalgie, d'un état dépressif majeur de degré moyen (cf. les rapports médicaux des Drs N._____, C._____ et O._____; pces 80, 82, 83, 100 et 102). L'Office AI cantonal consulte ensuite son service médical, lequel, dans un avis du 11 février 2011, considère qu'une expertise rhumatologique, psychiatrique et oncologique est nécessaire. Dès lors, l'OAI-GE requiert qu'une expertise pluridisciplinaire soit effectuée auprès de la policlinique médicale universitaire (PMU). Sur la base de cette expertise du 18 octobre 2011 et de l'appréciation du SMR (pces 111 et 114), l'OAIE, par décision du 6 mars 2012, rejette finalement la demande de rente de l'assurée déposée le 9 janvier 2006 lui niant tout droit à une rente.

8.5 Dans le cadre de son recours contre cette décision, la recourante reproche à l'autorité inférieure d'avoir mal exécuté l'arrêt du Tribunal administratif fédéral du 19 janvier 2010, relevant d'une part qu'un rhumatologue n'a pas participé au colloque de synthèse et d'autre part que le volet oncologique requis par le Tribunal n'a pas été effectué. Remettant ainsi en cause la valeur probante de l'expertise effectuée, la recourante relève également que, si par impossible son cancer en rémission ne devait plus avoir d'influence sur sa capacité de travail, il

ressort clairement du dossier qu'elle a subi une longue incapacité de travail durant la période déterminante. Considérant ces lacunes, la recourante requiert qu'une rente entière d'invalidité lui soit octroyée depuis le 1^{er} juin 2005 sur la base des rapports médicaux de ses médecins traitants ou subsidiairement que le Tribunal ordonne un complément d'expertise oncologique (TAF pces 1 et 7).

9.

9.1 A titre préliminaire, il sied de noter qu'un arrêt de renvoi oblige l'autorité à laquelle le dossier est renvoyé à statuer et que celle-ci doit le faire dans les limites tracées par l'arrêt de renvoi, c'est-à-dire en se conformant aux considérants du jugement. L'autorité de première instance est donc liée non seulement par le dispositif lorsqu'il entre en force, mais également par les motifs de l'arrêt. Enfin, les considérants de l'arrêt lient non seulement l'autorité de renvoi, mais aussi les parties et l'autorité de recours elle-même, qui ne saurait revenir sur sa décision à l'occasion d'un recours subséquent (arrêts du Tribunal fédéral 9C_837/2011 du 29 juin 2012 consid. 5.2, 9C_407/2008 du 6 avril 2009 consid. 1.1, I 711/04 du 6 mars 2006 consid. 1; RDAF 2011 I p. 113 n° 126).

9.2 Or, en l'espèce force est au Tribunal de reconnaître que l'autorité inférieure n'a pas mis complètement en application l'arrêt du TAF du 19 janvier 2010 en omettant de requérir la participation d'un oncologue à l'expertise pluridisciplinaire et considérant l'absence d'échange de vues entre l'expert psychiatrique et l'expert rhumatologue, qui a été en l'espèce uniquement consulté en consilium et n'a pas signé l'expertise du 18 octobre 2011. L'autorité inférieure, se référant à l'avis du SMR, considère que le volet oncologique n'était pas nécessaire, l'assurée étant en rémission et ne bénéficiant plus que d'une surveillance simple par le Dr C. _____ (TAF pce 3). En effet, dans son rapport du 31 mai 2012, le SMR estime qu'un médecin interniste était le mieux à même de suivre une maladie tumorale en rémission depuis de nombreuses années. S'agissant de la reconnaissance du caractère invalidant de la fibromyalgie de l'assurée, le SMR relève que les signes jurisprudentiels de gravité sont bien explicités par les experts et manifestement insuffisants pour reconnaître une incapacité de travail de l'assurée à ce titre.

9.3 Dans la présente occurrence, le renvoi de la cause à l'OAIE pour complément d'instruction par le TAF en 2010 avait justement pour but de

clarifier la capacité de travail de l'assurée depuis le 17 juin 2005, soit une année après la survenance de son cancer du sein. Si l'incapacité de travail de l'assurée jusqu'à la fin de sa chimiothérapie et radiothérapie ne fait que peu de doute et semble admise par les divers médecins et experts, à savoir jusqu'à la fin de l'année 2004 (pces 12 et 54), l'appréciation de la capacité de travail de l'assurée pour les périodes ultérieures divergent de manière importante entre les premiers experts, les Drs G._____ et K._____, et les médecins traitants de l'assurée (cf. *supra* consid. 8.2). A l'exception d'une reprise du travail à 50% pour la période du 6 septembre 2005 au 11 janvier 2006 (entrecoupée d'un arrêt complet durant 10 jours), l'assurée est mise en arrêt à 100% par ses médecins traitant du 17 juin 2004 au 5 septembre 2005 puis dès le 1^{er} janvier 2006 en raison de douleurs fibromyalgiques accrues accompagnées d'un trouble dépressif réactionnel et d'asthénie (cf. *supra* consid. 8.2). Quant à l'expert interniste, le Dr K._____, il livre dans son expertise du 8 juin 2007 des conclusions peu claires à propos de l'influence des atteintes de l'assurée sur sa capacité de travail (cf. *supra* consid. 8.3). Dès lors, l'imbrication des douleurs fibromyalgiques, du trouble dépressif de l'assurée et de l'asthénie provoquée par le traitement d'hormonothérapie suivie par celle-ci dès janvier 2005 est telle que le TAF a estimé que seule une expertise pluridisciplinaire rhumatologique, psychiatrique et oncologie avec échange de vues des spécialistes était à même de déterminer les conséquences des atteintes somatiques et psychiques de l'assurée sur sa capacité de travail.

9.4 Or, s'agissant de l'atteinte oncologique de l'assurée, le Tribunal relève que, même en admettant qu'un médecin interniste est également apte à juger de l'évolution d'un cancer en rémission, l'expertise pluridisciplinaire effectuée en complément d'instruction le 18 octobre 2011 reste lacunaire. En effet, les experts relèvent uniquement que l'assurée n'est plus suivie par un oncologue pour son cancer en rémission et ne présente plus d'asthénie importante au moment de l'expertise. Ainsi, en tenant compte des limitations fonctionnelles de l'épaule gauche liée aux interventions et à la radiothérapie, ils concluent à une capacité de travail entière dans une activité adaptée au moment de l'expertise (pce 111 p. 21).

A cet égard, le Tribunal estime cette appréciation d'un point de vue oncologique réellement insuffisante. Les experts concluent globalement à une capacité de travail à 100% dès le début de l'année 2007 (se référant à la date de l'expertise du Dr K._____) et indiquent qu'il est "difficile de se prononcer sur la période entre janvier 2006 et janvier 2007", reprenant

pour les périodes antérieures les arrêts de travail fixés par les médecins traitant (p. 23 de l'expertise). Ils ne se prononcent donc pas sur une grande partie de la période déterminante pour l'octroi d'une rente d'invalidité et ne discutent pas de l'influence du traitement d'hormonothérapie suivi par l'assurée combinée avec les douleurs fibromyalgiques, alors que son incapacité de travail depuis juillet 2005 est justement un point de divergence entre les divers médecins consultés dans le cadre de ce dossier.

9.5 Le service SMR s'est ainsi à tort contenté de cette expertise pour juger du droit à la rente de l'assurée durant la période déterminante et aurait dû à tout le moins réclamer un complément d'expertise en formulant les questions aux experts de manière à mettre en œuvre de manière correcte l'arrêt du TAF du 19 janvier 2010, afin qu'ils discutent les divers rapports médicaux au dossier, expliquent pour quelle raison ils se rallient à l'expertise du Dr K._____ et se positionnent clairement sur la capacité de travail de l'assurée depuis le mois de juin 2005.

Par ailleurs, le service SMR lui-même a requis une expertise pluridisciplinaire contenant un volet oncologique auprès de la PMU (avis SMR du 11 février 2011; pce 104); toutefois, il n'apparaît pas au dossier pour quelles raisons un oncologue n'a pas participé à l'expertise demandée. Ce d'autant que, durant la période déterminante, il ressort du dossier que l'assurée présentait bel et bien une asthénie souvent décrite comme importante en rapport avec son traitement d'hormonothérapie, élément qui n'a pas été discuté dans le cadre de l'expertise pluridisciplinaire (cf. les rapports des 26 juin 2006 et 27 juillet 2007 de la Dresse F._____ [pces 23 et 59 p. 2]; les rapports des 18 janvier 2008, 14 et 20 février 2008, ainsi que des 9 mars 2008, 22 juin 2009 et du 22 juillet 2011 de la Dresse N._____ [pces 73, 80 p. 3 et 82] et du rapport du 17 janvier 2011 du Dr C._____ [pce 100]).

9.6 Ainsi, comme il ressort de l'arrêt du TAF du 19 janvier 2010, ces éléments sont de nature à semer un doute important quant au point de savoir si l'atteinte oncologique permettait effectivement à la recourante d'exercer à 100% son ancien métier ou une activité adaptée, en raison de l'imbrication avec ses autres atteintes. Le Tribunal ne saurait se déterminer sans une appréciation globale et pluridisciplinaire sur toute la période déterminante. Dès lors, considérant les conclusions peu claires de l'expertise pluridisciplinaire du 18 octobre 2011 pour les périodes antérieures à l'expertise, soit depuis le mois de juin 2005, le Tribunal

considère que la cause doit être renvoyée à l'autorité inférieure pour complément d'instruction.

10.

10.1 S'agissant de la valeur probante de l'expertise du 18 octobre 2011 et de savoir si celle-ci s'en trouve altérée par l'absence d'un échange de vues formel entre l'expert psychiatrique et l'expert rhumatologique, le Tribunal relève qu'il ne ressort pas de la jurisprudence du Tribunal fédéral que cela soit obligatoire. En effet, le Tribunal fédéral considère qu'une expertise interdisciplinaire tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et psychiques est la mesure d'instruction adéquate pour établir de manière objective si l'assuré présente un état douloureux d'une gravité telle - eu égard également aux critères déterminants précités - que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail ne peut plus du tout ou seulement partiellement être exigible de sa part (voir aussi P. HENNINGSEN, Zur Begutachtung somatoformer Störungen in: Praxis 94/2005, p. 2007 ss). On peut toutefois réserver les cas où le médecin rhumatologue est d'emblée en mesure de constater, par des observations médicales concluantes, que les critères déterminants ne sont pas remplis, ou du moins pas d'une manière suffisamment intense, pour conclure à une incapacité de travail.

10.2 Ainsi, le Tribunal considère que l'absence d'échange de vues ou l'absence de signature d'un expert consulté ne saurait invalider de manière automatique une expertise pluridisciplinaire. Dans le cas présent, les conclusions des experts psychiatrique et rhumatologique apparaissent correspondre aux conditions jurisprudentielles en la matière (consid. 7.1), En effet, le Dr T._____, expert rhumatologue, indique sans équivoque qu'au moment de l'examen du 15 juin 2011 "la capacité d'un point de vue rhumatologique médico-théorique est complète, à moins que le syndrome polyalgique idiopathique diffus de type fibromyalgique [dont souffre l'assurée] soit accompagné d'une comorbidité psychiatrique ayant valeur de maladie" (page 18 de l'expertise). Les deux médecins internistes et le médecin psychiatre étaient à même de livrer une appréciation globale et interdisciplinaire de l'état fibromyalgique de l'assurée au moment de l'expertise, l'absence du médecin rhumatologue lors du colloque de synthèse n'apparaît pas au Tribunal comme portant atteinte à la valeur probante de l'expertise s'agissant de la fibromyalgie.

10.3 Toutefois, l'intérêt d'un échange de vues entre les experts rhumatologue, psychiatre et oncologique reposait en l'espèce également dans le fait de pouvoir déterminer si le cumul des différentes affections de l'assurée pouvait justifier un incapacité de travail telle que retenue par ses médecins traitant suite à son traitement oncologique par chimiothérapie et radiothérapie. Or, comme relevé sous considérant 9, non seulement les experts internistes et psychiatriques n'ont pas pris position de manière satisfaisante sur une éventuelle incapacité de travail de l'assurée antérieurement à l'expertise, mais, de plus, une appréciation globale de l'influence de ces affections sur la capacité de travail de l'assurée entre le début de son hormonothérapie (janvier 2005) et l'expertise effectuée au printemps 2011 n'a pas été réalisée, l'expert rhumatologue n'ayant pas participé au colloque de synthèse et les médecins internistes, au demeurant non spécialisés en oncologie, n'ayant discuté à aucun moment de l'influence de l'asthénie importante de l'assurée décrite par les médecins traitant jusqu'à la fin de son traitement d'hormonothérapie en juin 2010 (cf. consid. 9.4).

10.4 Malgré le fait que l'on peut reconnaître une certaine valeur probante à l'expertise de la PMU s'agissant de l'appréciation de la capacité de travail de l'assurée au moment de l'expertise et pour l'avenir, le Tribunal rappelle l'ATF 135 V 148, fixant qu'une autorité judiciaire qui statue avant le Tribunal fédéral doit autant que possible éviter de se prononcer matériellement sur une période ultérieure du droit à la rente contesté lorsqu'elle renvoie la cause à l'administration pour des investigations complémentaires portant sur la période initiale. Si elle choisit quant même un tel procédé, elle ne pourra pas rendre une décision partielle mais uniquement une décision incidente (ATF 135 V 148 consid. 5). Cette jurisprudence se fonde notamment sur l'idée que l'examen du droit à des prestations dans une période initiale peut éventuellement mettre à jour des éléments nouveaux qui remettraient en question le jugement portant sur la période ultérieure. Dès lors, le Tribunal ne saurait se déterminer sur le droit à la rente de l'assurée au moment de l'expertise effectuée en mai-juin 2011 (pce 111), étant donné que les faits fondant un éventuel droit à une rente d'invalidité pour la période antérieure ne sont pas suffisamment instruits pour pouvoir se prononcer en l'état du dossier.

11.

11.1 En conséquence, le Tribunal admet partiellement le recours et annule la décision entreprise (ATF 135 V 148, consid. 5.3). Pour le surplus, faisant droit à la conclusion subsidiaire du recourant, la cause est

renvoyée à l'autorité inférieure, en application de l'art. 61 PA (ATF 137 V 210, consid. 4.4.1.4), afin quelle mette en œuvre une expertise pluridisciplinaire rhumatologique, psychiatrique et oncologique avec échange de vues, dans le but de déterminer précisément et de manière interdisciplinaire la capacité de travail de la recourante depuis le 9 janvier 2005 dans son activité habituelle et dans des activités adaptées. Auparavant, une actualisation des rapports des médecins traitants pourra être requise par le service médical de l'administration. Bien que le renvoi de l'affaire doive rester exceptionnel, il est dans le cas concret justifié, conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral, en raison de l'importance des lacunes constatées (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).

11.2 Il est précisé que l'autorité inférieure portera un soin tout particulier à la formulation des questions aux experts, qui devront non seulement se prononcer sur l'état de santé et la capacité de travail de la recourante au moment où l'expertise sera effectuée, mais qui devront également, sur la base des pièces médicales au dossier, se déterminer sur la capacité de travail de l'assurée depuis le 9 janvier 2005 en tenant compte des expertises déjà effectuées et des rapports des médecins traitants rapportant plusieurs affections s'influençant entre elles. Les experts devront expliciter pour quelle raison ils s'écartent de l'avis des médecins dont ils ne suivent pas les conclusions et en particulier ils discuteront de l'éventuelle influence de l'hormonothérapie suivie par l'assurée de janvier 2005 à juin 2010; l'asthénie provoquée par ce traitement étant susceptible d'influencer sa capacité de travail dans le contexte de ses autres affections. L'ensemble du dossier sera par la suite soumis au service médical de l'OAIE pour examen et d'autres mesures d'instruction seront entreprises si nécessaire. Enfin, une nouvelle décision sera prise sur la base d'un dossier complété et actualisé conformément aux considérants du présent arrêt.

12.

A._____ 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 Fr. 400.-- versée par la recourante lui sera restituée dès l'entrée en force du présent jugement.

La recourante ayant agi en étant représentée par un mandataire professionnel, il lui est alloué une indemnité globale de dépens de Fr. 2'800.--, laquelle est fixée en fonction de l'importance et de la difficulté de la cause ainsi que du travail qu'elle nécessite et du temps que l'avocat

pouvait y consacrer (art. 64 al. 1 PA et art. 7 ss du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens, et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]).

(Le dispositif se trouve à la page suivante)

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :**1.**

Le recours est partiellement admis en ce sens que la décision du 6 mars 2012 est annulée et la cause renvoyée à l'OAIE pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

2.

Il n'est pas perçu de frais de procédure. Le montant de Fr. 400.-- payé par la recourante à titre d'avance de frais lui est restitué par la caisse du Tribunal dès l'entrée en force du présent arrêt.

3.

Un montant de Fr. 2'800.-- est alloué à la recourante à titre d'indemnité de dépens, à charge de l'autorité inférieure.

4.

Le présent arrêt est adressé :

- au recourant (Acte judiciaire)
- à l'autorité inférieure (n° de réf. 756.7706.6470.29 ; Recommandé)
- à l'Office fédéral des assurances sociales (Recommandé)

La présidente du collège :

La greffière :

Madeleine Hirsig-Vouilloz

Audrey Bieler

Indication des voies de droit:

Pour autant que les conditions des articles 82 ss, 90 ss et 100 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: