



Cour III
C-3657/2015

Arrêt du 15 décembre 2017

Composition

Caroline Bissegger (présidente du collège),
Christoph Rohrer, Vito Valenti, juges,
Daphné Roulin, greffière.

Parties

A. _____, (Espagne),
recourante,

contre

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

Objet

Assurance-invalidité, droit à la rente (décision du 4 mai
2015).

Faits :**A.**

A._____ (ci-après : la requérante ou l'intéressée), née le (...) 1954, est une ressortissante espagnole, domiciliée en Espagne, mariée de septembre 1976 à juillet 2005 à B._____ (AI pces 2, 19 et 38). Il ressort de son extrait de compte individuel AVS/AI qu'elle a travaillé en Suisse de manière irrégulière de 1973 à 1989 pour un total de 196 mois (AI pces 6, 19 et 20). De retour en Espagne, l'intéressée a notamment travaillé dès le mois de janvier 2006 comme employée de maison jusqu'en octobre 2008, puis d'octobre 2008 en tant qu'employée de maison / aide à domicile auprès de sa mère jusqu'à sa mort en février 2012 et enfin, du 3 septembre au 2 octobre 2013, en qualité de serveuse (AI pces 7, 22 p. 7, 36 p. 4 à 9, 37 et 38).

B.

Après avoir requis le 8 avril 2014 une rente d'invalidité en Espagne (AI pce 5 p. 7), A._____ a déposé, par l'entremise de la Commission administrative de la sécurité sociale des travailleurs migrants, une demande de prestations d'invalidité (formulaire E204) datée du 24 avril 2014 et reçue le 29 avril par l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : l'OAIE ou l'autorité inférieure ; AI pce 5).

C.

Dans le cadre de l'instruction de la demande, l'OAIE a recueilli en particulier la documentation suivante :

- le rapport de radiologie du 11 juin 2010 du Dr C._____, médecin spécialiste en radiologie, diagnostiquant une lombalgie irradiante dans le membre inférieur droit et constatant une scoliose de concavité gauche lombaire, une petite diminution de l'espace articulaire au moins dans le côté concave de L2-L3 et de petits ostéophytes lombaires (AI pce 33),
- deux rapports de radiologie du 8 août 2012 (AI pce 32 p. 1 et 2) de la Dresse D._____, médecin spécialiste en radiologie, diagnostiquant dans son premier rapport (p. 1) des lombalgies sur une patiente avec scoliose et constatant (i) une scoliose dorsolombaire de concavité gauche avec la rotation des corps vertébraux (ii) une diminution discrète asymétrique de la hauteur des espaces discaux, D12-L1 et L1-L2, en relation avec la scoliose, (iii) une ostéoporose et (iv) pas de preuve d'engagement significatif de trous de conjonction visibles ; dans son second rapport daté du même jour (p. 2), la même médecin diagnostique des gonalgies bilatérales de longue évolution et constate des

changements dégénératifs sévères dans les deux articulations fémoro-patellaire plus importants dans le côté droit et des ostéophytes marginaux sur des surfaces articulaires fémorotibiales droites et une surface articulaire fémorale latérale gauche, sans engagement de l'espace articulaire,

- le rapport du 5 février 2013 du service de neurophysiologie (AI pce 30) de la Dresse E. _____, spécialiste en neurophysiologie clinique, concluant, suite à l'examen neurophysiologique, à des données compatibles avec une névropathie en raison de l'écrasement du nerf moyen droit et gauche à son passage du carpe, d'une intensité modérée dans le côté droit et d'une intensité légère dans le côté gauche (p. 2),
- le rapport de radiologie du 23 janvier 2014 du Dr F. _____, médecin spécialiste en radiologie, diagnostiquant des dorsalgies avec des mois d'évolution sur une patiente avec scoliose, confirmant la présence d'une scoliose dorsolombaire, et constatant que la hauteur des corps vertébraux et des espaces interdiscaux est conservée ainsi que des changements naissants dégénératifs en relation avec des petits ostéophytes dans les derniers corps vertébraux dorsaux (AI pce 27),
- un rapport médical détaillé E213 du 22 avril 2014 (AI pce 8) rempli par la Dresse G. _____, spécialisation non indiquée, dont l'historique clinique fait état d'une scoliose depuis 2 ans et de l'intervention chirurgicale il y a un an au niveau du tunnel carpien droit et en attente d'une telle intervention pour le gauche (p. 2), indiquant le traitement actuel (antiinflammatoire, p. 2), relevant (i) suite à l'examen physique de la colonne vertébrale : une mobilité conservée et adéquate de la colonne vertébrale, une capacité de se mettre sur la pointe des pieds et sur les talons, l'absence de signes d'une scoliose ainsi qu'une hyperlordose lombaire (ii) suite à l'examen des membres supérieurs : une mobilité conservée et adéquate avec force maintenue, (iii) suite à l'examen des membres inférieurs une mobilité conservée et adéquate, des genoux avec craquements dans les deux (gonflé à droite, de forme chronique), un arc de mobilité conservé, un genou gauche de valeur physiologique de 5° (p. 5), constatant au niveau neurologique une motricité (force et tonus musculaire) et une marche normale (p. 5), examinant les résultats des radiographies antérieures (p. 6), diagnostiquant une arthrose de prédominance axiale et dans les deux genoux (p. 8), décrivant son évolution comme progressive et de processus chronique (p. 8), limitant sa capacité à l'effort (p. 8), constatant l'absence de déficits fonctionnels

actuels (p. 8), retenant qu'est réalisable un travail moyennement difficile (p. 8), listant les limitations fonctionnelles qui sont permanentes depuis 2014 (éviter les travaux dans des lieux humides, froids, avec fumée des gaz ou des vapeurs, avec des risques de chute, requérant d'utiliser des rampes, de [petits] escaliers, les tâches obligeant à se courber fréquemment, à élever ou à transporter des objets, p. 9 et 10), faisant état de la diminution du rendement en raison de l'axe axial et des deux genoux (p. 9), notant qu'est possible un travail sans l'aide d'autre personne ainsi qu'un travail à temps complet dans la dernière activité de l'intéressée (femme de ménage) et également à temps complet dans une activité adaptée telle que dans la supervision et dans le contrôle (p. 9 et 10).

- le questionnaire pour les assurés travaillant dans le ménage signé et daté par l'intéressée le 19 juin 2014 (AI pce 22).

D.

Par prise de position médicale du 22 septembre 2014 (AI pce 39), le service médical régional de l'OAIE (ci-après : le SMR), soit pour lui le Dr H._____, FMH en médecine générale, explique qu'il ressort du dossier des changements dégénératifs modérés, sans déficiences neurologiques, les radiologies décrivant également une arthrose de la rotule (AI pce 39 p. 1). D'un point de vue clinique, il ne relève pas de troubles fonctionnels pertinents, comme le fait état en détail le rapport médical E213 du 22 avril 2014 (AI pce 39 p. 1). Le Dr H._____ retient les diagnostics principaux de (i) lombalgies avec des changements dégénératifs modérés, (ii) des gonalgies d'arthrose fémoro-rotulienne et (iii) de status après le syndrome du tunnel carpien, opéré d'un côté (AI pce 39 p. 1). Dit médecin fixe l'incapacité de travail de l'intéressé à hauteur de 20% dans son activité habituelle et de 0% dans les activités de substitution (celles-ci sont citées dans l'annexe II : activités de substitution exigibles, cf. AI pce 39 p. 4-5). Les limitations fonctionnelles prises en compte par le Dr H._____ sont : une activité à plein temps dans une position de travail assise et alternée (AI pce 39 p. 2). Il constate que l'intéressée est peu, voire pas limitée dans ses propres tâches ménagères habituelles, en tant qu'employée de maison ou dans une autre activité. Enfin, au vu du dossier, il est d'avis que ne sont pas visibles des souffrances justifiant une rente (AI pce 39 p. 1-2).

E.

Suite aux requêtes de l'OAIE (AI pces 35, 40 et 41), A._____ a décrit dans ses courriers des 29 juillet (non signé) et 9 octobre 2014 ses précédentes activités exercées en Espagne ainsi que les tâches effectuées en

tant qu'employée de maison / aide à domicile auprès de sa mère du 25 octobre 2008 au 28 février 2012 (AI pces 37, 38 et 42).

F.

Par projet de décision du 7 novembre 2014, l'OAIE a communiqué à A._____ son intention de rejeter sa demande de prestations (AI pce 43). Dite autorité a expliqué qu'après lecture du dossier, elle constatait une incapacité de travail à hauteur de 20% dans l'activité habituelle d'employée de maison / d'aide à domicile, qui est toutefois un taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. En outre, l'OAIE a conclu en se référant à la prise de position du SMR que l'activité habituelle restait exigible dans une mesure excluant le droit à une rente d'invalidité malgré les lombalgies récidivantes, les gonalgies et le syndrome bilatéral du tunnel carpien. Enfin, l'autorité inférieure a précisé qu'il était sans importance, pour l'évaluation du degré d'invalidité, qu'une activité raisonnablement exigible soit effectivement exercée ou non (AI pce 43 p. 2).

G.

A._____ a contesté le projet de décision précité par courrier daté du 5 décembre 2014 (AI pce 46). Elle a argumenté que ses atteintes à la santé lui causaient un handicap d'au moins 60% et que, à cause de celui-ci et de ses limitations, il lui était impossible de trouver un travail dans son domaine, de sorte qu'elle se trouvait dans une situation économique insoutenable (AI pce 46 p. 1). Il était ainsi évident que la réduction de sa capacité de travail était supérieure à 65% (AI pce 46 p. 1). Elle a ainsi conclu à l'annulation du projet susmentionné et à l'octroi d'une rente d'invalidité d'au moins 65% (AI pce 46 p. 1 et 2). En outre, à l'appui de son opposition, elle a joint deux rapports médicaux, à savoir :

- un examen en électrophysiologie neuromusculaire du 21 octobre 2014 de la Dresse E._____, neurophysiologue clinique, qui montre (i) des signes dégénératifs chroniques au niveau radiculaire correspondant à la racine L4 des deux côtés, (ii) des signes dégénératifs chroniques au niveau radiculaire correspondant à la racine C6 des deux côtés, et (iii) un syndrome du tunnel carpien gauche (AI pce 45),
- un rapport médical du 20 octobre 2014 du Dr I._____, spécialiste en traumatologie, en chirurgie orthopédique et en chirurgie de la main et des nerfs périphériques (AI pce 44), posant – après une radiologie – les diagnostics de (i) arthrose cervicale avancée avec une dégénérescence discale sévère en C4-C5 et en C5-C6, (ii) listhésis en C5-C6, (iii) une spondylarthrose lombaire avec : (1) une dégénérescence discale

avancée en L4-L5 et (2) un pincement postérieur intersomatique dans le reste des espaces, (iv) un sacrum arcuatum de niveau III, (v) une arthrose avancée fémoro-patellaire bilatérale, (vi) un écart axial rotulien externe bilatéral (vii) une arthrose avancée de l'articulation acromi-claviculaire droite (viii) une exostose sousacrimiale gauche avec d'important syndrome des loges acromio-huméral gauches et (ix) des signes dégénératifs aux hanches (AI pce 44 p. 1) ; après examen électromyographique, dit médecin retient les diagnostics (i) de dénervation chronique en territoire radiculaire L4 des deux côtés, (ii) de dénervation chronique en territoire radiculaire C6 des deux côtés et (iii) de syndrome du tunnel carpien gauche (AI pce 44 p. 2) ; en outre le Dr I._____ explique que sa patiente a des insuffisances vertébro-vasculaires et d'importantes séquelles du syndrome du tunnel carpien droit (opération chirurgicale ; AI pce 44 p. 3) ; enfin, après avoir expliqué en substance les douleurs causées par chaque diagnostic à l'intéressée (AI pce 44 p. 2 et 3), il conclut que les lésions ostéo-articulaires présentent un caractère progressif et irréversible et sont incompatibles à l'activité habituelle de l'intéressée, de sorte que l'incapacité est totale et permanente pour ce motif (AI pce 44 p. 4).

H.

Par prise de position du 18 janvier 2015, après lecture du rapport médical du Dr I._____ du 20 octobre 2014 et malgré des doutes sur le sérieux de son contenu, le Dr H._____ du SMR, FMH en médecine générale, a proposé un examen neurologique et orthopédique ainsi qu'une radiographie (des articulations du genou et de la colonne lombaire ; AI pce 48).

I.

Dans le cadre de la suite de la procédure d'instruction, l'OAIE, outre des documents déjà présents au dossier (AI pces 30 et 57), a recueilli la documentation suivante :

- le rapport médical de l'examen en radiographie lombaire du 17 décembre 2014 du Dr L._____, spécialisation non indiquée, qui a étudié en détail les segments L3 à S1 avec des coupes axiales tomographiques, constatant un prolapsus annulaire dégénératif des disques intervertébraux (L3, L4 et L5) étant plus élevé au niveau L4, une altération compromettant les racines (plus du côté gauche), une sténose d'évidements latéraux plus évidente sur le côté droit L3 et bilatérale en L5, des altérations dégénératives de spondylarthrose avec des ostéophytes et d'important engagement des articulations inter-apophysaires postérieures, associé à un serrage sévère en L4-L5 avec une plus

grande affection à droite, hypertrophie des ligaments intracanaux et des signes dégénératifs aux articulations sacro-iliaques (AI pce 56 ; cf. AI pce 53 p. 7),

- un rapport médical du 9 mars 2015 du Dr M._____, neurologue, constatant l'absence d'atteintes neurologiques et diagnostiquant (i) une scoliose de concavité droite et (ii) une radiculopathie lumbo-sacrée ainsi que proposant comme traitement des analgésiques contre la douleur (AI pce 54),
- un rapport médical du 12 mars 2015 du Dr N._____, traumatologue, constatant – après examen des cervicales, des lombaires, des épaules, des hanches et des genoux – (i) des algies à différents niveaux des articulations en raison de changements dégénératifs plus symptomatiques au niveau lombaire et concluant à un tableau dégénératif modéré/avancé, dont il n'est pas attendu d'amélioration pour le futur, et qui est actuellement assez contrôlé au vu de la vie reposante et du traitement avec du diclofénac (AI pce 55),
- un rapport médical détaillé E213 du Dr O._____, spécialisation non indiquée, du 31 mars 2015 (AI pce 53) notant que les principales atteintes à la santé alléguées par l'intéressée sont des polyarthralgies avec prédominance de lombalgie avec irradiation à la cuisse droite (p. 2), retenant que le traitement actuel est le diclofénac pris 2 à 3 fois par jour (p. 2), constatant (i) à l'examen clinique de la colonne vertébrale : au niveau cervical une contracture au trapèze droit, une douleur en rotation maximale à droite et en flexion maximale, pas de signes radiculaires, concernant la colonne dorsolombaire une scoliose légère, pas de contractures, rotations et latéralisations conservées, pas de claudication sur les pointes ou les talons, (ii) à l'examen des membres supérieurs : au niveau des épaules aucune douleur à la pression subacromiale ou au couloir bicipital antépulsion passive près de 180 ° (active à 135°), abduction à 160° (130° active), les rotations étant également conservées, (iii) à l'examen des membres inférieurs : au niveau des genoux : une pression rotulienne douloureuse (unique élément douloureux découvert), pas d'inflammation ni d'hydarthrose, flexo-extension complète même si lors d'une extension forcée apparaît un inconfort, pas d'instabilités, pas de signes méniscaux (p. 5), constatant au niveau neurologique l'absence d'affections, une motricité (force et tonus musculaire) et une marche normale (p. 5), examinant les résultats des radiographies antérieures (p. 6), diagnostiquant (i) une arthrite dégénérative axiale et périphérique de prédominance au rachis lombaire (code

CIE 716.8), (ii) un syndrome du tunnel carpien (intervention à droite) et (iii) une scoliose (p. 8), constatant une évolution chronique (p. 8), arrêtant comme déficits fonctionnels des limitations peu importantes des surcharges lombaires (pouvant réaliser un travail régulier de difficulté moyenne, sans l'aide d'autres personnes (sur le lieu de travail et à domicile), d'éviter les tâches l'obligeant à se pencher fréquemment ou à transporter des objets, p. 8 et 9), faisant état que l'intéressée peut travailler à temps plein dans son dernier travail dans le domaine du nettoyage (p. 10) ainsi que dans une activité adaptée en tant qu'employé administratif (p. 10), évoquant que selon la législation du pays de résidence le taux d'invalidité de l'intéressé est partielle soit à hauteur de 30% (p. 10) et concluant que l'état de santé actuel ne peut pas s'améliorer (p. 10) avec toutefois la possibilité d'améliorer la capacité de travail au moyen d'une réadaptation professionnelle (p. 11).

J.

Par prise de position du 21 avril 2015, le Dr H. _____ du SMR, FMH en médecine générale, a relevé l'absence d'aspects nouveaux et/ou de nouvelles maladies, a confirmé les diagnostics déjà connus et a constaté que l'impact sur la capacité de travail de l'intéressée était inchangé. Dit médecin a également expliqué que l'intéressée a des lombalgies en raison de discopathies sans atteintes neurologiques et que selon les médecins les discopathies sont bien contrôlées avec des simples médicaments. Ainsi, l'intéressée peut effectuer des travaux légers sans qu'il soit excessif pour le squelette axial ; dans son propre ménage, elle est légèrement limitée (moins de 20%) et ne peut pas effectuer des travaux ménagers difficiles (AI pce 60).

K.

Par décision du 4 mai 2015, l'OAIE a rejeté la demande de prestations de A. _____ (AI pce 61). Il a précisé avoir tenu compte des observations de l'intéressée du 5 décembre 2014, toutefois elles n'étaient pas de nature à modifier le bien-fondé du projet de décision du 7 novembre 2014. Par ailleurs, selon la même autorité, les rapports médicaux joints à son opposition confirment les atteintes à la santé connues et n'apporte pas d'éléments nouveaux (AI pce 61 p. 2).

L.

L.a Par acte du 8 juin 2015 (timbre postal), A._____ a interjeté recours auprès du Tribunal administratif fédéral contre la décision susmentionnée et a conclu en substance à ce que lui soit octroyée une rente d'invalidité d'au moins 60%. Elle a expliqué que ses atteintes à la santé figurant au dossier AI l'empêchaient d'exécuter son travail habituel mais également n'importe quelle autre activité à temps complet ou partiel. Enfin, elle a insisté pour que soient reconsidérées ses atteintes à la santé déjà attestées dans les divers rapports médicaux précédemment produits (TAF pce 1).

L.b Suite à la décision incidente du 15 août 2015 du Tribunal administratif fédéral (TAF pce 2), la recourante a versé dans le délai imparti une avance sur les frais présumés de procédure de Fr. 400.- sur le compte du Tribunal administratif fédéral (TAF pces 3 et 4).

M.

Par réponse du 30 septembre 2015, l'OAIE a proposé de rejeter le recours et de confirmer la décision attaquée. Dite autorité a soumis le dossier au SMR qui a rendu le 13 septembre 2015 une prise de position. Aux termes de cette prise de position, le Dr H._____ a constaté l'absence de nouveaux rapports médicaux permettant une nouvelle appréciation et a rappelé que l'intéressée était seulement limitée dans le cadre d'activités lourdes ; il a été joint l'évaluation médicale de l'invalidité du 13 septembre 2015 (TAF pce 9).

N.

Alors que A._____ était invitée par le Tribunal à répliquer, celle-ci n'a pas réagi (TAF pce 10). Ainsi, par ordonnance du 7 janvier 2016, le Tribunal de céans a clôturé l'échange d'écritures, d'autres mesures d'instruction demeurant toutefois réservées (TAF pce 12).

Droit :**1.**

1.1 Le Tribunal administratif fédéral examine d'office sa compétence (art. 7 al. 1 de loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative [PA, RS 172.021]), respectivement la recevabilité des moyens de droit qui lui sont soumis (art. 31 de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le

Tribunal administratif fédéral [LTAF, RS 173.32] ; ATF 133 I 185 consid. 2 et les références citées).

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

1.3 Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant ledit Tribunal est régie par la PA pour autant que la LTAF n'en dispose pas autrement. Conformément à l'art. 3 let. d^{bis} PA, la procédure en matière d'assurance sociale 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^{bis} et 28 à 70), à moins que la LAI déroge expressément à la LPGA.

1.4 En l'occurrence, interjeté en temps utile (art. 20, 21, 22a, 50 PA et art. 60 LPGA), dans les formes légales (art. 52 PA) auprès de l'autorité judiciaire compétente (art. 33 let. d LTAF et art. 69 al. 1 lit. b LAI), par une administrée directement touchée par la décision attaquée (art. 48 PA et 59 LPGA), qui s'est acquittée de l'avance de frais dans les temps (art. 63 al. 4 PA), le recours du 8 juin 2015 est recevable quant à la forme.

2.

2.1 Le droit matériel applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants ou ayant des conséquences juridiques se sont produits, le juge n'ayant pas, en principe, à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision attaquée (ATF 140 V 70 consid. 4.2 ; ATF 136 V 24 consid. 4.3 ; ATF 130 V 355 consid. 1.2 ; ATF 129 V 4 consid. 1.2).

2.2 Au niveau du droit international, l'accord entre la Confédération suisse d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part, sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP, RS

0.142.112.681) est entré en vigueur le 1^{er} juin 2002 avec notamment son annexe II réglant la coordination des systèmes de sécurité sociale par renvoi au droit européen. Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1^{er} avril 2012 (i) au règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1) ainsi qu'au (ii) règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.11 ; cf. arrêts du TF 8C_455/2011 du 4 mai 2012 consid. 2.1 et 8C_870/2012 du 8 juillet 2013 consid. 2.2). Conformément à l'art. 4 du règlement (CE) n° 883/2009, les personnes auxquelles ce règlement s'applique bénéficient en principe des mêmes prestations et sont soumises aux mêmes obligations, en vertu de la législation de tout Etat membre, que les ressortissants de celui-ci. En outre, dans la mesure où l'ALCP et son annexe II ne prévoient pas de disposition contraire, la procédure ainsi que les conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité suisse sont déterminées exclusivement d'après le droit suisse (art. 8 ALCP ; ATF 130 V 257 consid. 2.4).

2.3 En l'occurrence, la recourante est une ressortissante espagnole résidant en Espagne, soit un Etat membre de l'Union européenne (Al pces 2 et 5). La décision attaquée ayant été rendue le 4 mai 2015, les dispositions légales de droit suisse en vigueur à cette date sont applicables. La date de la décision attaquée marque la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 129 V 4 consid. 1.2 et 121 V 366 consid. 1b).

3.

3.1 Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations le tribunal ne peut prendre en considération en principe que les rapports médicaux établis antérieurement à la décision attaquée à moins que des rapports médicaux établis ultérieurement permettent de mieux comprendre la situation de santé et de capacité de travail de l'intéressé jusqu'à la décision dont est recours (cf. ATF 129 V 1 consid. 1.2 ; ATF 121 V 362 consid. 1b). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 117 V 287 consid. 4 ; cf. ATF 130 V 445 consid. 1.2.1 ; voir notamment arrêt du TAF C-31/2013 du 14 janvier 2014 consid. 3.1).

3.2 In casu, le Tribunal de céans se fondera sur l'état de fait, y compris l'état de santé de la recourante, jusqu'au jour de la décision, soit au 4 mai 2015.

4.

4.1 Le Tribunal administratif fédéral établit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA). En outre, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués à l'appui du recours (art. 62 al. 4 PA), ni par l'argumentation développée dans la décision attaquée (BENOÎT BOVAY, Procédure administrative, 2^{ème} éd. 2015, p. 243 ; JÉRÔME CANDRIAN, Introduction à la procédure administrative fédérale, 2013, n° 176). Cependant, l'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés par le recourant et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incite (ATF 122 V 157 consid. 1a ; ATF 121 V 204 consid. 6c ; MOSER/BEUSCH/KNEUBÜHLER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2^{ème} éd., 2013, p. 25, n° 1.55).

4.2 En l'occurrence, l'objet du recours est le bien-fondé de la décision de l'OAIE du 4 mai 2015 ayant rejeté la demande de prestations de l'intéressée (AI pce 61). Le litige porte en particulier sur le point de savoir si les affections dont est victime la recourante ont pu entraîner une incapacité de travail pendant une durée suffisamment longue avec l'intensité requise pour ouvrir le droit à des prestations de l'AI.

5.

5.1 Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, le droit à une rente naît notamment dès que l'assuré présente une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (let. b) et, au terme de cette année, est invalide à 40% au moins (let. c). Selon l'art. 29 al. 1 LAI le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de 6 mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré. L'al. 3 précise que la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

5.2 En l'espèce, il ressort des pièces figurant à la procédure que la recourante a adressé sa demande de prestations en avril 2014 (AI pce 5), de sorte que le délai de six mois au sens de l'art. 29 al 1 LAI s'est échu à la fin du mois de septembre 2014. Concernant le début de l'incapacité de travail de l'intéressée, aucun rapport médical n'arrête une date précise, mais il ressort du dossier que l'intéressée a consulté des médecins pour des dorsalgies dès 2010 (cf. AI pce 33). Par ailleurs, sa dernière activité s'est terminée le 2 octobre 2013 (cf. AI pces 36 p. 4 et 38). Au vu de ce qui précède, le délai d'un an d'incapacité de travail de 40% au moins au sens

de l'art. 28 al. 1 LAI peut être considéré comme échu également à la fin du mois de septembre 2014. Partant, l'éventuel droit à la rente a pris naissance le 1^{er} octobre 2014.

6.

6.1 Pour avoir droit à une rente de l'assurance invalidité suisse, tout requérant doit remplir, lors de la survenance de l'invalidité, cumulativement les conditions suivantes :

- être invalide au sens de la LPGA/LAI (art. 8 LPGA, art. 4, 28 et 29 al. 1 LAI) et
- avoir versé des cotisations à l'AVS/AI suisse durant trois années au moins (art. 36 al. 1 LAI en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008).

6.2 En l'occurrence, il ressort de l'extrait de compte individuel de la recourante qu'elle a travaillé en Suisse de manière irrégulière de 1973 à 1989, pour un total de 196 mois, soit une durée totale de 16 années et 4 mois (AI pces 6, 19 et 20). Par conséquent, la condition liée à la durée minimale de cotisations est remplie. Il reste ainsi à examiner si la recourante est invalide au sens de la loi.

7.

7.1 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 art. 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 réadaptions 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).

Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à hauteur de 40% au moins, à une demie rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à hauteur de 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à hauteur de 70% au moins. Les rentes correspondant à un degré d'invalidité inférieur à 50% sont versées aux ressortissants suisses et aux ressortissants d'un Etat membre de

l'Union européenne s'ils ont leur domicile et leur résidence habituelle sur le sol de l'un deux (art. 7 du règlement (CE) n° 883/2004).

7.2 La notion d'invalidité dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI est de nature économique/juridique et non médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre uniquement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique et psychique, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident, et non d'une maladie en tant que telle. Selon la 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 ; ATF 114 V 310 consid. 3c ; RCC 1991 p. 329, consid. 1c).

8.

8.1 Selon l'art. 69 al. 2 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI, RS 831.201), l'office de l'assurance-invalidité compétent 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 privés aux invalides.

8.2 Dans le cadre d'un recours, 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).

La jurisprudence a posé des lignes directrices s'agissant de la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Au sujet des rapports établis par les médecins traitants, il est constant que ceux-ci

sont généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient en raison de la relation de confiance qui les unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). Cette réserve s'applique également aux rapports médicaux que l'intéressé sollicite de médecins non traitants spécialement mandatés pour étayer un dossier médical (dans ce sens relativement aux expertises de parties : arrêt du TF 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 351 consid. 3b/dd ; arrêt du TF 9C_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2 ; Plädoyer 2009 p. 72 ss).

8.3 S'agissant des rapports des SMR au sens des art. 59 al. 2^{bis} LAI et 49 al. 1 et 3 RAI, ceux-ci ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne mais contiennent les résultats de l'examen des conditions médicales du droit aux prestations et une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ils ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes (arrêts du TF 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1). Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire. De tels rapports pour avoir valeur probante ne peuvent suivre une appréciation sans établir les raisons pour lesquelles des appréciations différentes ne sont pas suivies (cf. arrêt du TF 9C_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3 ; MICHEL VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité, 2011, n° 2920 ss). De plus, pour avoir une valeur probante, dits rapports présupposent que le dossier contienne l'établissement non lacunaire de l'état de santé de l'assuré (exposé complet de l'anamnèse, exposé de l'évolution de l'état de santé et du status actuel) et qu'il ne se soit agi essentiellement que d'apprécier un état de fait médical établi et non contesté, donc l'existence d'un état de santé pour l'essentiel stabilisé médicalement établi par des spécialistes, l'examen direct de l'assuré par un médecin spécialisé n'étant ainsi plus au premier plan (cf. les arrêts du TF 9C_335/2015 du 1^{er} septembre 2015, 8C_653/2009 du 28 octobre 2009 consid. 5.2, 8C_239/2008 du 17 décembre 2009 consid. 7.2 ; cf. également

arrêt du TF 9C_462/2014 du 16 septembre 2015 consid. 3.2.2 et les références). Selon la jurisprudence il n'est pas interdit aux tribunaux des assurances de se fonder uniquement ou principalement sur les rapports internes des SMR mais en telles circonstances l'appréciation des preuves sera soumise à des exigences sévères. Une instruction complémentaire sera ainsi requise s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux (ATF 139 V 225 consid. 5.2, 135 V 465 consid. 4.4, 122 V 157 consid. 1d ; arrêts du TF 9C_20/2015 du 8 juin 2015 consid. 3.3, 9C_25/2015 du 1^{er} mai 2015 consid. 4.1 ; VALTERIO, op. cit. n° 2920).

9.

9.1 En l'espèce, il ressort du dossier que les différents médecins s'accordent pour reconnaître que la recourante souffre d'atteintes à la santé sur le plan somatique uniquement et que ces atteintes se situent à trois différents endroits, à savoir au niveau du dos, des genoux et des tunnels carpiens.

9.1.1 Concernant sa colonne vertébrale, les médecins retiennent que l'intéressée souffre d'une scoliose (AI pces 8, 27, 32 p. 1, 33, 45, 53, 54, 55 et 56). Il ressort du dossier AI que cette scoliose a été diagnostiquée pour la première fois en 2010 par le Dr C. _____ (rapport médical du 11 juin 2010, AI pce 33). Celui-ci a défini qu'il s'agissait d'une scoliose de concavité gauche lombaire avec une diminution discrète de l'espace articulaire (au moins dans le côté concave de L2-L3) et a constaté en outre de petits ostéophytes lombaires (AI pce 33). Ce diagnostic a été confirmé au fil des ans par d'autres médecins, à savoir en 2012 par la Dresse D. _____ (complétant le diagnostic par une diminution asymétrique discrète aux espaces discaux D12-L1 et L1-L2 ainsi qu'une ostéoporose, AI pce 32 p. 2) ainsi qu'en 2014 par le Dr F. _____ (AI pce 27). La Dresse G. _____ constate en plus lors de l'examen physique une hyperlordose lombaire (AI pce 8 p. 5), diagnostic non repris par la suite par d'autres médecins. Aucun médecin ne retient une atteinte neurologique. En 2014, les examens cliniques de la colonne vertébrale de la recourante montrent que la mobilité de la colonne vertébrale est conservée et adéquate, une capacité de se mettre sur la pointe des pieds et les talons ainsi que l'absence de signes visibles de scoliose (cf. rapport E213 du 22 avril 2014 de la Dresse G. _____, AI pce 8 p. 5).

9.1.2 Au niveau des genoux, le diagnostic posé est des gonalgies d'arthrose fémoro-rotulienne des deux côtés (AI pces 8 p. 8 et 32 p. 1-2). En

2014, à l'examen physique, la mobilité des genoux est conservée avec une motricité et une marche normales (AI pce 8 p. 5). Lors de l'examen clinique des membres inférieurs, il a été constaté une mobilité conservée et adéquate, des genoux avec craquements dans les deux (gonflé à droite, de forme chronique), un arc de mobilité conservé, un genou gauche de valeur physiologique de 5° (AI pce 8 p. 5). L'évolution de cette pathologie est néanmoins décrite comme progressive et de processus chronique (AI pce 8 p. 8). Lors d'un même examen en 2015, il a été constaté au niveau des genoux une pression rotulienne douloureuse (unique élément douloureux découvert), pas d'inflammation ni d'hydarthrose, flexo-extension complète même si lors d'une extension forcée apparaît un inconfort, pas d'instabilités et enfin pas de signes méniscaux (AI pce 53 p. 5).

9.1.3 Enfin, l'intéressée souffre du syndrome du tunnel carpien (AI pces 8, 29, 30, 45, 53 p. 8 et 57). La Dresse E. _____ a constaté dans son rapport du 5 février 2013 des données compatibles avec une névropathie en raison de l'écrasement du nerf moyen droit et gauche à son passage du carpe, d'une intensité modérée dans le côté droit et d'une intensité légère dans le côté gauche (AI pce 30 p. 2). L'intéressée a ainsi été opérée du côté droit en 2013 (AI pces 8 et 29).

9.2 Les traitements pris par l'intéressée et recommandés par les médecins sont des analgésiques contre la douleur (not. diclofénac ; AI pces 8 p. 2, 53 p. 2, 54 et 55 p. 2). En outre, les limitations fonctionnelles retenues en 2014 et 2015 sont légères : éviter les lieux humides, froids et avec fumée (gaz ou vapeur) ayant des risques de chutes, les tâches l'obligeant à se pencher fréquemment, à élever ou transporter des objets, des limitations peu importantes de surcharges lombaires et ne nécessitant pas d'aide d'autres personnes sur son lieu de travail (AI pces 8 p. 9-10 et 53 p. 8-9).

9.3 L'incapacité de travail de l'intéressée dans son activité habituelle (nettoyage / employée de maison) est estimée par les médecins l'ayant examinée à 0% en 2014 (Dresse G. _____ ; AI pce 8 p. 10) et en 2015 (Dr O. _____ ; AI pce 53 p. 10). Quant à la capacité de travail de la requérante dans une activité de substitution adaptée, selon les mêmes médecins, celle-ci est de 100%, notamment en tant qu'employée dans l'administration (Dr O. _____ ; AI pce 53 p. 10) ou dans la supervision et le contrôle (Dresse G. _____ ; AI pce 8 p. 10).

9.4 Au vu des rapports médicaux qui précèdent, le Dr H. _____, médecin du SRM, a retenu les diagnostics (i) de lombalgies avec des changements dégénératifs modérés, (ii) de gonalgies d'arthrose fémoro-rotulienne et (iii)

de status après le syndrome du tunnel carpien, opéré d'un côté (cf. prises de position médicales des 22 septembre 2014 et du 21 avril 2015, AI pces 39 et 60). Les limitations fonctionnelles prises en compte par le Dr H. _____ sont une position de travail assise et alternée (AI pce 39 p. 2) et constate ainsi l'absence de troubles fonctionnels pertinents justifiant une incapacité de travail (AI pce 39 p. 1). Le Dr H. _____ fixe, sans autres explications, l'incapacité de travail de l'intéressée à hauteur de 20% dans son activité habituelle. Ainsi, le SMR s'écarte de l'avis des médecins ayant examiné la recourante, à savoir les Dr O. _____ et Dresse G. _____ (cf. supra consid. 9.3) et ce faisant est plus généreux que ceux-ci. Par ailleurs, le Dr H. _____ fixe l'incapacité de travail de la recourante à hauteur de 0% dans des activités de substitution (celles-ci sont citées dans l'annexe II : activités de substitution exigibles, cf. AI pce 39 p. 4-5). Ce taux d'incapacité correspond à celui retenu par les médecins ayant examiné la recourante (cf. supra consid. 9.3). Enfin, il constate que l'intéressée est peu, voire pas limitée dans ses propres tâches ménagères habituelles, en tant qu'employée de maison ou dans une autre activité (AI pce 39). Au vu de ce qui précède, force est de constater que la prise de position du médecin du SMR est cohérente avec les diagnostics posés par les spécialistes s'étant préalablement prononcés et en adéquation avec leurs appréciations médicales sur l'état de santé de la recourante.

10.

10.1 La recourante conteste l'appréciation présentée ci-dessus qui a été retenue par les spécialistes et le médecin SMR. Elle argue que ses atteintes à la santé causent une incapacité de travail à hauteur de 60-65% et qu'en raison de ses limitations, il lui est impossible de retrouver un travail dans son domaine d'activité mais également dans une quelconque autre activité (AI pces 46 et 65). Elle fournit alors un rapport médical du 20 octobre 2014 du Dr I. _____, spécialiste en traumatologie et en chirurgie orthopédique de la main et des nerfs périphériques, qui se base sur des prétendues radiographies (AI pce 44). Dit médecin retient que les lésions de sa patiente présentent un caractère progressif et irréversible et sont incompatibles avec l'activité habituelle de l'intéressée, de sorte que l'incapacité est totale et permanente pour ce motif (AI pce 44 p. 4).

10.2 Ce rapport entre totalement en contradiction avec le reste de la documentation médicale présente au dossier AI. Il sied ainsi de relever que dans son rapport médical du 20 octobre 2014, le Dr I. _____ n'apprécie pas l'état de santé de la recourante en relation avec les rapports médicaux préalablement rendus, de sorte qu'il n'explique pas les contradictions entre

son avis médical et celui des autres spécialistes (not. rapport de radiologie du 23 janvier 2014 du Dr F. _____, AI pce 27 et rapport médical E213 du 22 avril 2014 de la Dresse G. _____, AI pce 8). De plus, le Dr I. _____ allègue se baser sur des radiographies qu'il ne joint toutefois pas à son rapport. Enfin, le Tribunal constate que le rapport médical du Dr I. _____ ne se prononce pas sur la capacité de travail résiduelle de l'intéressée dans des activités adaptées, ni ne liste les limitations fonctionnelles de sa patiente et ne saurait dès lors présenter une quelconque valeur probante.

10.3 De plus, à réception du rapport médical du Dr I. _____, le SMR, même s'il doutait du sérieux de son contenu, a requis le 18 janvier 2015 des examens médicaux supplémentaires (neurologique et orthopédique ainsi qu'une radiographie des articulations du genou et de la colonne lombaire ; cf. AI pce 48). Ainsi, quatre nouveaux rapports médicaux ont été produits au dossier, à savoir un rapport médical de l'examen en radiographie lombaire (segments L3 à S1) du 17 décembre 2014 par le Dr L. _____ (AI pce 56), un rapport médical rendu le 9 mars 2015 par un neurologue, le Dr M. _____ (AI pce 54), un rapport médical rendu le 12 mars 2015 par un traumatologue, le Dr N. _____, examinant les cervicales, les lombaires, les épaules, les hanches et les genoux (AI pce 55) et enfin un rapport médical détaillé E213 du 31 mars 2015 du Dr O. _____ (AI pce 53). A titre liminaire, il sied de relever que ces rapports médicaux complémentaires ne permettent pas de confirmer le tableau médical douloureux décrit par le Dr I. _____ et sont en cohérence avec la documentation médicale antérieure audit rapport.

Plus précisément, même s'il ressort des nouveaux rapports médicaux principalement des atteintes décrites au niveau lumbo-sacral, aucune atteinte neurologique n'a été constatée (rapport du Dr M. _____, AI pce 54) et de plus ces atteintes sont bien prises en charge uniquement avec des analgésiques contre la douleur selon le Dr M. _____, neurologue (AI pce 54) et par du diclofénac selon le Dr N. _____ (AI pce 55). Ainsi, par rapport aux rapports médicaux postérieurs au rapport du Dr I. _____, sont notamment posés les diagnostics de radiculopathie lumbo-sacrée par le Dr M. _____ (rapport du 9 mars 2015, AI pce 54), de prolapsus annulaire dégénératif des disques intervertébraux (L3, L4 et L5) plus élevé au niveau L4, de sténose d'évitement latéraux plus évidente sur le côté droit L3 et bilatérale en L5 ainsi que de serrage sévère en L4-L5 avec une plus grande affection à droite par le Dr L. _____ (rapport du 17 décembre 2014, AI pce 53 p. 7) et d'arthrite dégénérative axiale et périphérique de prédominance au rachis lombaire par le Dr O. _____ (code CIE 716.8 ; cf. rapport E213 du 31 mars 2015, AI pce 53 p. 8). Quant au rapport médical du

12 mars 2015 du Dr N. _____, traumatologue, il ressort que l'intéressée souffre d'algies à différents niveaux des articulations en raison de changements dégénératifs plus symptomatiques au niveau lombaire et concluant à un tableau dégénératif modéré/avancé (AI pce 55). Par ailleurs, le Dr M. _____, neurologue, confirme le diagnostic déjà connu de scoliose (toutefois de concavité droite, AI pce 54). Partant, les nouvelles radiographies et les nouveaux examens médicaux ne montrent pas de signes d'aggravation ou de symptômes tels que décrits par le Dr I. _____ (not. arthrose cervicale avancée avec une dégénérescence discale sévère en C4-C5 et en C5-C6, sacrum arcuatum de niveau III, arthrose avancée fémoropatellaire bilatérale, arthrose avancée de l'articulation acromi-claviculaire droite, signes dégénératifs aux hanches et de séquelles du syndrome du tunnel carpien droit, AI pce 44).

Enfin, le rapport E213 du Dr O. _____ retient l'absence d'affections neurologiques et constate une motricité (force et tonus musculaire) et une marche normale (AI pce 53 p. 5). Suite à un examen clinique effectué le 17 mars 2015 sur la personne de la recourante, il est constaté au niveau cervical une contracture au trapèze droit, une douleur en rotation maximale à droite et en flexion maximale, pas de signes radiculaires, concernant la colonne dorsolombaire une scoliose légère, l'absence de contractures, les rotations et les latéralisations étant conservées, pas de claudication sur les pointes ou les talons (cf. rapport E213 du Dr O. _____ du 31 mars 2015, AI pce 53 p. 5). Le Tribunal constate qu'il ressort dudit examen clinique l'absence de contracture au niveau dorso-lombaire et l'absence totale de raideurs contredisant ainsi la thèse de l'existence de douleurs exacerbées. En outre, le Dr O. _____ arrête comme déficits fonctionnels des limitations peu importantes des surcharges lombaires (pouvant réaliser un travail régulier de difficulté moyenne, sans l'aide d'autres personnes sur le lieu de travail et à domicile, d'éviter les tâches l'obligeant à se pencher fréquemment ou à transporter des objets, AI pce 53 p. 8 et 9). Dit médecin fait ainsi état que l'intéressée peut travailler à temps plein dans son dernier travail dans le domaine du nettoyage ainsi que dans une activité adaptée telle qu'employé administratif (AI pce 53 p. 10). Force est de constater que la conclusion du Dr O. _____ est ainsi en cohérence avec les examens médicaux qu'il a effectué sur la recourante.

10.4 Eu égard aux compléments médicaux précités, le Dr H. _____, médecin du SMR, a constaté l'absence d'aspects nouveaux et/ou de nouvelles maladies et a confirmé les diagnostics déjà connus, de sorte que l'impact sur la capacité de travail de A. _____ était inchangé. Dit médecin

a également expliqué que l'intéressée a des lombalgies en raison de discopathies sans atteintes neurologiques et que selon les médecins les discopathies sont bien contrôlées avec des simples médicaments. Ainsi, l'intéressée peut effectuer des travaux légers sans qu'il soit excessif pour le squelette axial (TAF pce 60).

11.

Pour fonder sa décision (cf. Al pce 61), l'autorité inférieure se réfère aux prises de position du SMR, soit pour lui le Dr H. _____, des 22 septembre 2014 et du 21 avril 2015 (cf. Al pces 39 et 60). Ces rapports médicaux satisfont dans l'ensemble aux exigences de la jurisprudence en matière de valeur probante, dès lors que le dossier Al contient l'exposé complet de l'état de santé de l'intéressée et le médecin du SMR apprécie un état de fait médical établi de manière concordante par les médecins (cf. supra consid. 9 et 10). Le Tribunal de céans ne saurait s'éloigner des conclusions du service médical de l'OAIE, aussi dans la mesure où les pièces versées au dossier (en particulier le rapport médical du 20 octobre 2014 du Dr I. _____, Al pce 44 ; cf supra consid. 10) ne sont pas de nature à infirmer ou modifier les conclusions des rapports du service médical de l'OAIE. En outre, le Tribunal constate que, malgré des diagnostics alternatifs posés notamment par le Dr M. _____ le 9 mars 2015 (radiculopathie lombo-sacrale, Al pce 54) ou le Dr O. _____ le 31 mars 2015 (arthrite dégénérative axiale et périphérique de prédominance au rachis lombaire, Al pce 53 p. 8), l'intéressée ne souffre pas d'atteintes neurologiques, les examens cliniques sont généralement bons et les déficits fonctionnels arrêtés sont peu importants (cf. Al pce 53 p. 5, 8 et 9), de sorte qu'il n'y a pas de raison de s'écarter de la prise de position du médecin du SMR concernant la capacité de travail de l'intéressée. De plus, il sied de relever que, même s'il était contesté la motivation trop succincte des rapports médicaux présents au dossier Al (en particulier au niveau de la capacité de travail de l'intéressée), ceux-ci sont cohérents non seulement dans leur contenu mais également dans leur ensemble. Dans ce contexte, il n'y a pas lieu de requérir d'instructions supplémentaires qui ne feraient que de confirmer les atteintes déjà constatées et les mêmes conséquences qui en découlent notamment au niveau des limitations fonctionnelles et de la capacité de travail. Au vu de ce qui précède, le Tribunal de céans retient que l'intéressée est apte à travailler à 80% dans son activité habituelle et à 100% dans une activité de substitution. Ces deux types d'activités constituent des activités adaptées à ses limitations fonctionnelles. En d'autres termes, la capacité de travail de la recourante est d'au moins de 80% dans toute activité

observant les limitations fonctionnelles mises en évidence, y compris l'activité d'aide à domicile / aide de ménage. Une comparaison des revenus n'est dès lors pas nécessaire et le taux d'invalidité s'élève à 20%.

12.

Eu égard à l'âge de la recourante (née en 1954), il sied d'examiner si elle pouvait encore mettre à profit sa capacité résiduelle de travail sur un marché équilibré du travail et donc l'application de la jurisprudence sur l'âge avancé (ATF 138 V 457 consid. 3 ; arrêts du TF 8C_403/2017 du 25 août 2017 consid. 5 et 9C_253/2017 du 6 juillet 2017 consid. 2.2.2 ; arrêt du TAF C-5340/2014 du 12 septembre 2017 consid. 11ss). Selon cette jurisprudence, même s'il incombe en règle générale à la personne assurée de diminuer le dommage en s'intégrant de son propre chef dans le marché du travail (cf. art. 7 LAI; ATF 123 V 96 consid. 4c, 115 V 53, 114 V 285 consid. 3, 11 V 239 consid. 2a), il faut toutefois tenir compte que lorsqu'une personne assurée se trouve proche de l'âge de la retraite, il faut se demander si, de manière réaliste et en appréciant la situation dans son ensemble, celle-ci est en mesure d'exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur un marché équilibré du travail (cf. art. 16 LPGa ; arrêt du Tribunal fédéral I 462/02 du 26 mai 2003 consid. 2.3 ; arrêt du Tribunal fédéral I 175/04 du 28 janvier 2005 consid. 3). En l'espèce, dès lors que la recourante a encore une capacité de travail de 80% dans son activité habituelle, ne s'applique pas la jurisprudence sur l'âge avancé qui examine uniquement dans quelle mesure l'assuré peut exploiter sa capacité de gain résiduelle dans une activité adaptée.

13.

Au vu de ce qui précède, c'est à juste titre que l'OAIE a rejeté la demande de prestations d'invalidité déposée par la recourante. Partant, la décision litigieuse du 4 mai 2015 doit être confirmée et le recours du 8 juin 2015 rejeté.

14.

14.1 A teneur de l'art. 63 al. 1 PA, applicable par le renvoi de l'art. 37 LTAF, en règle générale, les frais de procédure comprenant l'émolument d'arrêté, les émoluments de chancellerie et les débours sont mis, dans le dispositif, à la charge de la partie qui succombe. En matière d'assurance-invalidité, les frais judiciaires sont fixés en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doivent se situer entre Fr. 200.- et Fr. 1'000.- (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

14.2 Vu l'issue de la procédure, les frais de celle-ci, fixés à Fr. 400.-, sont mis à la charge de la recourante et sont compensés par l'avance de frais du même montant dont elle s'est acquittée au cours de l'instruction (cf. TAF pces 2 à 4). .

14.3 Conformément à l'art. 7 al. 1 a contrario du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2), la partie qui succombe n'a pas droit aux dépens pour les frais nécessaires causés par le litige. Vu en l'occurrence l'issue du litige, il n'est pas alloué de dépens à la recourante. De plus, aucun dépens n'est alloué à l'autorité inférieure (art. 7 al. 3 FITAF).

(Le dispositif figure à la page suivante)

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est rejeté et la décision du 4 mai 2015 est confirmée.

2.

Les frais judiciaires, arrêtés à Fr. 400.-, sont mis à la charge de la recourante et compensés avec l'avance de frais de même montant déjà versée.

3.

Il n'est pas alloué de dépens.

4.

Le présent arrêt est adressé :

- à la recourante (recommandé avec accusé de réception) ;
- à l'autorité inférieure (n° de réf. [...] ; recommandé) ;
- à l'Office fédéral des assurances sociales (recommandé).

La présidente du collège :

La greffière :

Caroline Bissegger

Daphné Roulin

Indication des voies de droit :

La présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, par la voie du recours en matière de droit public, dans les trente jours qui suivent la notification (art. 82 ss, 90 ss et 100 LTF). 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 :