



Cour III
C-4959/2015

Arrêt du 15 février 2019

Composition

Caroline Bissegger (présidente du collège),
Michael Peterli, Vito Valenti, juges,
Marion Capolei, 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 30 juin
2015).

Faits :**A.**

A._____ (ci-après : l'intéressée ou la recourante), née le (...) 1961, est ressortissante espagnole domiciliée actuellement en Espagne, mariée depuis le (...) 1982 à B._____ et mère d'un enfant né le (...) 1992 (AI pces 30 ; 38). D'après l'extrait de son compte individuel AVS/AI suisse, elle a cotisé à l'AVS/AI suisse de manière non continue de janvier 1983 à avril 1989 pour un total de 67 mois (AI pce 31), notamment en qualité de femme de chambre dans un hôtel et dans une clinique ainsi qu'en tant que fille de buffet et caissière dans un restaurant en self-service (AI pce 29). Il ressort du formulaire E 205 (ES) qu'elle a cotisé en Espagne de manière irrégulière de 1979 jusqu'au 30 novembre 2014 pour un total de 9376 jours (AI pce 37 p. 2). En dernier lieu, elle a travaillé du 1^{er} août 1991 au 14 février 2012 à son compte en tant que coiffeuse (AI pces 41 p. 5, 9 ; 151 p. 1 ; 152 p. 1 ; 154 p. 1 ss ; 157 p. 1 s). L'assurée, souffrant de polyopathie, a cessé son activité professionnelle à partir du 14 février 2012 de manière temporaire, puis de façon définitive à partir du 26 novembre 2013 (AI pces 38 p. 2 ; 41 p. 5, 9 ; 151 p. 1 ; 152 p. 1 ; 154 p. 2, 4 et 6) et a bénéficié de prestations en Espagne pour incapacité de travail temporaire (AI pces 38 p. 3 s ; 41 p. 6 ss). Par décision du 25 novembre 2014, le Ministère C._____ a refusé d'octroyer à la recourante une rente pour incapacité permanente (AI pce 41 p. 7).

B.

B.a Le 20 novembre 2014, l'intéressée a déposé une demande de prestations d'invalidité E 204 (ES) auprès de l'Instituto D._____ (ci-après : D._____) qui l'a transmise à l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : l'OAIE ou l'autorité inférieure) le 11 décembre 2014 (AI pces 38 ; 39).

B.b Dans le cadre de l'instruction de la demande, l'OAIE a notamment recueilli la documentation suivante :

- un rapport médical E 213 (ES) du 11 décembre 2014 du Dr E._____ (AI pce 36), reprenant les diagnostics et limitations fonctionnelles évoqués dans son rapport d'évaluation médicale du 18 novembre 2014 (cf. AI pce 56), mentionnant les diagnostics de protrusion discale en C5-C6, discopathies en L4-L5 et L5-S1, fibromyalgie, tendinopathie du sus-épineux de l'épaule droite – « síndrome atrapamiento » et ostéochondrite de l'astragale (cheville droite), retenant que l'assurée demeu-

rait capable d'exercer de façon régulière des travaux légers (ex. travailler sur écran, sur son lieu de travail ou à domicile), qu'elle ne pouvait à ce moment-là plus exercer son activité de coiffeuse et qu'elle devait éviter de travailler en flexion et de soulever ou porter des charges (p. 8 ss),

- un « questionnaire à l'assuré » daté du 12 février 2015 indiquant que la recourante ne travaillait plus depuis le 14 février 2012 pour des raisons de santé (AI pce 154 p. 1 ss),
- un « questionnaire pour assurés travaillant dans le ménage » daté du 12 février 2015 (AI pce 154 p. 9 ss),
- un « questionnaire pour indépendants » daté du 13 mars 2015 indiquant que la recourante avait travaillé dans sa dernière activité de coiffeuse à raison de 8 heures par jour et 40 heures par semaine et qu'elle était en incapacité de travail totale depuis le 14 février 2012 (AI pce 157 p. 1 ss).

B.c Dans sa prise de position médicale du 23 avril 2015 (AI pce 160), laquelle se fonde sur un nombre de rapports médicaux considérables datés entre le 27 juillet 2007 et le 23 mars 2015 et établis notamment par des médecins spécialistes en radiologie, en dermatologie, en traumatologie, en gastroentérologie, en neurophysiologie et neurochirurgie, en orthopédie, en réhabilitation et en psychiatrie (AI pces 1 à 9 ; 11 à 14 ; 16 à 20 ; 23 à 27 ; 32 à 34 ; 36 ; 45 à 47 ; 49 ; 50 ; 52 à 56 ; 61 ; 63 ; 65 ; 67 ; 68 ; 71 ; 72 ; 74 à 80 ; 86 ; 104 ; 105 ; 107 ; 110 ; 116 ; 117 ; 122 ; 130 ; 131 ; 141 p. 2 ; 142 ; 144 ; 145 ; 146 ; 151 ; 152 ; 153 ; 154 p. 42 ; 159 p. 1), le Dr F. _____, spécialiste FMH en médecine interne générale du service médical interne de l'OAIE, a retenu comme diagnostic principal des altérations dégénératives du tendon sus-épineux droit et comme diagnostics associés avec répercussion sur la capacité de travail des discopathie/radiculopathie cervicales. Comme diagnostics associés sans répercussion sur la capacité de travail, il a mentionné une fibromyalgie, de l'asthme, une ostéochondrite de l'articulation de la cheville droite ainsi qu'une adiposité. Dans l'activité habituelle de coiffeuse indépendante, il a retenu dès le 1^{er} août 2012 une incapacité de travail de 70%, respectivement de 28% pour les travaux du ménage. Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, à savoir une activité évitant les travaux au-dessus de la tête, il a attesté une incapacité de travail de 0%. En outre, dit médecin a établi une liste d'exemples d'activités de substitution exigibles de l'intéressée.

B.d Le 12 mai 2015, l'OAIE a procédé à une comparaison des revenus selon la méthode générale retenant une perte de gain de 17% (AI pce 161).

B.e Sur cette base, l'OAIE a rendu un projet de décision le 18 mai 2015 proposant le rejet de la demande de prestations d'invalidité de l'assurée. Ainsi, l'autorité inférieure a informé l'assurée qu'il existait dans l'exercice de la dernière activité lucrative de coiffeuse, à cause de l'atteinte à la santé, une incapacité de travail de 70%, mais qu'en revanche, l'incapacité de travail dans l'exercice d'une activité respectant les limitations fonctionnelles, à savoir une activité légère n'impliquant pas de travaux au-dessus de la tête, était de 0% avec une diminution de la capacité de gain de 17%, taux d'invalidité insuffisant pour ouvrir le droit à une rente (AI pce 162).

B.f Le 2 juin 2015, l'intéressée s'est opposée au projet de décision de l'OAIE (AI pce 185) invoquant en substance qu'elle remplissait les conditions d'octroi d'une rente d'invalidité suisse. A l'opposition étaient joints plusieurs nouveaux documents médicaux dont notamment :

- un rapport médical du 21 avril 2015 du Dr G._____ du complexe hospitalier universitaire H._____ (ci-après : H._____), service de la santé mentale, évoquant chez l'intéressée une symptomatologie anxieuse (AI pce 163),
- une attestation médicale du 5 mai 2015 du H._____, soit pour lui la Dresse I._____, évoquant des problèmes respiratoires de l'intéressée (AI pce 176),
- une attestation médicale du service des consultations en traumatologie du H._____ du 19 mai 2015, soit pour lui la Dresse J._____, retenant que l'intéressée devait éviter des mouvements soutenus d'abduction-élévation et le soulèvement de poids au-dessus de l'horizontale (AI pce 167),
- un rapport d'évolution clinique du service des consultations en santé mentale du 21 mai 2015, soit pour lui le Dr K._____ (AI pce 185 p. 2),
- un rapport d'évolution clinique du 30 mai 2015 du service psychiatrique du H._____, soit pour lui le Dr L._____ (AI pce 165).

B.g Par prise de position médicale du 24 juin 2015, le Dr F._____ du service médical interne de l'OAIE a confirmé sa prise de position médicale antérieure (cf. supra consid. B. c) après avoir examiné les nouveaux documents médicaux déposés par la recourante. Ces documents médicaux n'apportaient selon lui pas d'éléments nouveaux, en particulier la symptomatique anxieuse n'était pas constitutive d'une maladie psychique (Al pce 192).

B.h En date du 25 juin 2015, respectivement le 29 juin 2015, l'OAIE a reçu de l'Instituto D._____ plusieurs documents médicaux (Al pces 187 à 191 ; 193), dont notamment :

- un rapport médical concernant le pied droit du 12 juin 2015 du Dr M._____ de l'hôpital N._____ (H._____) retenant que le traitement médicamenteux et la physiothérapie n'avaient montré aucune amélioration et recommandant dès lors une intervention chirurgicale (Al pce 187).

B.i Sur la base de ladite prise de position médicale du 24 juin 2015 et par décision du 30 juin 2015, l'OAIE a confirmé son projet de décision et a rejeté la demande de prestations d'invalidité de l'intéressée (Al pce 194) en reprenant les motifs évoqués dans son projet de décision du 18 mai 2015 (cf. Al pce 162).

C.

C.a Par acte du 27 juillet 2015, l'intéressée, s'adressant à l'OAIE, a interjeté recours contre la décision précitée (cf. Al pce 212), concluant en substance à son annulation ainsi qu'à l'octroi d'une rente d'invalidité entière. A l'appui de son recours, la recourante fait valoir une violation du droit d'être entendu pour défaut de motivation de la décision de l'OAIE. De plus, elle reproche à l'OAIE, d'une part, que les limitations fonctionnelles retenues par son service médical au regard de son atteinte à l'épaule droite étaient incompatibles avec son ancien métier de coiffeuse et, d'autre part, qu'il n'avait pas été suffisamment tenu compte de toutes ses autres atteintes à la santé, à savoir une protrusion discale, une fibromyalgie et une ostéochondrite de l'astragale (cheville droite). En guise de preuves, la recourante a produit des documents médicaux déjà présents au dossier Al (Al pces 79 ; 165 ; 167 ; 187 ; 188) ainsi que de nouveaux documents médicaux (Al pces 195 = 199 ; 200 ; 205 ; 209 ; 211).

C.b L'OAIE a transmis le recours au Tribunal administratif fédéral (ci-après : le Tribunal ou le TAF), le 12 août 2015, comme objet de sa compétence (annexe à TAF pce 1).

C.c Invitée par décision incidente du 20 août 2015 du Tribunal de céans à effectuer une avance sur les frais de procédure présumés, la recourante s'est acquittée d'un montant suffisant de Fr. 407.38 dans le délai imparti (TAF pces 2 ; 3 ; 7).

C.d Le 14 septembre 2015, par l'entremise de l'Instituto D._____, l'intéressée a produit spontanément des documents médicaux déjà présents au dossier AI (AI pces 1 ; 16 p. 1 ; 17 ; 33 ; 110 ; 111 ; 153 p. 3 ; 167 ; 164 ; 195 ; 205 ; 209) ainsi que de nouveaux documents médicaux tous postérieurs à la décision attaquée (annexes à TAF pce 5).

C.e Dans sa réponse du 8 octobre 2015, l'OAIE a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée, la recourante n'ayant apporté aucun élément nouveau permettant de revoir l'appréciation de son service médical interne (TAF pce 8).

C.f Le 6 novembre 2015, la recourante a répliqué en substance les mêmes arguments que dans son recours et a produit des documents médicaux déjà présents au dossier AI (AI pces 16 ; 33 ; 46 p. 7 ; 110 ; 153 p. 3 ; 195 ; 211), voire produits précédemment au Tribunal en date du 14 septembre 2015 (cf. supra consid. C. d ; annexes à TAF pce 5), ainsi que de nouveaux documents médicaux tous postérieurs (octobre et novembre 2015) à la décision attaquée (annexes à TAF pce 11).

C.g Après avoir requis l'avis auprès de son service médical interne, lequel a attesté que « les 5 nouveaux documents médicaux datant d'octobre 2015/novembre 2015 » n'apportaient pas d'éléments nouveaux ayant une répercussion sur la capacité de travail de l'intéressée, confirmant ainsi ses avis précédents (cf. prise de position médicale du Dr O._____, spécialiste FMH en médecine interne générale et médecin SMR du 26 décembre 2015 ; annexe à TAF pce 13), l'OAIE a, dans sa duplique du 5 janvier 2016, maintenu ses conclusions précédentes (TAF pce 13).

C.h Par ordonnance du 12 janvier 2016, le Tribunal a signalé aux parties que l'échange d'écritures était clos, d'autres mesures d'instruction demeurant toutefois réservées (TAF pce 14).

C.i Dans son courrier spontané du 11 avril 2016, la recourante a fait parvenir au Tribunal des documents médicaux nouveaux postérieurs à la décision attaquée (TAF pce 15).

C.j Dans son ordonnance du 19 avril 2016, le Tribunal a porté ledit courrier spontané de l'intéressée du 11 avril 2016 ainsi que ses annexes à la connaissance de l'autorité et a rappelé aux parties que l'échange d'écritures était clos, d'autres mesures d'instruction demeurant toutefois réservées (TAF pce 16).

Droit :

1.

1.1 Sous réserve des exceptions, non réalisées en l'espèce, prévues à l'art. 32 de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), 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 au sens de l'art. 5 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021).

1.2 Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal administratif fédéral 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'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) est applicable. Selon l'art. 2 LPGA, les dispositions de ladite loi sont applicables aux assurances sociales régies par la législation fédérale si et dans la mesure où les lois spéciales sur les assurances sociales le prévoient. En application de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26^{bis} et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge expressément à la LPGA.

1.3 Le Tribunal administratif fédéral examine d'office sa compétence (art. 7 al. 1 PA), respectivement la recevabilité des moyens de droit qui lui sont soumis (art. 31 LTAF ; ATF 133 I 185 consid. 2 et les références citées).

1.4 En l'espèce, 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 let. 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 le délai imparti (art. 63 al. 4 PA), le recours du 27 juillet 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 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 ; 136 V 24 consid. 4.3 ; 129 V 1 consid. 1.2).

2.2 L'affaire présente un aspect transfrontalier dans la mesure où la requérante, ressortissante espagnole, vivant en Espagne – Etat membre de l'Union européenne (UE) – a été assurée en Suisse de 1985 à 1989 (Al pce 31). La cause doit donc être tranchée non seulement au regard des normes du droit suisse mais également à la lumière des dispositions de l'Accord entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP, RS 0.142.112.681), entré en vigueur pour la relation avec la Suisse le 1^{er} juin 2002 (ATF 133 V 265 consid. 4.1 ; 128 V 315 consid. 1), avec notamment son annexe II réglant la coordination des systèmes de sécurité sociale par renvoi au droit européen.

Depuis la modification de l'annexe II de l'ALCP avec effet au 1^{er} avril 2012 (cf. la décision n° 1/2012 du Comité mixte du 31 mars 2012 remplaçant l'annexe II dudit accord sur la coordination des systèmes de sécurité sociale [RO 2012 2345]) sont également déterminants le 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 que le 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. arrêt du TF 8C_455/2011 du 4 mai 2012 ; à titre d'exemple les arrêts du TAF C-3/2013 du 2 juillet 2013 consid. 3 ; C-3985/2012 du 25 février 2013 consid. 2.1).

Conformément à l'art. 4 du règlement (CE) n° 883/2004, les personnes auxquelles ce règlement s'applique bénéficient en principe des mêmes prestations et sont soumises aux mêmes obligations, en vertu de la législation de tout Etat membre, que les ressortissants de celui-ci.

En outre, dans la mesure où l'ALCP et en particulier son annexe II qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8 ALCP) ne prévoient pas de disposition contraire, la procédure ainsi que les conditions à l'octroi des prestations de l'assurance-invalidité suisse sont déterminées exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement [CE] n° 883/2004 ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêts du TF 8C_329/2015 du 5 juin 2015 ; 9C_54/2012 du 2 avril 2012).

En l'occurrence, la présente cause doit être examinée à l'aune des dispositions du droit suisse en vigueur dans leur teneur entre le 14 février 2012 (début de l'incapacité de travail ; cf. AI pces 41 p. 5, 9 ; 151 p. 1 ; 152 p. 1 ; 154 p. 3 ; 157 p. 1), le 20 novembre 2014 (date de la demande de prestations ; cf. AI pce 38 p. 7) et le 30 juin 2015, date de la décision litigieuse (cf. AI pce 194) marquant la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 129 V 1 consid. 1.2 ; 121 V 362 consid. 1b).

2.3 Par ailleurs, 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 le 30 juin 2015. Les éléments de fait postérieurs à la date de la décision litigieuse ne sont pris en considération que s'ils permettent une meilleure compréhension de l'état de santé de la recourante antérieur à la décision attaquée (ATF 136 V 24 consid. 4.3 ; 130 V 445 consid. 1.2.1 ; 129 V 1 consid. 1.2 ; arrêt du TAF C-31/2013 du 14 janvier 2014 consid. 3.1).

2.4 De jurisprudence constante, l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 435/02 du 4 février 2003 consid. 2). Il sied de préciser que la documentation médicale et administrative fournie par les institutions de sécurité sociale d'un autre Etat membre doit être prise en considération (art. 49 al. 2 du règlement [CE] n° 987/2009). Ainsi, contrairement à ce que semble croire la recourante dans son recours (cf. TAF pce 1), il n'est donc pas en soi déterminant que les autorités espagnoles aient octroyé et prolongé le droit de la recourante à une rente d'invalidité temporaire espagnole comme l'avait déjà souligné l'OAIE dans sa réponse au recours (cf. TAF pce 8).

3.

3.1 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, la procédure devant les autorités administratives fédérales et le tribunal administratif fédéral, 2013, p. 105 n° 176). Cependant, 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 ; 121 V 204 consid. 6c ; MOSER/BEUSCH/KNEUENBÜHLER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2^{ème} éd. 2013, p. 25 n° 1.55).

3.2 In casu, l'objet du litige est le bien-fondé de la décision du 30 juin 2015 par laquelle l'OAIE a rejeté la demande de prestations AI du 20 novembre 2014 (cf. AI pces 38 ; 194). Le litige porte en particulier sur la question de savoir si le taux d'invalidité de 17% (cf. AI pce 161) retenu par l'OAIE est conforme au droit.

4.

La recourante se plaint de la violation du droit d'être entendu. Elle fait en particulier valoir que le formulaire E 211 (ES) « Recapitulacion de las decisiones » du 21 juillet 2015 (cf. annexe à TAF pce 1) ne mentionne qu'un motif général (« no se cumplen los requisitos exigidos ») de rejet de la demande de prestation du 20 novembre 2014, motif insuffisant selon elle pour pouvoir recourir correctement contre la décision du 30 juin 2015 (TAF pce 1 p. 1). Néanmoins, vu que le recours est admis et la cause renvoyée à l'autorité inférieure pour complément d'instruction, la question de la violation du droit d'être entendu peut être laissée ouverte.

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 six mois à compter de la date à laquelle l'assurée a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. 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, la recourante a déposé sa requête de prestations de l'assurance-invalidité le 20 novembre 2014 (cf. supra consid. B.a), si bien que le Tribunal doit examiner si la recourante avait droit à une rente le 1^{er} mai

2015 (soit six mois après le dépôt de la demande) ou si le droit à une rente était né entre cette date et le 30 juin 2015, date de la décision attaquée.

6.

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

- être invalide au sens de la LPGA/LAI (art. 8 LPGA ; art. 4, 28 et 29 al. 1 LAI) et
- avoir compté au moins trois années de cotisations à l'AVS/AI (art. 36 LAI).

6.2 En l'espèce, la recourante a versé des cotisations à l'AVS/AI suisse entre janvier 1983 et avril 1989 pour un total de 67 mois (cf. AI pce 31), soit pendant une durée supérieure à cinq ans (cf. supra consid. A). Partant, elle remplit la condition relative à la durée minimale de cotisations. Il reste dès lors à examiner si elle 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 réadaptation exigibles. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

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 demi-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 des deux (art. 29 al. 4 LAI ; 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 ; 114 V 310 consid. 3c).

7.3

7.3.1 S'agissant en particulier des troubles somatoformes douloureux persistants, ou des troubles psychosomatiques semblables tels que la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4 ; 130 V 352 consid. 2.2.2 ; arrêt du TF 9C_688/2016 du 16 février 2017 consid. 3.5 ; cf. aussi PETER HENNINGSEN, *Probleme und offene Fragen in der Beurteilung der Erwerbsfähigkeit bei Probanden mit funktionellen Körperbeschwerdesyndromen*, SZS 2014 p. 12), selon lequel le diagnostic de fibromyalgie et de trouble somatoforme douloureux dépend en large mesure du médecin qui le pose : un médecin rhumatologue diagnostique en règle générale une fibromyalgie alors qu'un médecin psychiatre plutôt un trouble somatoforme douloureux), le point de départ de l'examen du droit aux prestations selon l'art. 4 al. 1 LAI, ainsi que les art. 6 ss LPGA, et en particulier 7 al. 2 LPGA, est l'ensemble des éléments et constatations médicales. Une limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action ne peut fonder le droit à une prestation que si elle est la conséquence d'une atteinte à la santé qui a été diagnostiquée, lege artis, de manière indiscutable par un médecin spécialiste de la discipline concernée (ATF 141 V 281 consid. 2.1 ; 130 V 396 ; arrêts du TF 9C_899/2014 consid. 3.1 et 8C_569/2015 du 17 février 2016 consid. 4.1.1).

7.3.2 Les experts doivent ainsi motiver le diagnostic de telle manière que l'organe d'application du droit suisse puisse comprendre si les critères d'un système de classification reconnu (par exemple la CIM-10) sont effectivement remplis. En particulier, l'exigence d'une douleur persistante, intense

et s'accompagnant d'un sentiment de détresse doit être remplie. Un tel diagnostic suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie, c'est-à-dire tant sur le plan personnel que sur le plan professionnel (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1 et les références citées ; arrêt du TF 9C_862/2014 du 17 septembre 2015 consid. 3.2).

7.3.3 Une fois que le diagnostic de fibromyalgie a été posé *lege artis* conformément aux règles précitées (cf. consid. 7.3.1 et 7.3.2 supra), il convient de déterminer si dit diagnostic résiste aux motifs d'exclusion décrits à l'ATF 131 V 49 et repris à l'ATF 141 V 281. Ce n'est en effet que si ces motifs d'exclusion ne sont pas réalisés que le diagnostic de fibromyalgie conduit à la constatation d'une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'assurance invalidité (ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; arrêts du TF 8C_607/2015 du 3 février 2016 consid. 4.2.2 et 9C_173/2015 du 29 juin 2015 consid. 4.1.2).

7.3.4 Lorsque le diagnostic de fibromyalgie a été dûment posé et qu'aucune des limitations mentionnées par la jurisprudence n'est réalisée, il convient de déterminer si le trouble constaté est invalidant ou non et, dans l'affirmative, d'en évaluer le degré (ATF 141 V 281 consid. 3.6). Dans ce contexte, le Tribunal fédéral a jugé que la capacité de travail exigible des assurés souffrant d'une telle atteinte psychosomatique doit être évaluée sur a base d'une vision d'ensemble, dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et normative (indicateurs standards), permettant de mettre en lumière des facteurs d'incapacités d'une part et les ressources de l'assuré d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.5 et 3.6 ; arrêts du TF 8C_569/2015 du 17 février 2016 consid. 4.1 et les références citées ; 9C_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.3 et les références citées).

7.3.5 S'agissant du droit intertemporel, le Tribunal fédéral a indiqué que ces indicateur étaient également applicables aux expertises rendues à l'aune de l'ancienne jurisprudence, soit avant le 3 juin 2015 (ATF 141 V 281 consid. 8 et les références citées ; arrêt du TF 9C_716/2015 du 30 novembre 2015 consid. 4.1).

7.3.6 Par ailleurs, la jurisprudence précitée développée pour les troubles somatoformes douloureux s'applique également à toutes les maladies psychiques (ATF 143 V 409 ; 143 V 418).

8.

8.1 Selon l'art. 69 al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (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 privée 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 351 consid. 3a et les références citées).

8.3 La jurisprudence a posé des lignes directrices s'agissant de la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Lorsqu'au stade de la procédure administrative une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb ; arrêt du TF I 701/04 du 27 juillet 2005 consid. 2.1.2).

8.4 Les principes applicables à l'appréciation des rapports des SMR au sens des art. 59 al. 2^{bis} LAI et 49 al. 1 et 3 RAI s'appliquent également aux rapports du service médical interne de l'OAIE lesquels revêtent la même fonction. Ainsi, lesdits rapports 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 ; 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 [AI], Commentaire thématique, 2011, p. 799 n° 2920 ss).

Lesdits rapports sur dossier, pour avoir valeur probante, présupposent que le dossier contienne l'établissement non lacunaire de l'état de santé de l'assuré (exposé complet de l'anamnèse, 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 (arrêts du TF 9C_335/2015 du 1^{er} septembre 2015 consid. 3.1 ; 8C_653/2009 du 28 octobre 2009 consid. 5.2 ; 8C_239/2008 du 17 décembre 2009 consid. 7.2 ; 9C_462/2014 du 16 septembre 2014 consid. 3.2.2). Selon la jurisprudence, il n'est pas interdit aux tribunaux des assurances de se fonder uniquement ou principalement sur les rapports internes de médecins conseils 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 ; arrêt du TF 9C_25/2015 du 1^{er} mai 2015 consid. 4.1 ; VALTERIO, op. cit. p. 799 n° 2920).

8.5 Au sujet des rapports établis par les médecins traitants, il est constant que ceux-ci sont généralement enclins, 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 constatation s'applique de même aux médecins non traitants consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête. 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/cc ; arrêt du TF 9C_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2).

9.

9.1 La décision litigieuse se fonde principalement sur les rapports du Dr F._____ du service médical interne de l'OAIE des 23 avril 2015 et 24 juin 2015 (cf. AI pces 160 ; 192). Le Dr F._____ n'a pas fait lui-même d'examen sur la personne de la recourante mais a uniquement analysé et résumé la documentation médicale établie à la suite d'examens cliniques de la recourante réunie dans le cadre de l'instruction de la demande. Sur cette base, il a retenu comme diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail des altérations dégénératives du tendon sus-épineux droit ainsi qu'une discopathie/radiculopathie cervicale, et comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail une fibromyalgie, un asthme bronchique, une ostéochondrite à la cheville droite et une obésité. Par ailleurs, le Dr F._____ n'a pas retenu de diagnostic psychiatrique.

9.2 La recourante conteste en substance l'appréciation faite par le médecin conseil de l'OAIE au sujet « des autres problèmes médicaux lesquels ont donné lieu à de nouvelles procédures d'incapacité temporaire » par devant l'Instituto D._____. Selon elle, la protrusion discale en L4-L5 et L5-S1, la fibromyalgie et l'ostéochondrite de la cheville droite dont elle souffre ont une répercussion sur sa capacité de travail. Implicitement, la recourante allègue également souffrir d'un trouble psychique invalidant.

9.3 En l'espèce, il sied de relever à titre liminaire que les différents rapports établis par des médecins spécialistes sur la base d'examens cliniques de la recourante ne contiennent ni anamnèse, ni indication du taux d'incapacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée, ni discussion médicale suffisantes (AI pces 1 à 9 ; 11 à 14 ; 16 à 20 ; 23 à 27 ; 32 à 34 ; 36 ; 45 à 47 ; 49 ; 50 ; 52 à 56 ; 61 ; 63 ; 65 ; 67 ; 68 ; 71 ; 72 ; 74 à 80 ; 86 ; 104 ; 105 ; 107 ; 110 ; 116 ; 117 ; 122 ; 130 ; 131 ; 141 p. 2 ; 142 ; 144 ; 145 ; 146 ; 151 ; 152 ; 153 ; 154 p. 42 ; 159 p. 1, 167 ; 176). Leur valeur probante est donc limitée. Toutefois, se fondant sur des examens cliniques et la documentation médicale étant par ailleurs cohérente, c'est à juste titre que le médecin conseil de l'OAIE a accordé du crédit aux diagnostics posés et les a correctement résumés dans ses rapports précités (AI pces 160 et 192).

9.4 La recourante a produit après le 30 juin 2015 deux nouveaux certificats médicaux établis avant la date de la décision litigieuse (cf. AI pce 194). Le

premier établi par la Dresse P._____ porte la date du 29 juin 2015 et mentionne notamment une pathologie chronique affectant la colonne cervicale et lombaire (cf. Al pces 195 ; 196). Le second rapport établi par le Dr Q._____ en date du 9 juin 2015 indique des protrusions discales en L4-L5 et L5-S1 (cf. Al pce 205). Ces rapports médicaux contiennent les mêmes informations médicales que les autres rapports médicaux déjà présents au dossier concernant le dos de la recourante et sur lesquels le médecin conseil de l'OAIE s'est fondé pour rendre son avis du 23 avril 2015 (cf. Al pces 2 ; 4 ; 6 ; 9 p. 1 ; 13 ; 16 ; 19 ; 24 ; 25 ; 32 ; 36 p. 5, 7, 8 ; 52 ; 56 ; 61 ; 67 ; 68 ; 77 ; 80 ; 86 ; 104 ; 105 ; 107 ; 110 ; 117 ; 142 ; 151 ; 152 ; 153 p. 3, 6 ; 167). Ce dernier a en effet conclu que les protrusions discales en L4-L5 et L5-S1 avaient une répercussion sur la capacité de travail de la recourante dans son activité habituelle et en a tenu compte lors de la fixation du taux d'incapacité de travail. En revanche, selon lui, elles n'engendraient pas de limitations fonctionnelles. Cette constatation est confirmée par le Dr Q._____ dans son rapport du 9 juin 2015 lequel retient uniquement une mobilité réduite à plus de 50% de l'épaule droite résultant des séquelles de la rupture du tendon sus-épineux. Lesdits rapports ne permettent dès lors pas de remettre en question l'avis dudit médecin en ce qui concerne les protrusions discales en L4-L5 et L5-S1 car ils n'attestent ni une aggravation de la pathologie ni une modification du taux d'incapacité de travail.

9.5 Il en va de même en ce qui concerne l'ostéochondrite de la cheville droite. La recourante a en effet également produit, après l'établissement de la prise de position médicale du médecin conseil de l'OAIE du 24 juin 2015 (cf. Al pce 192), mais avant la prise de la décision litigieuse le 30 juin 2015 (cf. Al pce 194), un rapport médical des plus succinct établi par le Dr M._____ en date du 12 juin 2015 (cf. Al pces 187 ; 193). Ce dernier relève des douleurs au niveau de la cheville droite et aucune amélioration de l'état de cette cheville après traitement et physiothérapie recommandant dès lors une intervention chirurgicale. Ce médecin ne s'exprime cependant pas sur une éventuelle incapacité de travail résultant de cette affection. Ce faisant, ledit rapport est semblable aux rapports médicaux concernant la cheville droite de la recourante analysés par le médecin-conseil de l'OAIE dans le cadre de son rapport du 23 avril 2015 (cf. Al pces 1 ; 2 ; 5 ; 8 p. 2 ; 11 ; 16 ; 17 ; 18 ; 20 ; 32 ; 33 ; 36 p. 5, 7, 8 ; 46 p. 5-7 ; 54 ; 56 ; 63 ; 65 ; 71 ; 74 ; 80 ; 104 ; 105 ; 116 ; 130 ; 144 ; 145 ; 151 ; 152 ; 154 p. 42). N'attestant d'aucune modification de l'état de la cheville droite, ce rapport ne permet donc pas non plus de douter de l'avis du médecin conseil de l'OAIE précité.

9.6 Quant au diagnostic de fibromyalgie, force est de constater que celui-ci n'a pas été posé *lege artis* conformément aux exigences fixées par la jurisprudence fédérale (ATF 141 V 281 consid. 5.2.1). En effet, la fibromyalgie est citée dans plusieurs rapports médicaux sans code CIM ou DSM-IV mais en lien avec des douleurs non expliquées (cf. AI pces 8 p. 2 ; 16 p. 1 ; 36 p. 2, 7, 8 ; 56 ; 104 ; 195). De plus, les différents éléments du diagnostic n'ont pas été analysés et par conséquent ledit diagnostic n'a pas été suffisamment motivé. L'existence d'éventuels motifs d'exclusion n'a pas non plus été examinée. Et finalement, l'examen du caractère invalidant ou non du diagnostic de fibromyalgie n'a pas été effectué selon les indicateurs standards définis par la jurisprudence. Le dossier médical sur lequel le médecin conseil de l'OAIE a fondé ses rapports s'avère dès lors lacunaire en ce qui concerne le diagnostic de fibromyalgie.

9.7 Les rapports des médecins psychiatres qui ont examiné la recourante et qui font partie du dossier médical sur lequel le médecin conseil de l'OAIE s'est fondé pour rendre ses avis attestent tous d'éléments biographiques sans troubles psychiques (cf. AI pces 8 p. 1 ; 55 ; 105 ; 122 ; 163 ; 165 ; 185). Dans son recours, la recourante argue implicitement que son état de santé psychique s'est aggravé. Elle a produit un rapport médical de sortie des urgences psychiatriques du H. _____ daté du 30 mai 2015 et établi par le Dr L. _____ suite à une crise d'angoisse (cf. annexe à TAF pce 1 ; déjà au dossier sous AI pce 165). Un autre rapport médical du 25 juin 2015 établi par la Dresse R. _____ du service de psychiatrie du H. _____ atteste d'une tentative de suicide dans un bus par overdose médicamenteuse ainsi que d'un trouble de l'adaptation mixte et de traits de la personnalité dysfonctionnels (cf. AI pce 200). Les médecins concernés n'ont cependant pas posé lesdits diagnostics selon un système de classification reconnu ni examiné le caractère invalidant de ceux-ci conformément aux exigences jurisprudentielles. La valeur probante de ces rapports est donc limitée mais ils suffisent à semer un doute sur l'existence éventuelle d'un ou de plusieurs troubles psychiques. Le Tribunal n'est dès lors pas en mesure de retenir à la vraisemblance prépondérante que la recourante ne souffre pas d'un ou de plusieurs troubles psychiques. Le dossier médical s'avère dès lors également lacunaire sur ce point.

9.8 Par ailleurs, en ce qui concerne les nouveaux documents médicaux datant d'après la décision litigieuse (cf. AI pces 209 ; 211 ; annexes à TAF pces 1 ; 5 ; 11 ; 15), ils ne permettent pas non plus une meilleure compréhension de l'état de santé de la recourante antérieur à la décision attaquée.

9.9 Le médecin conseil de l'OAIE était de par sa spécialisation en médecine interne générale à même de déterminer lui-même les taux d'incapacité de travail de la recourante dans son activité habituelle et dans une activité adaptée. Cependant, la recourante a déclaré dans le formulaire « questionnaire pour indépendants » signé le 13 mars 2015 (cf. AI pce 157 p. 1 ss) qu'avant le début de son incapacité de travail, elle avait travaillé à raison de 8 heures par jour et de 40 heures par semaine dans son activité habituelle de coiffeuse, équivalant à un taux d'occupation de 100%. Or, le Dr F. _____ a considéré à tort que la recourante avait travaillé à temps partiel dans son activité habituelle et pour le reste s'était occupée de son ménage. Il a ainsi fixé le taux d'incapacité de travail dans l'activité habituelle à 70% et dans le ménage à 28%. Cependant, considérant que le taux d'invalidité ayant en l'espèce été déterminé selon la méthode générale de comparaison des revenus pour un taux d'occupation dans une activité adaptée de 100%, l'inexactitude constatée en lien avec le taux d'occupation dans l'activité habituelle n'a pas de répercussion sur le taux d'invalidité. Cette inexactitude ne peut en l'espèce à elle seule justifier un renvoi à l'autorité inférieure pour complément d'instruction. Néanmoins, elle s'ajoute aux autres lacunes du dossier médical constatées précédemment.

9.10 Sur le vu de ce qui précède, le Tribunal ne peut dès lors reconnaître une valeur probante auxdits rapports du Dr F. _____ des 23 avril 2015 et 24 juin 2015. En effet, la documentation médicale sur laquelle le médecin conseil de l'OAIE fonde ses rapports médicaux des 23 avril 2015 et 24 juin 2015 est lacunaire en ce qui concerne i) les diagnostics de fibromyalgie et de troubles psychiques, ii) le caractère invalidant de ceux-ci, et iii) les taux d'incapacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a et les références citées). Le Tribunal de céans ne peut donc pas porter un jugement valable sur le droit litigieux, dès lors que les documents à disposition n'ont pas une valeur probante suffisante. Dans cette constellation, une instruction complémentaire doit être entreprise (arrêt du TF 9C_58/2011 du 25 mars 2011 consid. 3.3).

10.

10.1 Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis et la décision du 30 juin 2015 doit être annulée. Le dossier doit être renvoyé à l'OAIE pour complément d'instruction par toutes les mesures propres à clarifier l'état de santé de la recourante et sa capacité de travail. Il se justifie dans de telles circonstances de renvoyer la cause à l'autorité inférieure pour qu'elle procède aux mesures d'instruction nécessaires en application de l'art. 61 al. 1 PA, bien qu'un renvoi doive rester exceptionnel compte tenu

de l'exigence de la célérité de la procédure (cf. art. 29 Cst. ; arrêt du TF 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 2.2). Le Tribunal fédéral a précisé que le renvoi est notamment justifié lorsqu'il s'agit d'enquêter sur une situation médicale qui n'a pas encore fait l'objet d'un examen, respectivement lorsque l'autorité inférieure n'a nullement instruit une question déterminante pour l'examen du droit aux prestations ou lorsqu'un éclaircissement, une précision ou un complément d'expertise s'avèrent nécessaires (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 ; arrêt du TF 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.2 et 3.3). En l'espèce, il ressort du dossier que la situation médicale et les conséquences qui en découlent (limitations fonctionnelles et incapacité de travail) n'ont nullement été instruites à satisfaction par l'autorité inférieure.

10.2 Pour sa nouvelle décision portant sur la question du droit de l'intéressée à une rente au plus tôt à compter du 1^{er} mai 2015 (cf. consid. 5.2), l'autorité inférieure entreprendra toutes les investigations médicales nécessaires pour l'établissement complet et actuel de l'état de santé de l'intéressée ainsi que de sa capacité de travail. Pour ce faire, elle sollicitera une expertise pluridisciplinaire dans les disciplines de la médecine interne, rhumatologie et psychiatrie ainsi que d'autres disciplines si nécessaire (cf. ATF 139 V 349 consid. 3.3), qui devra notamment (i) fixer le début de l'incapacité de travail de longue durée, soit le point de départ de l'invalidité, (ii) poser le(s) diagnostic(s) de la recourante, (iii) établir ses limitations fonctionnelles et (iv) évaluer de façon précise et cohérente le taux de capacité de travail de l'intéressée dans son ancienne activité de coiffeuse et dans des activités adaptées. Afin de répondre aux exigences de la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral relative aux troubles somatoformes douloureux et aux affectations psychiques (ATF 141 V 281 ; 143 V 409 ; 143 V 418), et dès lors qu'il ne ressort pas du dossier que l'intéressée ne serait pas apte à voyager pour des raisons médicales, dite expertise devra être faite en Suisse. Sur la base de cette expertise, l'autorité inférieure devra rendre une nouvelle décision.

11.

11.1 En règle générale, les frais de procédure sont en principe mis à la charge de la partie qui succombe (art. 63 al. 1, 1^{ère} phrase, PA). D'après la jurisprudence, la partie qui a formé recours est réputée avoir obtenu gain de cause lorsque l'affaire est renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision (ATF 132 V 215 consid. 6.2). Aucun frais de procédure n'est mis à la charge des autorités inférieures, ni des autorités fédérales recourantes et déboutées (art. 63 al. 2, 1^{ère} phrase, PA).

11.2 En l'occurrence, il n'y a pas lieu de percevoir de frais de procédure, dès lors que la recourante a obtenu gain de cause par le renvoi de l'affaire à l'OAIE et qu'aucun frais de procédure n'est mis à la charge de l'autorité inférieure. Partant, l'avance de frais versée par la recourante à hauteur de Fr. 407.38 (TAF pces 2 ; 3 ; 7) lui sera restituée dès l'entrée en force du présent arrêt.

11.3 La recourante ayant agi sans l'assistance d'un mandataire professionnel et n'ayant pas démontré avoir eu à supporter des frais indispensables et relativement élevés, il ne lui est pas alloué d'indemnités à titre de dépens (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]).

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est admis en ce sens que la décision de l'autorité inférieure du 30 juin 2015 est annulée et la cause est renvoyée à l'OAIE afin qu'elle complète l'instruction dans le sens des considérants et rende ensuite une nouvelle décision.

2.

Il n'est pas perçu de frais judiciaires. L'avance sur les frais présumés de procédure de Fr. 407.38 sera remboursée à la recourante avec l'entrée en force du présent arrêt.

3.

Il n'est pas alloué de dépens.

4.

Le présent arrêt est adressé :

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

L'indication des voies de droit se trouve à la page suivante.

La présidente du collège :

La greffière :

Caroline Bissegger

Marion Capolei

Indication des voies de droit :

Pour autant que les conditions au sens des art. 82 ss, 90 ss et 100 ss LTF 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 de la partie recourante (art. 42 LTF).

Expédition :