

**Bundesverwaltungsgericht**  
**Tribunal administratif fédéral**  
**Tribunale amministrativo federale**  
**Tribunal administrativ federal**



---

Cour III  
C-7461/2006  
{T 0/2}

**Arrêt du 16 mai 2008**

---

Composition

Elena Avenati-Carpani (présidente du collège),  
Johannes Frölicher, Franziska Schneider, juges,  
Pascal Montavon, greffier.

---

Parties

**F.**\_\_\_\_\_,  
représentée par Me José Nogueira Esmorís,  
recourante,

contre

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

---

Objet

Assurance-invalidité.

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

La ressortissante espagnole F. \_\_\_\_\_, née le 19 juin 1962, a travaillé en Suisse de 1990 à 1997 dans le nettoyage en milieu hospitalier (pces 5 et 22 ch. 3.4). De retour en Espagne elle a travaillé dans la confection du 15 septembre 1999 au 25 novembre 2002 puis n'a plus exercé d'activité lucrative (pce 13). En date du 6 février 2004 elle a présenté une demande de prestations de l'assurance-invalidité suisse auprès de l'Instituto Nacional de Seguridad Social (INSS, pce 1), lequel a transmis la demande à l'Office de l'assurance-invalidité pour les personnes résidant à l'étranger (OAIE).

**B.**

Dans le cadre de la procédure d'examen de la demande, l'OAIE a notamment versé au dossier les pièces suivantes:

- le questionnaire à l'assurée daté du 25 février 2005 selon lequel l'intéressée a travaillé à temps complet dans la confection jusqu'au 3 septembre 2002 et n'a ensuite plus repris de travail en raison d'incapacité temporaire (pce 13),
- le questionnaire à l'employeur daté du 28 février 2005 selon lequel l'intéressée a été engagée du 26 août au 25 novembre 2002 pour une durée déterminée dans la confection et a cessé son activité le 3 septembre 2002 pour cause d'incapacité temporaire (pce 11),
- le questionnaire pour les assurés travaillant dans le ménage daté du 25 février 2005 selon lequel l'intéressée vit dans un ménage de deux adultes, s'occupe de quelques tâches ménagères légères, les autres étant confiées à son conjoint et à sa mère, entretient un jardin potager et élève de la volaille ou d'autres animaux (pce 12),
- un rapport médical établi en 2002 à l'Hôpital Juan Canalejo faisant notamment état de lombosciatalgies depuis quelque six mois (pce 14),
- un rapport médical établi en 2002 suite à une consultation pour vomissements (pce 15),

- un rapport médical établi le 13 janvier 2003 signé de la Dresse B.\_\_\_\_\_ faisant état de lombosciatalgies, d'une hernie discale L5-S1 gauche opérée (discectomie) le 8 janvier 2003 suivi d'un décours satisfaisant ayant permis une convalescence à domicile, d'anémie, de bradycinésie, d'un Lasègue positif gauche à 30° (pce 16),
- un rapport médical établi en 2003 faisant état d'une hernie discale L5-S1, de dépression, de vertiges périphériques (pce 17),
- un rapport médical détaillé E213 daté du 12 février 2004 faisant état chez l'intéressée (165cm/69kg) de lombosciatalgies gauches pour cause d'hernie discale L5-S1 opérée le 8 janvier 2003 en relation avec une incapacité temporaire de 16 mois, d'une possible radiculopathie L5 gauche, d'une flexion lombaire limitée (dds 30 cm), d'un Lasègue négatif, affections ne permettant plus à l'assurée d'effectuer son dernier travail (pce 22),
- un nouveau questionnaire pour les assurés travaillant dans le ménage daté du 31 mars 2006 reprenant les informations données dans celui du 25 février 2005 (pce 33, non signée),
- un nouveau questionnaire à l'assurée daté du 31 mars 2006 reprenant les informations du questionnaire du 25 février 2005 (pce 35),
- un rapport médical des Drs T.\_\_\_\_\_ et A.\_\_\_\_\_ daté du 30 janvier 2006 faisant état de lombalgies à répétition, de douleurs paravertébrales à la palpation, status sans signe de tension radiculaire ni de déficit sensitivo-moteur, d'un syndrome post-laminectomie non spécifié (pce 36),
- un rapport médical daté du 25 janvier 2006 signé du Dr R.\_\_\_\_\_, neurochirurgien, rappelant le statuts de l'intéressée et indiquant qu'aucune intervention de sa part n'était à prévoir (pce 37),
- un nouveau rapport médical détaillé E213 daté du 10 janvier 2006 faisant état d'une importante limitation de la flexion-extension lombaire (dds 40 cm), de signes cliniques d'affections radiculaires, d'une fibrose épidurale, d'un syndrome postlaminectomie, de lombalgies irradiantes sur le côté gauche d'origine mé-

canique, affections ne permettant plus à l'intéressée d'effectuer son travail ordinaire mais lui permettant d'effectuer tout travail adapté à plein temps (pce 38).

### **C.**

L'administration soumit le dossier au Dr R.\_\_\_\_\_, de son service médical, qui retint, dans son rapport daté du 1<sup>er</sup> septembre 2006, le diagnostic de douleurs lombaires sans atteinte neurologique. Il releva qu'opérée le 8 janvier 2003 de sa hernie discale, une activité professionnelle normale y compris dans sa profession était exigible de l'intéressée car à part un syndrome douloureux banal il n'y avait pas d'atteinte neurologique. Il indiqua que les activités domestiques étaient également compatibles à 100% (pces 40 s.).

L'OAIE informa l'assurée le 25 septembre 2006 que sa demande de prestation allait être rejetée faute de présenter une incapacité de travail moyenne suffisante, pendant une année, au sens des dispositions de l'assurance-invalidité suisse malgré son atteinte à la santé et que l'accomplissement des travaux habituels était toujours exigible (pce 42). Par acte du 16 octobre 2006, l'intéressée, représentée par Me José Nogueira Esmoris, contesta le projet de décision de l'OAIE. Elle fit valoir ses affections, être considérée en incapacité permanente totale dans sa profession selon le droit espagnol et requit l'octroi d'une rente totale ou partielle. Elle joignit à son envoi un acte de la Sécurité sociale espagnole du 20 février 2004 proposant sa reconnaissance d'incapacité totale dans sa profession (pce 43). Par décision du 13 novembre 2006, l'OAIE rejeta la demande de rente relevant que les décisions de la Sécurité sociale d'un Etat tiers ne liaient pas l'assurance-invalidité suisse (pce 44).

### **D.**

Contre cette décision, l'assurée représentée de son mandataire interjeta recours par acte du 20 décembre 2006 auprès de la Commission fédérale de recours en matière d'AVS/AI pour les personnes résidant à l'étranger. Elle fit valoir les mêmes griefs avancés à l'encontre du projet de décision. Elle joignit à son recours un rapport médical déjà au dossier (pce TAF 1).

Invité à se déterminer par le Tribunal administratif fédéral à qui le dossier fut transféré au 1<sup>er</sup> janvier 2007, l'OAIE proposa le rejet du recours le 20 juin 2007. Il indiqua que selon la prise de position de son service médical du 1<sup>er</sup> septembre 2006 et compte tenu de l'ensemble du dos-

sier l'état de santé de l'intéressée ne la limitait pas dans son activité comme couturière ni dans son ménage et que dès lors la recourante ne présentait pas d'invalidité ouvrant le droit à une rente au sens de la législation suisse (pce TAF 4).

Par réplique du 17 juillet 2007, l'intéressée maintint son recours rappelant être reconnue en incapacité totale selon le droit espagnol et ne pas être en mesure d'accéder au marché du travail (pce TAF 7). Par duplique du 17 septembre 2007, l'OAIE maintint sa détermination, relevant que l'intéressée n'avait pas apporté de nouveaux éléments lui permettant de modifier sa prise de position (pce TAF 9).

## **E.**

Par ordonnance du 21 septembre 2007, le tribunal de céans requit de la recourante une avance de frais de Fr. 400.- dont elle s'acquitta dans le délai imparti (pces TAF 10 et 13). Par ordonnances des 13 avril 2007 et 18 mars 2008 le Tribunal informa les parties de la composition du collège appelé à statuer dans la cause (pces TAF 2 et 14), elle ne fut pas contestée.

## **Droit :**

### **1.**

**1.1** Sous réserve des exceptions prévues à l'art. 32 de la Loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), le Tribunal administratif fédéral, en vertu de l'art. 31 LTAF, connaît des recours contre les décisions au sens de l'art. 5 de la Loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) prises par les autorités mentionnées aux art. 33 et 34 LTAF. En particulier, les décisions rendues par l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE) concernant l'octroi de rente d'invalidité peuvent être contestées devant le Tribunal administratif fédéral conformément à l'art. 69 al. 1 let. b de la Loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20).

**1.2** Les affaires pendantes devant les commissions fédérales de recours ou d'arbitrage ou devant les services de recours des départements au 1<sup>er</sup> janvier 2007 sont traitées par le Tribunal administratif fédéral dans la mesure où il est compétent. Le nouveau droit de procédure s'applique (cf. art. 53 al. 2 LTAF).

**1.3** En vertu de l'art. 3 let. d<sup>bis</sup> PA la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) est applicable. En application de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26<sup>bis</sup> et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA.

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

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

## **2.**

**2.1** 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) est entré en vigueur le 1<sup>er</sup> juin 2002. A cette date sont également entrés en vigueur son Annexe II qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale, le Règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté (RS 0.831.109.268.1), s'appliquant à toutes les rentes dont le droit prend naissance au 1<sup>er</sup> juin 2002 et ultérieurement et se substituant à toute convention de sécurité sociale liant deux ou plusieurs Etats (art. 6 du Règlement), et enfin le Règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relatif à l'application du Règlement (CEE) n° 1408/71 (RS 0.831.109.268.11). Selon l'art. 3 du Règlement (CEE) n° 1408/71 les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne et les ressortissants suisses bénéficient de l'égalité de traitement. Selon l'art. 20 ALCP, sauf disposition contraire découlant de l'Annexe II, les accords de sécurité sociale bilatéraux entre la Suisse et les Etats membres de la Communauté européenne sont suspendus dès l'entrée en vigueur du présent accord, dans la mesure où la même matière est régie par le présent accord. Dans la mesure où l'Accord, en particulier son Annexe II qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8 ALCP) ne prévoit pas de disposition contraire, l'organisation de la procédure de même que

l'examen des conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité suisse ressortissent au droit interne suisse.

**2.2** L'art. 80a LAI rend expressément applicables dans la présente cause, s'agissant d'un ressortissant de l'Union européenne, l'ALCP et les Règlements (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 et (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relativement à l'application du Règlement (CEE) n° 1408/71.

**2.3** De jurisprudence constante l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (ATFA cause I 435/02 consid. 2 du 4 février 2003; Revue à l'intention des caisses de compensation (RCC) 1989 p. 330). Même après l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (ATF 130 V 257 consid. 2.4).

### **3.**

**3.1** 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.

**3.2** L'examen du droit à des prestations selon la LAI est régi par la teneur de la LAI au moment de la décision sur opposition entreprise eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445 et les références). Les dispositions de la 5<sup>ème</sup> révision de la LAI entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008 ne sont donc pas applicables et les dispositions citées ci-après sont celles en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007.

**3.3** La recourante a présenté sa demande de rente le 6 février 2004. En dérogation à l'art. 24 LPGA, l'art. 48 al. 2 LAI prévoit que si l'assuré présente sa demande de rente plus de douze mois après la naissance du droit, les prestations ne sont allouées que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande. Concrètement le Tribunal peut se limiter à examiner si la recourante avait droit à une rente le 6 février 2003 (12 mois avant le dépôt de la demande) ou si le droit à une rente était né entre cette date et le 13 novembre 2006, date de la décision attaquée marquant la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 129 V 4 consid. 2.1 et 121 V 366 consid. 1b).

**4.**

Selon les normes applicables, tout requérant, pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse, doit remplir cumulativement les conditions suivantes:

- être invalide au sens de la LPGA et de la LAI (art. 8 LPGA, 4, 28, 29 al. 1 LAI);
- compter une année entière au moins de cotisations (art. 36 al. 1 LAI).

La recourante a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus d'une année au total et remplit donc la condition de la durée minimale de cotisations. Il reste à examiner si elle est invalide.

**5.**

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

**5.2** Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2004, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. Antérieurement au 1<sup>er</sup> janvier 2004, le seuil de 40% était également applicable. Toutefois, les rentes correspondant à un degré d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse (art. 28 al. 1<sup>er</sup> LAI). Depuis l'entrée en vigueur des Accords sur la libre circulation des personnes, les ressortissants de l'Union européenne qui présentent un degré d'invalidité de 40% au moins, ont droit à un quart de rente en application de l'art. 28 al. 1 LAI à partir du 1<sup>er</sup> juin 2002 s'ils ont

leur domicile et leur résidence habituelle dans un Etat membre de l'UE.

**5.3** Conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à une rente naît dès que l'assuré présente une incapacité durable de 40% au moins (lettre a) ou dès qu'il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (lettre b; voir ATF 121 V 265 ss). D'après la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, la lettre a s'applique si l'état de santé de l'assuré est stabilisé et a acquis un caractère essentiellement irréversible affectant la capacité de gain dans une mesure suffisamment grave pour justifier l'octroi d'une rente (art. 29 RAI), la lettre b si l'état de santé est labile, c'est-à-dire susceptible d'une amélioration ou d'une aggravation (ATF 111 V 22 consid. 2; 99 V 99; 96 V 44). Une atteinte labile peut être considérée comme relativement stabilisée seulement lorsque son caractère a clairement évolué de manière que l'on puisse prévoir que pratiquement aucun changement notable n'interviendra dans un avenir prévisible (ATF 119 V 102 consid. 4a et les références; ATF I 342/05 du 27 juillet 2005).

**5.4** Une incapacité de travail de 20% doit être prise en compte pour le calcul de l'incapacité de travail moyenne selon l'art. 29 al. 1 let. b LAI (cf. chiffre marginal 2016 de la Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence; Jurisprudence et pratique administrative des autorités d'exécution de l'AVS/AI [Pratique VSI] 1998 p. 126 consid. 3c).

## **6.**

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

**6.2** Selon une jurisprudence constante, bien que l'invalidité soit une notion juridique et économique les données fournies par les médecins

constituent néanmoins un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux peuvent être encore raisonnablement exigés de l'assuré (ATF 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, Revue à l'attention des caisses de compensation (RCC) 1991 p. 329 consid. 1c).

## **7.**

**7.1** Il résulte du dossier que la dernière activité de l'intéressée a été dans la confection jusqu'en 2002 et qu'elle n'a effectivement plus exercé d'activité ensuite. Il faut donc examiner la documentation médicale.

**7.2** Dans les rapports médicaux établis par les médecins consultés par la recourante et par les médecins de la sécurité sociale espagnole et de l'OAIE, il est notamment fait état de lombosciatalgies, d'une hernie discale L5-S1 gauche opérée avec décours satisfaisant, de vertiges périphériques, de faiblesse du pied gauche, de douleurs paravertébrales à la palpation, status sans signe de tension radiculaire ni de déficit sensitivo-moteur, d'un syndrome post-laminectomie non spécifié. Il s'agit d'un status labile. Or, à défaut d'un état de santé stabilisé, la lettre a de l'art. 29 al. 1 LAI est inapplicable; seule peut entrer en considération la lettre b de cette disposition légale prévoyant une période d'attente d'une année à partir du début de l'incapacité de travail relevante pour la détermination du début du droit à la rente.

## **8.**

**8.1** 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).

**8.2** La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertise ou de rapports médi-

caux. Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 V 352 cons. 3b/aa; 118 V 220 consid. 1b et les références). Au sujet des rapports établis par les médecins traitant, le juge peut et doit tenir compte du fait que selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitant 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 353 consid. 3b/dd et les références citées).

**8.3** En l'espèce il est admis tant par le médecin de la Sécurité sociale espagnole dans son rapport E213 du 10 janvier 2006 que par le médecin de l'OAIE que la recourante peut exercer une activité adaptée à son état de santé. Le Dr R. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 1<sup>er</sup> septembre 2006 précise même que l'intéressée, ayant été opérée le 8 janvier 2003 d'une hernie discale, est en mesure d'exercer son activité professionnelle normale car, excepté un syndrome douloureux banal, il n'y a pas d'atteinte neurologique. D'autre part, les autres affections alléguées par la recourante, soit une diminution de force du pied gauche, un Lasègue bilatéral (négatif selon le dernier rapport E213), une fibrose post-chirurgicale, des bradycinésies ne sont pas en soi propres à affecter la capacité de travail de l'intéressée dans une mesure significative. De même les activités ménagères sont compatibles à 100%. Le Tribunal de céans peut dès lors conclure que la recourante ne présente pas d'invalidité ouvrant un droit à une rente d'invalidité de droit suisse. Mal fondé le recours doit être rejeté.

## **9.**

Dans le cadre de cette demande de rente, il est utile de rappeler que, selon un principe général valable en assurances sociales, l'assuré a l'obligation de diminuer le dommage et doit entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui afin d'atténuer autant que possible les conséquences de son invalidité (ATF 115 V 53, 114 V 285 consid. 3, 111 V 239 consid. 2a; cf. aussi ALFRED

MAURER, Schweizerisches Sozialversicherungsrecht, vol. II, Berne 1981, p. 377; ULRICH MEYER-BLASER, Zum Verhältnismässigkeitsgrundsatz im staatlichen Leistungsrecht, thèse Berne 1985, p. 131). Dans ce contexte, il convient de souligner que ni l'âge, ni la situation familiale ou économique, un arrêt prolongé de l'activité professionnelle ou même le refus d'exercer une activité médicalement exigible ne constituent un critère relevant pour l'octroi d'une rente d'invalidité (ATF du 28 janvier 2005 dans la cause F. [I 175/04] consid. 3; VSI 1999 p. 247 consid. 1; Pratique VSI 1998 p. 296 consid. 3b).

#### **10.**

La décision a été rendue après le 1<sup>er</sup> juillet 2006, entrée en vigueur de l'art. 69 al. 2 LAI soumettant la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal administratif fédéral à des frais de procédure. Il est perçu *in casu* Fr. 400.- de frais de procédure à charge de la recourante débouté. Ce montant est compensé avec l'avance de frais fournie. Il n'est pas allouée de dépens.

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

**1.**

Le recours est rejeté.

**2.**

Les frais de procédure, d'un montant de Fr. 400.-, sont mis à la charge de la recourante. Ce montant est compensé par l'avance de frais déjà versée de Fr. 400.-.

**3.**

Il n'est pas alloué de dépens.

**4.**

Le présent arrêt est adressé :

- au représentant de la recourante (Recommandé + AR)
- à l'autorité inférieure (n° de réf. )
- à l'Office fédéral des assurances sociales.

La présidente du collège :

Le greffier :

Elena Avenati-Carpani

Pascal Montavon

**Indication des voies de droit :**

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

Expédition :