



Cour III
C-8418/2010

Arrêt du 10 février 2012

Composition

Francesco Parrino, juge unique,
Pascal Montavon, greffier.

Parties

A. _____,
recourante,

contre

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

Objet

Assurance-invalidité (décision du 25 octobre 2010).

Faits :**A.**

La ressortissante portugaise A._____, née en 1957, compte une période d'assurance en Suisse de 1983 à 1992 et a travaillé en Suisse en 1992 comme aide-cuisinière. Rentrée au Portugal elle n'a pas exercé d'activité lucrative (cf. pce 21). En date du 5 décembre 2009 elle déposa une demande de prestations d'invalidité suisses auprès de l'organe de liaison au Portugal de l'Office de l'assurance-invalidité pour les personnes résidant à l'étranger (OAIE, pce 1).

B.

Dans le cadre de l'instruction de la demande l'OAIE porta notamment au dossier les pièces ci-après:

- le questionnaire à l'assurée daté du 23 juin 2010 n'indiquant pas d'activité lucrative exercée depuis son retour au Portugal, notant une ancienne activité en Suisse d'aide de cuisine (pce 11),
- le questionnaire pour les assurés travaillant dans le ménage daté du 23 juin 2010 indiquant un ménage de 4 personnes dont un enfant de 9 ans, la possibilité d'effectuer l'ensemble des tâches ménagères avec l'aide de sa fille et de son mari pour les tâches les plus lourdes à raison de 20 h./sem. chacun (pce 10),
- un rapport médical "imprimé" le 14 mai 2001 énonçant le diagnostic d'hépatite chronique B légère avec fibrose portale modérée et septale (pce 12),
- des examens de laboratoire datés des 25 octobre 2007 et 3 avril 2008 (pces 13 s.),
- un rapport médical signé du Dr B._____ daté du 12 mai 2009 faisant état d'une hépatite B chronique avec fibrose et d'un status clinique stabilisé (pce 15),
- une note médicale datée du 17 février 2010 énonçant le diagnostic de hépatite B chronique sous médication (pce 17),
- un rapport médical E 213 daté du 16 avril 2010 énonçant l'atteinte d'hépatite B chronique depuis 2000, les plaintes d'asthénie, anorexie et perte de poids, un bon état général et mental (160cm/59kg), une force, un tonus, une marche sans altération, des atteintes induisant

une incapacité au travail et aux efforts physiques, soit une incapacité de travail pour tout type d'activité lucrative même adaptée à temps partiel (motifs non précisés) sans perspective d'amélioration de l'état de santé et de la capacité de travail (pce 19).

C.

Invité à se déterminer sur le dossier, le Dr C. _____ de l'OAIE nota dans son rapport du 12 août 2010 le diagnostic d'hépatite B chronique en traitement n'induisant pas d'incapacité dans les tâches ménagères bien que selon le rapport E 213 l'intéressée était décrite inapte pour une activité professionnelle. Il releva que celle-ci n'avait plus exercé d'activité professionnelle depuis 1992 et que le questionnaire pour ménagère ne comportait aucune limitation fonctionnelle. Il indiqua que l'intéressée n'était pas gênée par la maladie évoluant à bas bruit et, sur la base d'un tableau d'incapacité de 0%, proposa le rejet de la demande (pce 22).

D.

Par projet de décision du 18 août 2010 l'OAIE informa l'assurée qu'il n'était pas ressorti de son dossier une incapacité de travail moyenne suffisante pendant une année d'au moins 40% et que malgré l'atteinte à la santé l'accomplissement des travaux habituels était toujours exigible dans une mesure suffisante pour exclure le droit à une rente, de sorte que la demande de prestation devrait être rejetée (pce 23). Ce projet n'ayant pas été contesté, l'OAIE notifia le rejet de la demande pour les motifs précités par décision du 25 octobre 2010 (pce 24).

E.

Par acte du 3 décembre 2010 l'intéressée interjeta recours en temps utile contre cette décision auprès du Tribunal de céans faisant valoir être en incapacité de travail selon la sécurité sociale portugaise et concluant au réexamen de sa demande. Elle joignit à son recours un rapport médical daté du 18 novembre 2010 posant le diagnostic d'hépatite B chronique et de dyslipidémie, un rapport médical daté du 30 septembre 2010 indiquant la médication de l'atteinte précitée, un rapport d'échographie daté du 12 octobre 2010 concluant à des signes d'hépatite chronique et des rapports d'examens de laboratoire du 13 septembre 2010 (pce TAF 1).

F.

Invité à se déterminer sur le recours l'OAIE sollicita l'avis de la Dresse D. _____. Dans son rapport du 8 février 2011 ce médecin nota un status stabilisé d'hépatite chronique B légère avec fibrose modérée portale et septale (confirmée par biopsie) sous traitement et nota que la

charge virale (DNA) était indétectable. Elle souligna que l'examen clinique était sans particularité et que le poids de l'assurée était dans la norme. Elle releva que l'indication de l'aide apportée aux tâches ménagères à raison chacun de 20 h./sem. par sa fille et son mari ne pouvait pas se comprendre alors que toutes les tâches pouvaient en grande partie être faites. S'agissant de la nouvelle documentation médicale produite elle indiqua qu'elle confirmait un état stabilisé avec charge virale indétectable et qu'en conséquence il n'y avait pas lieu d'admettre une incapacité de travail significative dans les activités habituelles de l'intéressée (pce 27).

Dans sa réponse du 15 février 2011 au recours, l'OAIE conclut à son rejet. Il fit valoir qu'il n'était pas apparu du dossier médical, y compris de la nouvelle documentation médicale apportée en procédure de recours, une incapacité de travail d'au moins 40% dans l'accomplissement des tâches ménagères comme l'avait relevé son service médical le 12 août 2010 et confirmé le 8 février 2011 (pce 6).

G.

Invitée par décision incidente du 23 février 2011 à effectuer une avance sur les frais de procédure de 400 francs et à répliquer, l'intéressée s'acquitta dans le délai imparti du montant requis mais ne répliqua pas (pces 7-9).

Droit :

1.

1.1. Sous réserve des exceptions – non réalisées en l'espèce – prévues à l'art. 32 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2007, le Tribunal de céans, en vertu de l'art. 31 LTAF en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), connaît des recours interjetés par les personnes résidant à l'étranger contre les décisions concernant l'octroi de rente d'invalidité prises par l'OAIE.

1.2. Selon l'art. 37 LTAF la procédure devant le Tribunal de céans est régie par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) pour autant que la LTAF n'en dispose pas autrement. En vertu de l'art. 3 let. d^{bis} PA, la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la loi

fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) est applicable. 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 à la LPGA.

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

1.4. Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 PA), 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^{er} 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^{er} 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 (arrêt du Tribunal fédéral I 435/02 du 4 février 2003 consid. 2; 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 253 consid. 2.4).

3.

L'examen du droit à des prestations selon la LAI est régi par la teneur de la LAI au moment de la décision entreprise eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 136 V 24 consid. 4.3 et les références). Les dispositions de la 5^{ème} révision de la LAI entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008 sont donc applicables vu le dépôt de la demande de prestations en date du 5 décembre 2009. Les dispositions de la 6^{ème} révision (premier volet) en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2012 (RO 2011 5659; FF 2010 1647) ne sont pas applicables.

En l'espèce, le Tribunal peut se limiter à examiner si la recourante remplissait les conditions d'octroi d'une rente jusqu'au 25 octobre 2010, date de la décision attaquée marquant la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 129 V 1 consid. 2.1 avec les réf.). Il sied de relever que la documentation médicale produite ultérieurement à la décision attaquée ne peut être prise en compte que dans la mesure où elle permet de mieux comprendre des atteintes à la santé antérieures à la décision dont est recours.

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; art. 4, 28, 29 al. 1 LAI);
- compter au moins trois années de cotisations (art. 36 al. 1 LAI). Dans ce cadre, les cotisations versées à une assurance sociale assimilée d'un Etat membre de l'Union européenne (UE) ou de l'Association européenne de libre échange (AELE) peuvent également être prises en considération, à condition qu'une année au moins de cotisations puisse être comptabilisée en Suisse (FF 2005 p. 4065; art. 45 du règlement 1408/71).

La recourante compte des cotisations à l'AVS/AI pour une période de plus de trois ans et remplit donc la condition de la durée minimale de cotisations eu égard au moment de l'ouverture éventuelle du droit à la rente. Il reste à examiner si elle est invalide au sens de la LAI.

5.

5.1. Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'art. 4 al. 1 LAI précise que l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'al. 2 de cette disposition mentionne que l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

5.2. Un 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 (art. 28 al. 2 LAI). Suite à l'entrée en vigueur le 1^{er} juin 2002 de l'accord bilatéral entre la Suisse et la Communauté européenne, la restriction prévue à l'art. 29 al. 4 LAI - selon laquelle les rentes correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse (art. 13 LPGA) - n'est plus applicable lorsqu'un assuré est un ressortissant suisse ou de l'UE et y réside (ATF 130 V 253 consid. 2.3).

5.3. Selon l'art. 28 al. 1 LAI l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: a. sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles; b. il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant

une année sans interruption notable; c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins. Une incapacité de travail de 20% doit être prise en compte pour le calcul de l'incapacité de travail moyenne selon la let. b de l'art. 28 al. 1 LAI (cf. chiffre 2010 de la Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence; Jurisprudence et pratique administrative des autorités d'exécution de l'AVS/AI [VSI] 1998 p. 126 consid. 3c).

5.4. Par incapacité de travail on entend toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui. 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). L'incapacité de gain est définie à l'art. 7 LPGA et consiste dans toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré, sur un marché du travail équilibré, 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. Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA).

6.

6.1. La recourante a été domiciliée en Suisse plusieurs années et a travaillé en Suisse durant l'année 1992 comme aide cuisinière. Retournée au Portugal en 1992, elle n'a plus exercé d'activité lucrative.

6.2. La notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI, est de nature juridique/économique et non pas 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 mentale ou psychique - qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident - et non la maladie en tant que telle. Selon l'art. 16 LPGA, applicable par le renvoi de l'art. 28a al. 1 LAI, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé, en application de la méthode dite générale, avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation sur un marché de travail équilibré.

6.3. L'invalidité des assurés âgés de 20 ans ou plus qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique et dont on ne saurait exiger qu'ils exercent une telle activité est déterminée selon l'art. 8 al. 3 LPGA qui dispose que ces personnes sont réputées invalides si l'atteinte les empêche d'accomplir leurs travaux habituels (art. 28a al. 2 LAI et 27 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]) telles les tâches domestiques (méthode dite spécifique).

6.4. Pour déterminer s'il y a lieu d'appliquer la méthode spécifique, on tient compte de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative en admettant que l'assuré n'aurait pas exercé d'activité lucrative lorsque cette éventualité présente un degré de vraisemblance prépondérante (MICHEL VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Zurich 2011, n° 2150).

6.5. La détermination du taux d'invalidité de l'assuré qui assume des tâches ménagères résulte généralement d'une enquête menée sur place (cf. art. 69 al. 2 RAI) par une personne qualifiée, laquelle constitue en principe une base appropriée et en règle générale suffisante pour apprécier et quantifier les limitations fonctionnelles (arrêt du Tribunal fédéral I 249/04 du 6 septembre 2004 consid. 5.1.1). Le résultat de l'enquête aboutit à une évaluation qui doit être appréciée par l'administration (et en cas de recours par le juge) à la lumière des conclusions du médecin relatives à l'incapacité de travail dans l'accomplissement des tâches ménagères (VALTERIO, op. cit., n° 2159). L'appréciation des domaines partiels de la gestion du ménage intervient sur la base d'un tableau établi par l'Office fédéral des assurances sociales dont l'usage est obligatoire pour déterminer l'invalidité dans les tâches ménagères (VALTERIO, op. cit., n° 2165).

En raison de circonstances liées au domicile à l'étranger d'un assuré, l'évaluation de l'invalidité dans les travaux habituels peut être effectuée avec le concours d'un médecin et non d'un enquêteur qualifié. Le médecin doit alors se déterminer de manière circonstanciée et détaillée sur les limitations alléguées par l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral I 733/06 du 16 juillet 2007 consid. 4.2.2.). En cas d'allégation de limitations par l'assuré sans relation avec les atteintes à la santé, celles-ci ne sauraient être retenues par le service médical de l'OAIE au profit d'une appréciation de ce service sur la base de la documentation médicale.

En l'espèce, il est vrai que le questionnaire sur les limitations dans les tâches ménagères n'a pas été rempli avec l'aide d'un médecin mais par la seule assurée. Toutefois, force est de constater que l'assurée même ne déclare pas présenter de limitations notables dans ses tâches habituelles.

Selon une jurisprudence constante, les données fournies par le médecin constituent un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, RCC 1991 p. 329 consid. 1c).

7.

7.1. L'art. 69 RAI prescrit que l'office de l'assurance-invalidité réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation; à cet effet peuvent être exigés ou effectués des rapports ou des renseignements, des expertises ou des enquêtes sur place, il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides.

7.2. 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.

8.1. En l'espèce l'intéressée n'a plus exercé d'activité lucrative depuis son retour au Portugal en 1992. Son invalidité doit être évaluée en application de la méthode spécifique compte tenu de ses empêchements dans l'accomplissement des tâches domestiques.

8.2. En 2001 une hépatite chronique B légère avec fibrose portale modérée et septale fut diagnostiquée. Le rapport médical du Dr

B._____ du 12 mai 2009 fait état d'un status clinique stabilisé. Il n'existe pas d'autres documents de suivi médical relevant des complications ou hospitalisations. Le rapport E 213 du 16 avril 2010 relève un bon état général, un poids de 59 kg pour une taille de 160 cm, un bon état mental, une force, un tonus une marche sans altération. Il n'est pas évoqué d'atteintes à la santé particulières outre les plaintes d'asthénie, anorexie et perte de poids qui en tant que telles ne constituent pas des atteintes à la santé invalidantes si elles ne sont pas documentées médicalement. Le poids de l'intéressée est néanmoins dans la norme. Le Dr C._____ de l'OAIE releva que l'intéressée n'avait pas indiqué d'entraves sérieuses dans les tâches ménagères. La Dresse D._____ nota que l'aide de la fille de l'assurée et de son mari à raison de 20 h./sem. chacun dans les tâches ménagères était incompréhensible. Il s'ensuit que le Tribunal de céans peut partager l'avis du Dr C._____ confirmé par la Dresse D._____ dans le fait que ce dernier n'ait retenu aucune incapacité dans les tâches ménagères à la base de la décision attaquée. Certes le rapport E 213 retient une incapacité de travail totale, mais cette appréciation est en relation avec une activité lucrative pour laquelle d'autres critères sont applicables, l'incapacité évoquée n'est pas indiquée en relation avec les tâches ménagères. Il sied toutefois de relever que le rapport E 213 n'a pas précisé ni motivé l'incapacité de travail de sorte qu'elle n'aurait d'ailleurs pas été retenue comme telle sous l'angle de l'évaluation de l'invalidité en application de la méthode générale des personnes travaillant dans le circuit économique.

8.3. Dans le cadre de la procédure de recours l'intéressée a produit une nouvelle documentation médicale. La Dresse D._____ a indiqué que celle-ci confirmait un état stabilisé avec une charge virale indétectable et qu'en conséquence il n'y avait pas lieu d'admettre une incapacité de travail significative dans les tâches ménagères. Le Tribunal de céans ne peut que confirmer cette appréciation faute d'une documentation médicale la mettant en doute.

Le recours doit dès lors 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 130 V 97 consid. 3.2 et les références citées; ATF 123 V 233 consid. 3c). Dans ce

contexte, il convient de souligner que ni l'âge, ni la situation familiale ou économique, un arrêt prolongé de l'activité professionnelle ou même le refus d'exercer une activité médicalement exigible ne constituent un critère relevant pour l'octroi d'une rente d'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral I 175/04 du 28 janvier 2005 consid. 3).

10.

10.1. Le recours étant manifestement infondé, il est rejeté dans une procédure à juge unique en application de l'art. 85^{bis} al. 3 de la loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS, RS 831.10) auquel renvoie l'art. 69 al. 2 LAI en relation avec l'art. 23 al. 2 LTAF.

10.2. Les frais de procédure, fixés à 400 francs, sont mis à la charge de la recourante (art. 63 al. 1 PA, applicable par le truchement de l'art. 37 LTAF). Ils sont compensés par l'avance de frais du même montant dont elle s'est acquittée au cours de l'instruction.

10.3. Vu l'issue du litige, il n'est pas alloué d'indemnité de dépens (art. 7 al. 3 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]).

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est rejeté.

2.

Les frais de procédure d'un montant de 400 francs sont mis à la charge de la recourante et sont compensés avec l'avance de frais déjà effectuée.

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 à Berne (Recommandé)

Le juge unique :

Le greffier :

Francesco Parrino

Pascal Montavon

Indication des voies de droit :

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

Expédition :