



## Arrêt du 19 avril 2011

---

Composition

Vito Valenti (président du collège),  
Madeleine Hirsig-Vouilloz et Beat Weber, juges,  
Yannick Antoniazza-Hafner, greffier.

---

Parties

**A.** \_\_\_\_\_,  
recourant,

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 mars 2009).

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

Le recourant A.\_\_\_\_\_, ressortissant espagnol né le [...] 1952, a travaillé en Suisse pendant plusieurs périodes d'assurances entre 1974 et 1995 en qualité d'ouvrier dans la construction (pces 3 p. 2, 11 p. 2 n° 3.4, 27). De retour en Espagne, il a oeuvré en dernier lieu en qualité de tailleur de pierre à plein temps jusqu'au 3 mai 2004, date à laquelle il a été licencié (pce 10 p. 1 n° 2). Il s'est dès lors retrouvé au chômage (pces 2 p. 1; 8 p. 4 n° 10). Le 30 juillet 2007, il a présenté une demande de prestations auprès de l'Institut national de la sécurité sociale espagnole (INSS; pce 1 p. 7), lequel a transmis la requête à l'Office de l'assurance-invalidité pour les personnes résidant à l'étranger (ci-après: OAIE) en janvier 2008.

**B.**

Lors de la procédure d'examen de la demande, l'OAIE recueille divers renseignements économiques et médicaux portant sur le requérant dont notamment un rapport neurologique du 17 octobre 2008 indiquant que l'assuré souffre de la maladie de Parkinson (pce 18) et deux rapports détaillés E 213 des 20 décembre 2007 (pce 11) et 10 novembre 2008 (pce 19) retenant que l'affection précitée entraîne une incapacité de travail totale de l'assuré dans toute profession.

**C.**

Le 19 janvier 2009 (pce 23), l'OAIE – s'appuyant sur un rapport de son service médical du 16 décembre 2008 (pce 21) et une comparaison des revenus effectuée en date du 12 janvier 2009 (pce 22 faisant apparaître une perte de gain de 30.99%) – informe l'intéressé qu'il entend rejeter sa demande de prestations. Selon lui, il ressort du dossier qu'il existe, dans l'exercice de la dernière activité, une incapacité de travail de 70% au sens des dispositions du droit suisse des assurances sociales. En revanche, l'exercice d'une activité plus légère, mieux adaptée à l'état de santé, serait exigible à 100% avec une perte de gain de 31%, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. Il invite l'assuré à faire part de ses observations éventuelles dans un délai de 30 jours dès notification dudit acte. L'intéressé renonce à se déterminer dans le délai imparti.

**D.**

Par décision du 25 mars 2009 (pce 24), l'autorité inférieure rejette la demande de prestations de l'assuré en reprenant la motivation du projet de décision.

**E.**

Par acte du 21 avril 2009 (pce TAF 1), l'intéressé défère la décision précitée au Tribunal administratif fédéral en faisant valoir qu'il n'est pas en mesure d'accomplir un travail quelconque et qu'il convient de tenir compte, pour le moins en tant qu'indice de poids, que les institutions de sécurité sociale espagnoles ont reconnu qu'il présentait une invalidité absolue et permanente.

**F.**

Par décision incidente du 28 avril 2009 (pce TAF 2), le Tribunal de céans invite le recourant à verser, dans un délai de 30 jours dès notification dudit acte, une avance sur les frais présumés de procédure de Fr. 300.-. La somme requise est versée sur le compte du Tribunal en date du 6 mai 2009 (pce TAF 4 p. 2).

**G.**

Appelée à se déterminer sur le recours, l'autorité inférieure, dans son préavis du 8 juillet 2009 (pce TAF 8), confirme les tenants et aboutissants de la décision entreprise. Par ordonnance du 6 août 2009 (pce 9), notifiée le 10 août 2009 (pce TAF 10 [avis de réception]), le Tribunal administratif fédéral transmet ce document au recourant pour connaissance et lui impartit un délai de 30 jours dès réception de ladite ordonnance pour déposer une réplique accompagnée des moyens de preuve jugés utiles. L'assuré renonce à se déterminer dans le délai impartit.

**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<sup>er</sup> 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.** En vertu de l'art. 3 let. d<sup>bis</sup> PA, auquel renvoie l'art. 37 LTAF, 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 la présente 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. Or, l'art. 1 al. 1 LAI mentionne que les dispositions de la LPGGA 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 LPGGA.

**1.3.** Selon l'art. 59 LPGGA, 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 LPGGA; art. 52 PA), le recours est recevable.

## **2.**

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. 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 (cf. dans ce contexte la circulaire AI n° 292 du 10 mai 2010 de de l'Office fédéral des assurances sociales [OFAS]). Comme avant l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend à une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse, étant précisé que la documentation médicale et administrative fournie par les institutions de sécurité sociale d'au autre Etat membre doit

être prise en considération (art. 40 du Règlement [CEE] n° 574/72 précité).

### 3.

**3.1.** Le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants 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 litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2). Ainsi, par rapport aux dispositions de la LAI, il s'ensuit que le droit à une rente de l'assurance-invalidité doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2007 et, après le 1<sup>er</sup> janvier 2008, en fonction des modifications de cette loi consécutives à la 5<sup>ème</sup> révision de la LAI, étant précisé que l'application du nouveau droit n'a aucune influence sur le calcul des rentes d'invalidité. Compte tenu du dépôt de la demande en date du 30 juillet 2007 et du fait que l'atteinte à la santé a débuté bien avant le 1<sup>er</sup> janvier 2008 (cf. supra rapport E 213 du 20 décembre 2007 faisant débuter l'incapacité de travail au 9 mai 2005 [pce 11 p. 2 n° 3.4.4]; voire aussi pce 10 p. 2 n° 9), les dispositions citées ci-après sont, sauf indication contraire, celles en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007.

**3.2.** 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 le recourant avait droit à une rente le 30 juillet 2006 (12 mois avant le dépôt de la demande) ou si le droit à une rente était né entre cette date et le 25 mars 2009, date de la décision attaquée marquant la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 129 V 1 consid. 1.2; ATF 129 V 222, consid. 4.1; ATF 121 V 362 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: d'une part être invalide au sens de la LPGA et de la LAI (art. 8 LPGA; art. 4, 28, 29 al. 1 LAI); d'autre part compter une année entière au moins de cotisations (art. 36 al. 1 LAI; 3 ans selon le droit en vigueur à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2008). Le recourant a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plusieurs années (pce 27) et remplit donc la condition de la durée minimale de cotisations. Il reste à examiner s'il est invalide.

**5.**

L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. 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 264 consid. 6). 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, 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 21 consid. 2). Au vu des atteintes dont est victime le recourant, la lettre b de cette disposition est applicable en l'espèce.

**6.**

Le taux d'invalidité d'une personne exerçant une activité lucrative est fixé d'après la comparaison des revenus prévue par l'art. 16 LPGA, c'est-à-dire essentiellement selon des considérations économiques. Ainsi 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. Aux termes des art. 8 LPGA et 4 al. 1 LAI, l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé physique, mais les conséquences économiques de celles-ci, à savoir une incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée.

**7.**

En matière d'appréciation des preuves, le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Il ne peut écarter un rapport médical au seul motif

qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante. Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a récemment précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait en principe être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_306/2010 du 25 février 2011 consid. 6; ATF 135 V 465 consid. 4.6). Cette règle jurisprudentielle s'applique notamment lorsque l'administration fonde sa décision sur une prise de position de son service médical rendue sur la base des actes du dossier sans examen personnel de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_689/2010 du 19 janvier 2011 consid. 3.1.3 ss). Par ailleurs, selon une jurisprudence constante, la qualification du médecin joue un rôle déterminant dans l'appréciation de documents médicaux. L'administration et le juge appelés à se déterminer en matière d'assurances sociales doivent pouvoir se fonder sur les connaissances spéciales de l'auteur d'un certificat médical servant de base à leurs réflexions. Il s'ensuit que le médecin rapporteur ou pour le moins le médecin signant le rapport médical doit en principe disposer d'une spécialisation dans la discipline médicale concernée (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_826/2009 du 20 juillet 2010 consid. 4.2 portant sur les rapports des services médicaux régionaux au sens de l'art. 49 al. 2 RAI).

#### **8.**

En l'espèce, il est admis que le recourant souffre de la maladie de Parkinson nécessitant le suivi d'un traitement. Le litige porte sur les répercussions de cette atteinte sur la capacité de travail de l'assuré, singulièrement sur le point de savoir si celui-ci présente un taux d'invalidité suffisant pour prétendre à des prestations de l'assurance-invalidité.

#### **9.**

Cela étant, il appert que le dossier est principalement constitué de la documentation médicale mentionnée ci-après.

**9.1.** Dans un rapport médical détaillé E 213 du 20 décembre 2007 faisant suite à un examen de l'intéressé ayant eu lieu le 14 septembre 2007 (pce 11), la Dresse B. \_\_\_\_\_ (dont la qualification n'est pas connue) pose le diagnostic de maladie de Parkinson, stade 2 selon la classification Hoehn et Yahr, de perte de l'œil droit dans l'enfance avec pose d'une prothèse oculaire et d'hypertension artérielle (pce 11 p. 8 n° 7). Relevant que la maladie de Parkinson a été diagnostiquée chez l'assuré 3 ans plus tôt environ (pce 11 p. 2 n° 3.1) et que ce dernier présente une incapacité de travail depuis le 9 mai 2005 (pce 11 p. 2 n° 3.4.4), elle constate, sur le plan neurologique, des gestes lents et une marche déficiente. En particulier, elle fait part de tremblements de repos dans l'hémicorps droit avec prédominance du membre supérieur droit, de tremblement crânien discret, d'une rigidité du membre supérieur droit avec aspect de roue dentée, d'une amimie faciale et d'une marche effectuée à petits pas avec discrète boiterie à la charge du membre inférieur droit (pce 11 p. 5 n° 4.10 et p. 3<sup>bis</sup>). Au chiffre 8 du rapport E 213 concernant les limitations fonctionnelles, elle précise que l'intéressé présente des déficits pour tout type d'activités y compris dans les travaux légers qui impliquent des responsabilités, de la manutention, des transports d'objets ou d'écrire (pce 11 p. 8 n° 8). Par ailleurs, il est signalé qu'auparavant l'assuré avait pris des antidépresseurs pour troubles anxieux-dépressif et que cette médication a été interrompue après que le diagnostic de Parkinson a été posé et cette atteinte traitée (pce 11 p. 2 n° 3.1). La Dresse B. \_\_\_\_\_ conclut que l'intéressé n'est plus en mesure d'exercer une profession quelconque en raison de son atteinte à la santé (pce 11 p. 10 n° 11.5).

**9.2.** Pour sa part la Dresse C. \_\_\_\_\_, neurologue traitant, dans un rapport neurologique du 17 octobre 2008 (pce 18; cf. aussi pce 19 p. 3 n° 3.2.1), indique que l'assuré a commencé de souffrir de tremblements occasionnels dans le bras droit. Ceux-ci sont devenus toujours plus fréquents puis finalement continus. Ainsi, le patient souffre de tremblements au repos du bras droit depuis 2 ans et, depuis un an, de tremblements à la jambe droite au repos. Une maladresse dans les mouvements et un manque d'agilité pour accomplir les actes de la vie ("falta de agilidad para hacer las cosas") ont également été observés. Cela a conduit le corps médical à retenir le diagnostic de maladie de Parkinson avec atteinte de l'hémicorps droit. En outre, il est mentionné qu'un traitement à base de L-dopa a été mis en place et qu'il s'en est suivi une amélioration clinique en rapport avec les tremblements et la rigidité. Depuis lors, l'assuré a été soumis à des contrôles périodiques chez son neurologue, étant précisé que son état de santé a connu une évolution avec fluctuation ayant nécessité d'ajuster les doses de L-dopa et, lors du

dernier examen, d'ajouter au traitement des agonistes de la dopamine. Actuellement, la Dresse C.\_\_\_\_\_ fait part d'une amimie faciale, d'une légère rigidité du bras droit avec aspect de roue dentée visible lors de manœuvres de délivrance, de légers tremblements au repos, de l'absence de tremblement intentionnel et d'une marche adéquate. Il est par ailleurs mentionné qu'il existe un risque d'effets secondaires suite à l'administration chronique de L-dopa pouvant conduire à une aggravation des déficiences neurologiques.

**9.3.** Dans un deuxième rapport E 213 du 10 novembre 2008 (pce 19), le Dr D.\_\_\_\_\_ (dont la qualification n'est pas connue et dont on ignore s'il a examiné personnellement l'assuré [cf. pce 19 p. 3 n° 2.2]), relève que l'état de santé sur le plan psychique s'est amélioré par rapport à la situation antérieure (pce 19 p. 4 n° 4.1). En ce qui concerne la maladie de Parkinson, il retient que le traitement en cours permet actuellement un contrôle de la maladie acceptable suite à une augmentation des doses de la médication mais que cela vaut uniquement pour les activités journalières et non pour l'exercice d'une activité lucrative (pce 19 p. 8 n° 7). Selon lui, l'état de santé est resté stationnaire et il convient de retenir une incapacité de travail totale même dans une activité de substitution (pce 19 p. 8 n° 8, p. 10 n° 11.5). En ce qui concerne les limitations fonctionnelles, il signale des déficits graves dans le milieu du travail (pce 19 p. 8 n° 8) et renvoie à cet effet au rapport du spécialiste (doc 19 p. 5 n° 4.10).

**9.4.** Appelé à se déterminer sur les actes versés au dossier, le Dr E.\_\_\_\_\_, spécialiste en orthopédie et traumatologie du service médical de l'OAIE, relève que l'assuré présente une maladie de Parkinson en phase initiale qui fait l'objet d'un traitement efficace. La symptomatologie décrite dans le rapport neurologique du 17 octobre 2008 démontrerait un état de santé encore compatible avec une activité légère adaptée, dès lors qu'il n'est constaté qu'un tremblement léger du membre supérieur droit, une amimie faciale et surtout une marche normale. Il conclut que, dès le 9 mai 2005, l'assuré présente une incapacité de travail de 70% dans son activité habituelle et de 0% dans une activité de substitution (prise de position du 16 décembre 2008 [pce 21]). Il cite à titre d'exemples les activités et professions suivantes: "ouvrier non qualifié/manœuvre dans une usine/fabrique/production en général; surveillant de parking/musée; vente par correspondance; enregistrement/classement/archivage; distribution de courrier interne/commissionnaire; accueil/réceptionniste; standardiste/téléphoniste, saisie de donnée/scannage."

**10.**

Les avis susmentionnés du corps médical appellent les remarques qui suivent.

**10.1.** Dans la présente affaire, l'assuré souffre de la maladie de Parkinson, à savoir une affection relevant du domaine de la neurologie. Conformément à la jurisprudence précitée (cf. supra consid. 7 in fine), c'est donc à juste titre que l'autorité inférieure ne s'est pas contentée du rapport E 213 du 20 décembre 2007 pour se prononcer en l'espèce mais a également requis auprès de l'Office de liaison espagnol de la documentation médicale émanant d'un neurologue (cf. acte du 5 août 2008 [pce 15]). Le dossier a ainsi été complété par un rapport médical du 17 octobre 2008 signé par la Dresse C.\_\_\_\_\_ (cf. supra consid. 9.2) faisant part d'une symptomatologie actuelle discrète chez l'assuré (notamment léger tremblement au repos; légère rigidité du bras droit). Comme le relève le Dr E.\_\_\_\_\_, ces constats semblent donc exclure la présence d'une incapacité de travail significative dans une activité de substitution légère en octobre 2008. Par ailleurs, les allégations du Dr D.\_\_\_\_\_ rendues dans le rapport E 218 du 10 novembre 2008 (cf. supra consid. 9.3) qui — bien qu'elles se fondent explicitement sur le rapport du 17 octobre 2008 précité attestant de façon claire d'une amélioration du tableau clinique — relèvent un état de santé stationnaire par rapport au rapport E 213 du 20 décembre 2007 et une incapacité de travail totale de l'assuré paraissent difficilement compréhensibles voire contradictoires. Il en va de même de l'affirmation non motivée de ce praticien, selon laquelle l'amélioration de l'état de santé n'aurait apporté qu'une amélioration au niveau des activités habituelles mais pas en rapport avec l'exercice d'une activité lucrative.

Ce nonobstant, le Tribunal de céans ne saurait se rallier sans autre à l'appréciation de l'administration pour les raisons qui suivent. D'une part, l'appréciation du Dr E.\_\_\_\_\_ est sujette à caution dès lors que ce praticien n'est pas neurologue, qu'il n'a pas examiné lui-même l'assuré et que la Dresse C.\_\_\_\_\_, dans le rapport du 17 octobre 2008 susmentionné, ne s'est pas exprimée expressément sur la capacité de travail de l'assuré. D'autre part, même si l'on devait retenir que le recourant était en mesure d'exercer une activité de substitution le 17 octobre 2008 (date du rapport neurologique) suite à une amélioration de son état de santé, rien ne permettrait de conclure — au niveau de la vraisemblance prépondérante valable en droit des assurances sociales — que cet état de fait était également donné pour la période antérieure, étant précisé que le Tribunal de céans doit se déterminer sur le droit à la

rente de l'assuré dans la période courant du 30 juillet 2006 au 25 mars 2009 (cf. supra consid. 3.2; voire aussi arrêt du Tribunal administratif fédéral C-5110/2007 du 16 octobre 2009 consid. 9.2.3.4; sur l'application éventuelle de l'art. 29<sup>bis</sup> RAI par analogie en l'espèce cf. arrêt du Tribunal fédéral I 179/01 du 10 décembre 2001 consid. 3a). En effet, force est de constater que les informations médicales concernant la période initiale de l'atteinte à la santé sont insuffisantes. Ainsi, dans une prise de position du 29 juillet 2008 (pce 13), le Dr E. \_\_\_\_\_ a estimé que le rapport E 213 du 20 décembre 2007 (cf. supra consid. 9.1) était insuffisant pour se prononcer valablement dans la présente affaire et qu'il convenait de recueillir auprès de l'INSS des informations plus fouillées émanant d'un neurologue. Or, si le rapport neurologique du 17 octobre 2008 (cf. consid. 9.2) fait part d'une amélioration du tableau clinique en octobre 2008 suite au traitement mis en place, il reste très vague quant à l'évolution antérieure de la maladie en se limitant à indiquer que l'état de santé a connu des fluctuations et qu'un ajustage des médicaments a été nécessaire avant de parvenir au résultat actuel. En outre, le rapport E 213 du 20 décembre 2007 indique la présence d'un rapport neurologique du 16 février 2007 (pce 11 p. 7) qui n'a pas été versé au dossier. Dans ce contexte, on observe que la Dresse B. \_\_\_\_\_ faisait part de limitations fonctionnelles importantes du recourant le 14 septembre 2007 (date de l'examen de l'assuré), même pour des activités légères (rapport du 20 décembre 2007 [pce 11 p. 8 n° 8]; cf. également le rapport E 213 du 20 décembre 2007 faisant part d'un trouble anxieux-dépressif [pce 11 p. 2 n° 3.1]).

**10.2.** Eu égard à ce qui précède, il appert que la documentation médicale versée au dossier ne permet pas de se prononcer valablement sur l'état de santé du recourant et sa capacité de travail pendant l'ensemble de la période déterminante. Il se justifie dès lors, en application de l'art. 61 PA, d'annuler l'acte entrepris et de renvoyer la cause à l'OAIE pour instruction complémentaire comprenant notamment la recherche d'informations complémentaires auprès des médecins traitants de l'assuré quant à l'évolution de la maladie et de la capacité de travail de l'assuré dans la période déterminante, l'édition du rapport neurologique du 16 février 2007 (cf. rapport E 213 du 20 décembre 2007 où l'existence de ce document est mentionné [pce 11 p. 7]) et éventuellement la réalisation d'une expertise médicale. Le cas échéant, et compte tenu de l'évolution de l'état de santé du recourant dans le temps, l'administration veillera également à procéder à toute autre mesure utile pour déterminer valablement la capacité de travail effective du recourant dans la période déterminante.

L'ensemble du dossier sera par la suite soumis au service médical de l'OAIE pour examen. Enfin, une nouvelle décision sera prise.

**11.**

Vu l'issue de la cause, il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 PA) et le montant de Fr. 300.- versé à titre d'avance de frais par le recourant lui est restitué.

**12.**

Le recourant ayant agi sans avoir recours à un représentant et n'ayant pas démontré avoir eu à supporter des frais indispensables et relativement élevés, il ne lui est pas allouée une indemnité 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 partiellement admis en ce sens que la décision du 25 mars 2009 est annulée et la cause renvoyée à l'OAIE pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

**2.**

Il n'est pas perçu de frais de procédure. Le montant de Fr. 300.- versé par le recourant à titre d'avance de frais lui est restitué.

**3.**

Il n'est pas alloué de dépens.

**4.**

Le présent arrêt est adressé :

- au recourant (Recommandé avec avis de réception)
- à l'autorité inférieure (n° de réf.)
- à l'Office fédéral des assurances sociales.

Le président du collège :

Le greffier :

Vito Valenti

Yannick Antoniazza-Hafner

**Indication des voies de droit :**

Pour autant que les conditions au sens des art. 44 ss, 82 ss, 90 ss et 100 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110) soient remplies, la présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, par la voie du recours en matière de droit public, dans les trente jours qui suivent la notification. Le mémoire doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. La décision attaquée et les moyens de preuve doivent être joints au mémoire, pour autant qu'ils soient en mains de la partie recourante (voir art. 42 LTF).

Expédition :