



Arrêt du 26 avril 2011

Composition

Vito Valenti (président du collège), Michael Peterli et
Francesco Parrino,
Yannick Antoniazza-Hafner, greffier.

Parties

A. _____,
représentée par José Nogueira Esmorís, Cuesta de la
Palloza, 1-3° Dcha., Apartamento 2, ES-15006 A Coruña,
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 14 septembre 2009).

Faits :**A.**

La recourante A. _____, ressortissante espagnole née le [...] 1952, a travaillé en Suisse pendant plusieurs périodes d'assurances entre 1973 et 1986 en qualité de nettoyeuse et d'aide de cuisine (pces 6; 30 p. 2 n° 3.4). De retour en Espagne, elle oeuvre dans la confection d'habits depuis mai 1998, tout d'abord à temps partiel puis à 100% (pce 50). Souffrant la maladie de Parkinson et de problèmes respiratoires, elle arrête d'exercer cette profession le 9 juin 2003 pour des raisons de santé (pces 2 p. 2, 48, 50 p. 3). Dès mars 2004, elle travaille à son compte dans l'entreprise de construction de son mari en tant que nettoyeuse et aide de bureau à plein temps (pces 2 p. 2, 13, 18). Elle cesse cette activité le 28 août 2007 suite à une péjoration de son état de santé (pces 1 p. 2 n° 7.2, 13 p. 3 n° 7a, 23, 30 p. 2 n° 3.4.4) et les institutions de sécurité sociale espagnoles la mettent au bénéfice d'une rente d'invalidité pour cause d'incapacité de travail permanente et absolue avec effet au 28 novembre 2007 (pces 19-20, TAF 1 p. 16). Le 8 janvier 2008, elle présente 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 février 2008.

B.

Lors de la procédure d'examen de la demande, l'OAIE recueille divers renseignements économiques et médicaux portant sur la requérante dont notamment deux rapports neurologiques des 9 octobre 2007 (pce 23) et 30 octobre 2008 (pce 36), un rapport psychiatrique du 18 novembre 2008 (pce 38) et deux rapports médicaux détaillés E 213 des 11 janvier 2008 et 5 janvier 2009 (pces 30 et 40) retenant que l'assurée présente une incapacité de travail totale dans toute profession.

C.

Le 22 juin 2009 (pce 55), l'OAIE — s'appuyant sur deux rapports de son service médical des 3 mars et 14 mars 2009 (pces 43 et 45) et une comparaison des revenus effectuée en date du 12 juin 2009 (pce 54 faisant apparaître une perte de gain de 16.48%) — informe l'intéressée qu'il entend rejeter sa demande de prestations. Selon l'autorité inférieure, il ressort du dossier qu'il existe, dans l'exercice de la dernière activité, une incapacité de travail de 20% dès le 1^{er} juin 2003 et de 50% dès le 11 janvier 2008 au sens des dispositions du droit suisse des assurances sociales. En revanche, dès le 1^{er} juin 2003, l'exercice d'une activité plus

légère, mieux adaptée à l'état de santé, "comme par exemple surveillant de parking/musée, vente par correspondance, vendeur de billets, des activités en position assises comme par exemple: accueil/réceptionniste, standardiste/téléphoniste, saisie de donnée/scannage", serait exigible à 100% avec une perte de gain de 16%, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. L'Office invite l'assurée à faire part de ses observations éventuelles dans un délai de 30 jours dès notification dudit acte.

D.

Par acte du 15 juillet 2009 (pce 56), l'intéressée, représentée par Maître José Nogueira Esmorís, fait part de son désaccord quant au projet de décision. Faisant valoir ses affections, elle estime avoir droit à une rente entière, subsidiairement à $\frac{3}{4}$ de rente, une $\frac{1}{2}$ rente ou $\frac{1}{4}$ de rente. Outre divers certificats médicaux déjà versés au dossier, elle produit un rapport pneumologique du 14 mai 2009 (pce 60).

E.

Par décision du 14 septembre 2009 (pce 63), l'autorité inférieure, se fondant sur une prise de position de son service médical du 4 septembre 2009 (pce 62), rejette la demande de prestations de l'assurée en reprenant la motivation du projet de décision.

F.

Par acte du 20 octobre 2009 (pce TAF 1), l'intéressée défère la décision précitée au Tribunal administratif fédéral soulignant que l'ensemble des affections dont elle est victime ne lui permet plus d'accéder au marché du travail. Pour cette raison, elle conclut au droit à une rente entière, subsidiairement à $\frac{3}{4}$ de rente, une $\frac{1}{2}$ rente ou $\frac{1}{4}$ de rente. Elle produit des rapports médicaux des 9 octobre 2007, 26 octobre 2007, 3 novembre 2008 et 14 mai 2009 déjà versés au dossier, un certificat médical du 10 octobre 2007 (pce TAF 1 p. 15) et un acte du 24 janvier 2008 émis par les institutions de sécurité sociale espagnoles (pce TAF 1 p. 16).

G.

Par décisions incidentes des 5 novembre 2009 (pce TAF 2) et 8 décembre 2009 (pce TAF 5), le Tribunal de céans invite la recourante à verser, dans un délai de 30 jours dès notification desdits actes, une avance sur les frais présumés de procédure de Fr. 300.- respectivement de Fr. 7.-(solde manquant). Des montants de Fr. 293.- puis de Fr. 7.- sont versés sur le compte du Tribunal en date des 18 novembre 2009 (pce TAF 4 p. 2) et 5 janvier 2010 (pce TAF 7 p. 2).

H.

Appelée à se déterminer sur le recours, l'autorité inférieure, dans son préavis du 14 avril 2010 (pce TAF 11), confirme les tenants et aboutissants de la décision entreprise.

I.

Par réplique du 26 mai 2006 (pce TAF 14), l'assurée met en avant que, selon le rapport E 213 du 5 janvier 2009, elle n'est pas en mesure d'exercer une activité de substitution et qu'elle aurait besoin de l'aide de tiers à son lieu de travail.

J.

Invité à prendre position sur les observations de la recourante, l'OAIE, se basant sur un nouveau rapport de son service médical du 15 juin 2010 (pce 67), ne décèle aucun motif susceptible de remettre en cause le bien-fondé de l'acte entrepris (préavis du 23 juin 2010 [pce TAF 16]). Cet acte est remis à l'assurée par ordonnance du 9 juillet 2010 (pce TAF 17) avec octroi d'un délai jusqu'au 9 septembre 2010 pour déposer ses observations éventuelles.

K.

Le 18 août 2010 (pce TAF 19), l'intéressée réitère ses conclusions antérieures. Ce document est envoyé à l'OAIE pour connaissance (ordonnance du 30 août 2010 [pce TAF 20]).

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. En vertu de l'art. 3 let. d^{bis} 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 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; 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^{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. 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'un 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^{er} janvier 2008, en fonction des modifications de cette loi consécutives à la 5^{ème} révision de la LAI, étant précisé que le nouveau droit n'a aucune influence sur le calcul des rentes d'invalidité mais que par contre il a introduit des dispositions plus restrictives quant à la naissance du droit à la rente au plus tôt et au temps de cotisation nécessaire pour avoir droit à une rente. En l'occurrence, quand bien même l'assurée a déposé sa demande en date du 8 janvier 2008, il ressort des actes de la cause que cette dernière a présenté une incapacité de travail dans sa profession habituelle d'au moins 20% avant l'entrée en vigueur du nouveau droit (cf. pces 26, 29, 30 p. 2 n° 3.4.4, 45, 48). Le délai d'attente d'une année a ainsi commencé à courir avant le 1^{er} janvier 2008 (cf. Office fédéral des assurances sociales [OFAS] [éd.], Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité, état au 1^{er} février 2010, n° 2010 s.). Conformément aux directives émises par l'OFAS (lettre-circulaire n° 253 du 12 décembre 2007), il se justifie dès lors d'appliquer le droit en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 pour déterminer à partir de quel moment l'éventuel droit à une rente aurait pu naître au plus tôt. Sauf indication contraire, les dispositions citées ci-après sont donc 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 la recourante avait droit à une rente le 8 janvier 2007 (12 mois avant le dépôt de la demande) ou si le droit à une rente était né entre cette date et le 14 septembre 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^{er} janvier 2008). La recourante a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plusieurs années (pce 6) et remplit donc la condition de la durée minimale de cotisations. Il reste à examiner si elle 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 la recourante, 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 2001 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; à défaut, la valeur probante d'un tel document est moindre (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.

Selon le rapport détaillé E 213 du 5 janvier 2009, l'assurée souffre d'une

maladie de parkinson, d'une gonarthrose bilatérale, d'un épisode dépressif d'intensité modérée secondaire à son état de santé et d'asthme bronchique (pce 40 p. 8 n° 7). Par ailleurs, les rapports médicaux des 3 novembre 2008 (pce 37) et 14 mai 2009 (pce 60) mentionnent les diagnostics de lithiasis urinaire, d'insuffisance veineuse du membre inférieur gauche, de syndrome cervico-brachial, de bronchectasie, d'asthme difficile à contrôler et de pansinusite. Le litige porte sur les répercussions de ces atteintes sur la capacité de travail de l'assurée, singulièrement sur le point de savoir si celle-ci présente un taux d'invalidité suffisant pour prétendre à des prestations de l'assurance-invalidité.

9.

9.1. Dans des rapports des 3 mars 2009 (pce 43), 14 mars 2009 (pce 45) et 4 septembre 2009 (pce 62), le Dr B._____, spécialiste en orthopédie et traumatologie du service médical de l'OAIE, pose le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de maladie de Parkinson, stade II, et les diagnostics sans incidence sur la capacité de travail d'asthme bronchique contrôlé par traitement, de dépression réactionnelle simple et de gonarthrose débutante. Il relève que l'intéressée présente une maladie de Parkinson "débutant en traitement médicamenteux" avec une symptomatologie de tremblements de repos au membres supérieur droit et une rigidité des membres supérieurs et inférieurs (pces 45, 62). En ce qui concerne l'asthme bronchique, il retient que les résultats pneumologiques ne contiennent aucun signe d'insuffisance respiratoire, de sorte que cette atteinte ne saurait entraîner une incapacité de travail pour une activité légère; il en va de même de la pansinusite qui peut certes expliquer une partie de l'asthme bronchique mais n'est en aucun cas une affection invalidante (pce 62). Le Dr B._____ souligne également que l'arthrose des genoux n'est pas documentée objectivement par des radiographies et l'intéressée ne présente pas de déficits à la marche selon le E 213. Il en infère que l'assurée a présenté une incapacité de travail dans la profession exercée avant l'atteinte à la santé de 20% dès le 1^{er} juin 2003 et de 50% dès le 11 janvier 2008 (pce 45). En revanche, dès le 1^{er} juin 2003, elle serait en mesure d'exercer un travail de substitution adapté à plein temps. Il donne à titre d'exemple les professions et activités suivantes: "surveillant de parking/musée; vente par correspondance; vendeur de billets; accueil/réceptionniste; standardiste/téléphoniste; saisie de donnée/scannage" (pce 45 p. 3).

9.2. Cette appréciation est corroborée par la prise de position du Dr C._____, médecin généraliste également du service médical de l'OAIE. Dans un rapport du 15 juin 2006 (pce 67), ce praticien estime que l'assurée est avant tout handicapée par la maladie de Parkinson se trouvant en phase initiale; celle-ci occasionne une bradycinésie, des petits pas, une écriture en petits caractères, une rigidité musculaire et des tremblements discrets de repos; il s'ensuit que les gestes actifs de l'assurée comme la marche et les mouvements du bras connaissent des limitations fonctionnelles. Le Dr C._____ souligne toutefois que les activités de substitution proposées par le service médical de l'OAIE dans ses prises de position antérieures ne nécessitent pas de telles fonctions motrices. Selon lui, il existe sans aucun doute sur le marché du travail des activités effectuées en position assises qui requièrent des petits mouvements des mains (vendeur de billets, téléphoniste), étant précisé que la gonarthrose débutante ainsi que l'asthme ne font pas obstacle à de tels travaux. Pour ces motifs, il dit ne pas pouvoir se rallier à l'avis de sa consœur de l'INSS qui a retenu une incapacité de travail totale de la recourante. Selon lui, cette praticienne n'a pas tenu compte des activités adaptées encore exigibles de la part de l'intéressée ou n'a en tous les cas pas motivé de façon concluante pour quelle raison l'exercice de celles-ci, notamment un travail devant un écran, ne serait plus possible.

9.3. L'administration s'est fondée avant tout sur ces deux avis médicaux pour justifier le bien-fondé de l'acte entrepris. La recourante conteste ce point de vue en se basant sur divers rapports médicaux versés au dossier.

10.

10.1. Cela étant, force est de constater que, selon les avis unanimes des parties, l'affection principale dont est atteinte l'assurée est la maladie de Parkinson, à savoir une atteinte relevant du domaine de la neurologie. Or, il appert que les médecins de l'OAIE s'étant prononcé dans la présente affaire ne disposent pas de connaissances spécialisées en la matière de sorte que leur évaluation est sujette à caution, d'autant qu'ils n'ont pas examiné eux-mêmes la recourante (sur la jurisprudence y relative cf. supra consid. 7).

10.2. Par ailleurs, le Tribunal administratif fédéral constate que les documents versés au dossier par l'assurée et l'INSS sont de nature à jeter le doute sur le bien-fondé des conclusions du service médical de

l'OAIE. Il convient notamment de mettre en évidence les rapports suivants.

10.2.1. Dans un certificat neurologique du 9 octobre 2007 (pce 23), le Dr D. _____ relève que les symptômes de la maladie de Parkinson sont apparus en 2002 et que l'atteinte a été diagnostiquée en 2003. Il fait également part d'un trouble anxio-dépressif présent depuis le début de la maladie de Parkinson avec incidence sur l'attention et la concentration et causant des pertes de mémoire à court et moyen terme. Selon ce praticien, l'évolution de la maladie a été progressive et a connu une aggravation manifeste avec une mauvaise réponse au traitement et apparition d'un syndrome de pied agité qui interfère sur le repos nocturne. Actuellement, la patiente présente une bradycinésie permanente qui limite ses capacités physiques de manière importante. Son état de santé est par ailleurs péjoré par des moments "off" en fin de certaines prises de médicaments. Le Dr D. _____ précise que cet état de santé limite l'assurée dans l'exercice de son activité lucrative habituelle.

10.2.2. Pour sa part, le Dr E. _____, dans un rapport neurologique du 30 octobre 2008 (pce 36), constate chez l'intéressée une bradycinésie dans les membres droits, un tremblement de repos dans le membre supérieur droit, une rigidité avec aspect roue dentée dans les deux membres supérieurs. Lors de la marche, il observe un faible mouvement dans le membre supérieur droit avec dystonie de la main et du pied droit. Ce praticien ne s'exprime pas quant à la capacité de travail de l'assurée.

10.2.3. Dans un rapport du 3 novembre 2008 (pce 37), le Dr F. _____, spécialiste en chirurgie, fait quant à lui part d'un asthme bronchique, de lithiasis urinaire, d'une maladie de Parkinson, de bronchectasie, de syndrome anxio-dépressif, de syndrome cervico-brachial, d'arthrose du genou droit et d'insuffisance veineuse au membre inférieur gauche. Selon ce médecin, l'ensemble de ces affections est chronique et a progressivement entraîné une invalidité de l'assurée.

10.2.4. S'agissant du Dr G. _____, psychiatre, il relève que sa patiente est traitée depuis plus de 6 ans avec du citalopram pour cause de trouble anxio-dépressif. Le tableau clinique a connu une évolution irrégulière et fluctuante en relation probable avec l'aggravation de la maladie de Parkinson. Actuellement, il observe principalement chez l'assurée une hyponomie, une apathie, une altération de l'attention et de la concentration, une déficience de la mémoire et des difficultés pour réaliser les tâches non habituelles. Posant le diagnostic d'épisode

dépressif modéré d'intensité modérée secondaire à un processus maladif, il estime que les interactions des maladies neurologiques et psychiatriques ne permettent pas à l'assurée d'effectuer une activité lucrative quelconque (rapport du 18 novembre 2008 [pce 38]).

10.2.5. Finalement, dans des rapports détaillés E 213 des 11 janvier 2008 (pce 30 faisant suite à un examen de l'assuré en date du 9 janvier 2008) et 5 janvier 2009 (pce 40), la Dresse H._____ (dont la spécialité n'est pas connue) retient que l'assurée présente des limitations fonctionnelles très importantes, à savoir une bradycinésie, des moments "off" à la fin de certaines doses de médicaments, un léger tremblement au membre supérieur droit et une apathie (pces 30 p. 8 n° 8, 40 p. 8 n° 8). Elle en infère que la recourante présente une incapacité de travail totale dans toute profession, y compris pour des activités devant un écran de vidéo (pces 30 p. 9-10; 40 p. 9-10).

10.2.6. Quoiqu'en dise le service médical de l'OAIE, le tableau clinique dressé par la documentation médicale susmentionnée ne permet pas d'exclure, au niveau de la vraisemblance prépondérante valable en droit des assurances sociales, la présence d'une incapacité de travail significative de l'assurée dans une activité de substitution pendant la période déterminante. En particulier, le Dr C._____ n'est pas sans autre convaincant lorsqu'il prétend que la bradycinésie et la raideur musculaire observées chez l'assurée ne sauraient avoir de répercussions sensibles dans l'exercice de travaux requérant des petits mouvements et exercés en position assise, étant précisé que le simple fait que le médecin de l'INSS, dans les rapports E 213 des 11 janvier 2008 et 5 janvier 2009, n'avait pas motivé plus avant son point de vue n'était en l'espèce pas suffisant pour permettre à l'autorité inférieure d'écarter son appréciation sans mesure d'instruction complémentaire. Par ailleurs, les rapports médicaux susmentionnés ont également mis en évidence chez l'assurée des difficultés de concentration et d'attention pour cause de problèmes psychiques, ce qui pourrait également faire obstacle à l'exercice à plein temps d'une activité de pure surveillance, d'autant que, selon le Dr G._____, il existe une interaction entre les problèmes psychiques et neurologiques (cf. supra consid. 10.2.4). Finalement, on ajoutera que l'autorité inférieure devait déterminer si la recourante avait droit à une rente dans la période courant du 8 janvier 2007 au 14 septembre 2009 (cf. supra consid. 3.2). Dans ce contexte, la question de savoir à partir de quel moment l'assurée a présenté une incapacité de travail significative dans son activité habituelle et l'évolution subséquente de cette incapacité (dans le sens d'une aggravation) sont des éléments

pertinents que l'administration est tenue de déterminer avec tout le soin requis. Or, il appert que le dossier ne contient pas suffisamment d'informations en la matière. En effet, le service médical de l'OAIE a retenu que l'assurée a présenté une incapacité de travail dans son ancienne profession de confectionneuse d'habits de 20% dès le 1^{er} juin 2003 et de 50% dès le 11 janvier 2008 (pce 45 p. 1 [prise de position du Dr B. _____ du 14 mars 2009; cf. toutefois pce 45 p. 2 où ce médecin, dans le même document semble retenir une incapacité de travail de 50% dès le 28 août 2007]). Or, cette évaluation — outre le fait qu'elle n'est pas du tout claire quant au moment où l'incapacité de travail dans l'ancienne activité est passée à 50% — ne s'appuie sur aucun document médical probant. Par ailleurs, des éléments au dossier incitent à penser qu'une péjoration de l'état de santé s'est déjà produite en 2006-2007 (cf. pces 23, 26, 29). Un complément d'instruction s'avère donc aussi indispensable sur ce point.

10.3. Eu égard à tout ce qui précède, il appert que la documentation médicale versée au dossier ne permet pas de se prononcer valablement sur l'état de santé de la recourante 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 auprès des médecins traitants de l'assurée (notamment au niveau psychiatrique et neurologique) et la réalisation d'une expertise médicale pluridisciplinaire avec pour le moins le concours d'un neurologue et d'un psychiatre (éventuellement aussi d'un orthopédiste et d'un pneumologue si cela devait être jugé nécessaire [cf. à ce sujet supra consid. 8 et 10.2.3]). Le cas échéant, et compte tenu de l'évolution de l'état de santé de la recourante dans le temps, l'administration veillera également à procéder à toute autre mesure utile pour déterminer valablement la capacité de travail effective de l'assurée 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 la recourante lui est restitué.

12.

La recourante ayant agi en étant représentée par un mandataire

professionnel, il lui est alloué une indemnité globale de dépens de Fr. 1'500.-, laquelle est fixée en fonction de l'importance et de la difficulté de la cause ainsi que du travail qu'elle nécessite et du temps que l'avocat pouvait y consacrer (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]; cf. également ATF 132 V 215 consid. 6.2).

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est partiellement admis en ce sens que la décision du 14 septembre 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 la recourante à titre d'avance de frais lui est restitué.

3.

Un montant de Fr. 1'500.- est alloué à la recourante à titre d'indemnité de dépens, à charge de l'autorité inférieure.

4.

Le présent arrêt est adressé :

- à la recourante (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 :