

Bundesverwaltungsgericht
Tribunal administratif fédéral
Tribunale amministrativo federale
Tribunal administrativ federal



Cour III
C-3131/2006

{T 0/2}

Arrêt du 25 octobre 2007

Composition

Elena Avenati-Carpani (présidente du collège),
Eduard Achermann, Francesco Parrino, juges,
Pascal Montavon, greffier.

Parties

F._____,
recourant,

contre

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

Objet

Rente d'invalidité.

Faits :**A.**

Le ressortissant français F._____, né le 14 juin 1952, a travaillé en Suisse de 1981 à 2005 en qualité de machiniste (pces 6 et dossier complémentaire OAIE). Depuis une quinzaine d'années il présente des troubles l'affectant dans sa santé qui se sont aggravés ces dernières années occasionnant plusieurs arrêts de travail. Compte tenu de leur importance il a déposé le 17 mai 2005 une demande de prestations de l'assurance invalidité suisse auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité à Genève (pces 1 et 2).

B.

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

- le questionnaire pour l'employeur daté du 30 mai 2005 selon lequel l'intéressé a été engagé le 15 février 1982 pour un emploi à plein temps en tant que machiniste et travaille encore dans l'entreprise, est au bénéfice de prestations perte de gain, souffre d'affections depuis plusieurs années nécessitant des arrêts de travail de plus ou moins longue durée dont: 01.01.03 17.04.03; 21.08.03; 09.02.04 13.02.04; 09.03.04 02.04.04; 18.05.04 19.05.05; 28.06.04 30.06.04; 24.08.04 27.08.04; 05.11.04 31.12.04; 01.01.05 28.03.05; et dès le 12.04.05 (pce 6),
- un rapport médical signé du Dr B._____, médecine interne, rhumatologie, daté du 31 janvier 2005, relevant la présence depuis 15 ans de crises de diarrhées, de vomissement, de spasmes abdominaux et de gonflement de tout le corps et une urticaire, épisodes parfois liés à une perte de connaissance, crises intervenant deux fois par année et depuis quelques mois tous les 15 jours, la durée des crises étant en moyenne de 4 jours (pce 18-3),
- une correspondance de la caisse maladie perte de gain de l'intéressé du 27 avril 2005 l'invitant, suite à un troisième arrêt de travail, à déposer une demande de prestations d'invalidité auprès de l'office AI compétent (pce 18-17),

- un rapport du visiteur des malades du Groupe mutuel daté du 18 novembre 2004 relevant un état visiblement affaibli et une communication ouverte et spontanée (pce 18-25),
- un certificat médical du Dr C._____, médecine générale, daté du 14 avril 2005 attestant de problèmes de santé en rapport avec une pathologie allergique et digestive occasionnant des malaises avec éventuellement des pertes de connaissance, impliquant qu'un travail sur des machines est déconseillé pour des raisons de sécurité, mais n'interdisant pas de conduire un véhicule utilitaire et une voiture personnelle (précision soulignée; pce 18-28),
- plusieurs certificats d'arrêts de travail en relation avec les dates précitées signalées par le questionnaire pour l'employeur,
- un rapport médical daté du 27 juin 2005 signé du Dr F._____ faisant état du diagnostic précité, d'un état stationnaire, d'une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée avec un faible absentéisme prévisible dû à l'état de santé (pces 20-1, 21-1, 22-1),
- un rapport médical signé du Dr S._____, enregistré le 29 août 2005, faisant état du diagnostic précité, de la possibilité d'exercer une activité adaptée à temps complet notamment en position assise avec un absentéisme prévisible moyen dû à l'état de santé (pce 26-1 et 28-1) comprenant en annexe un échange de correspondances entre médecins traitant spécialisés dont il résulte après d'importantes investigations que les troubles attestés de l'intéressé ont une origine indéterminée de type allergène (pces 26-4 26-8),
- un rapport médical daté du 6 septembre 2005 signé de la Dresse D._____ faisant état du diagnostic précité, d'un état stationnaire et relevant que si l'intéressé a une capacité de travail complète entre ses crises, celles-ci le mettent en incapacité (pce 31), complété d'une annexe selon laquelle l'intéressé peut exercer une autre activité que la sienne (pce 32-1),
- une correspondance du Dr B._____, médecine interne, cardiologie, datée du 12 octobre 2005, à l'adresse du Dr F._____, médecin conseil du Groupe Mutuel, relevant les symptômes invalidant de l'intéressé: douleurs abdominales, diarrhées, vomissement, pertes de connaissance assez brutales et indiquant

une capacité de travail de 75% au moins dans une activité adaptée sédentaire n'impliquant pas la conduite de véhicules (pce 36-4),

- un rapport d'examen SMR Suisse Romande daté du 4 mai 2006 selon lequel l'intéressé est en incapacité totale de travail dans sa profession habituelle de machiniste depuis le 6 novembre 2004 et qui retient le diagnostic de crises douloureuses abdominales accompagnées de vomissements et diarrhées profuses, suivies de syncope et d'une asthénie durant jusqu'à deux ou trois jours, crises se produisant une à deux fois par mois. Le rapport relève que l'intéressé peut exercer une activité adaptée à 75%, tenant compte de l'absentéisme, et qui n'implique pas la conduite de machines, le travail en hauteur et le travail sur machines dangereuses (pce 37),
- un rapport de réadaptation professionnelle daté du 25 juillet 2006 de l'Office cantonal de l'assurance invalidité proposant l'octroi d'une rente d'invalidité d'un degré de 53% avec l'indication que l'intéressé peut demander des mesures d'ordre professionnel. Le rapport relève que l'intéressé souhaite retrouver une activité professionnelle mais ne se considère pas apte dans l'immédiat à suivre une mesure professionnelle dans le cadre de l'AI en raison de son état de santé et qu'en conséquence il est renoncé à la mise en place de mesures professionnelles car elles seraient vouées à l'échec (pce 45).

C.

Par projet d'acceptation de rente et de refus de mesures d'ordre professionnel du 26 juillet 2006, l'Office cantonal de l'assurance invalidité informa l'assuré qu'il serait mis au bénéficiaire d'une demi-rente d'invalidité à compter du 1^{er} novembre 2005 pour un taux de 53% compte tenu d'un revenu avec invalidité théorique de Fr. 43'354.- pour une activité à 75% (Base: EES 2004 TA1 tous secteurs confondus, activité de niveau 4) avec réduction supplémentaire de 15%, soit Fr. 36'851.-, en comparaison de son revenu 2005 de Fr. 77'675.- et que des mesures professionnelles n'étaient pas envisageables (pce 48). Par correspondance du 1^{er} août 2006, l'intéressé donna son accord au projet qui lui avait été soumis (pce 49). Par décision du 10 novembre 2006, l'Office de l'assurance invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE) octroya à l'intéressé une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} novembre 2005 d'un montant de Fr. 807.- par mois (pce 52).

D.

Par acte du 29 novembre 2006, F._____, s'adressant à l'OAIE, interjeta recours contre la décision précitée concluant au réexamen de son dossier et implicitement à l'annulation de la décision du 10 novembre 2006. Il fit valoir, se référant à une correspondance du 28 novembre, une incapacité de travail totale dans sa profession et pour toute activité en raison de ses crises répétées (pces 55-5 et 6). Il joignit à son envoi une attestation médicale datée du 29 novembre 2006 signée du Dr S._____ faisant état de douleurs abdominales très intenses sur syndrome sub-occlusif allergique, oedèmes de Quincke itératifs sur terrain atopique entraînant d'impressionnantes déformations du visage et des membres, malaises répétitifs avec pertes de connaissance, syndrome anxio-dépressif surajouté, status invalidant ne permettant en aucun cas le moindre travail ni en activité adaptée, ni en temps partiel depuis le 6 novembre 2004 et ceci de manière définitive (pce 55-3). L'OAIE transmet le recours à la Commission fédérale de recours en matière d'AVS/AI pour les personnes résidant à l'étranger (ci-après: la Commission de recours) comme objet de sa compétence avec un complément de photographies reçues attestant des réactions allergiques (pces TAF 1 s.).

Par acte du 15 décembre 2006, l'intéressé compléta son recours par la production de trois certificats médicaux (pces TAF 6):

- un certificat médical daté du 29 novembre 2006 signé du Dr S._____ faisant état du diagnostic connu et indiquant que les troubles importants et invalidants ne permettent en aucun cas le moindre travail depuis le 6 novembre 2004 ni en activité adaptée, ni en temps partiel,
- un certificat médical daté du 13 décembre 2006 signé de la Dresse G._____, allergologie, cheffe de clinique Hôpitaux de Lyon, selon lequel l'intéressé présente une pathologie inflammatoire chronique responsable de poussées quotidiennes très invalidantes,
- un certificat médical sans date signé du Dr P._____, médecine interne, chef de clinique des Hôpitaux de Lyon, selon lequel l'intéressé est suivi de manière régulière pour une pathologie inflammatoire chronique récidivante se manifestant par des douleurs abdominales associées à des oedèmes diffus et des malaises extrêmement invalidants, manifestations ne semblant pas compatibles avec la poursuite d'un travail même à temps partiel.

E.

Invité à se déterminer sur le recours, l'OAIE adressa en date du 4 janvier 2007 au Tribunal administratif fédéral, à qui le dossier fut transmis au 1^{er} janvier précédent, la réponse établie par l'Office AI du canton de Genève. Il conclut au rejet du recours faisant valoir l'inaptitude subjective de l'intéressé à donner suite à des mesures professionnelles proposées par le SMR et le calcul de l'invalidité établissant à 53% le taux de l'invalidité. Il mit en exergue que l'assuré pouvait exercer une activité adaptée selon le SMR à l'exclusion d'activités requérant la conduite d'engins, le travail en hauteur et l'usage de machines dangereuses. Il indiqua que l'appréciation du Dr S._____ n'apportait pas d'élément nouveau qui ne fut connu de l'Office AI au moment de rendre sa décision. Par réponse complémentaire du 5 février 2007, l'Office cantonal AI releva que les derniers certificats médicaux produits n'apportaient pas d'éléments nouveaux objectifs susceptibles de donner lieu à une appréciation différente du cas. En particulier l'Office cantonal AI joignit la prise de position de son médecin conseil, le Dr C._____, qui dans son rapport du 25 janvier 2007 relève que les poussées inflammatoires quotidiennes alléguées par le Dr G._____ ne sont pas documentées depuis les derniers rapports médicaux d'octobre 2006 et que celles-ci ne peuvent dès lors être retenues (pces TAF 7).

Par acte du 12 février 2007, l'assuré informa le Tribunal que des résultats d'analyses médicales avaient mis en évidence qu'il était porteur de l'antigène HLA B27 invalidant. Par complément du 8 mars 2007 il adressa au Tribunal plusieurs documents médicaux déjà au dossier, un rapport du 19 septembre 2006 rédigé par le Prof. N._____, duquel il ressort une amélioration considérable de la symptomatologie clinique du patient, et un nouveau certificat médical du Dr S._____ du 7 mars 2007 reprenant le diagnostic connu et relevant une fréquence hebdomadaire des crises (pce TAF 10). Invité à se déterminer sur cet envoi, l'OAIE, se référant à la prise de position de l'OAI du canton de Genève, conclut au rejet du recours. Il releva que de l'abondante correspondance jointe il ressortait que les recherches étiologiques très approfondies n'avaient pas permis de découvrir les causes du malaise et que le traitement médicamenteux contrôlait les poussées cutanées et empêchait les crises abdominales, lesquelles avaient lieu nouvellement une fois par semaine. S'agissant de l'antigène HLA B27, le médecin conseil indiqua que sa découverte ne permettait pas de tirer quelque conclusion que ce fut concernant la capacité de travail de l'intéressé (pce TAF 12). Par duplique du 25 avril 2007 et des écritures ul-

térieures, le recourant fit valoir ne pouvoir être reclassé en raison de ses absences justifiées à répétition et de ses soucis de santé et attendre la décision du Tribunal pour réorganiser sa vie (pces TAF 14-17).

F.

Par ordonnance du 18 septembre 2007 le Tribunal informa les parties de la composition du collège, laquelle ne fut pas contestée (pce TAF 18).

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 AI 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^{er} 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^{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. 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.

1.4 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^{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 (ATFA cause I 435/02 consid. 2 du 4 février 2003; Revue à l'intention des caisses de compensations (RCC) 1989 p. 330). Même après l'en-

trée 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 Vu la nouvelle du 21 mars 2003 entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2004, il convient de préciser que l'examen du droit à des prestations selon la LAI est régi par la teneur de cette loi en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003 pour la période courant jusqu'à cette date et par la teneur de la LAI au 1^{er} janvier 2004 pour la période ultérieure, 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). En l'espèce la nouvelle réglementation de la LAI est seule applicable.

3.3 Le recourant a présenté sa demande de rente le 17 mai 2005. 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 17 mai 2004 (12 mois avant le dépôt de la demande) ou si le droit à une rente était né entre cette date et le 10 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 en vigueur, 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).

Le recourant 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 s'il 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.

5.2 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. 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^{er} LAI). Toutefois, 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^{er} juin 2002 s'ils ont leur domicile et leur résidence habituelle dans un Etat membre de l'UE.

5.3 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 exigé de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

5.4 Conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à une rente naît dès que l'assuré, *in casu* ressortissant de l'Union européenne, 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 des assurances, 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 22 consid. 2; 99 V 99; 96 V 44).

5.5 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 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. Ainsi le taux d'invalidité ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4). Le Tribunal fédéral a néanmoins jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore être exigés de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1; RCC 1991 p. 331 consid. 1c).

6.2 Il résulte du dossier que l'intéressé a travaillé en Suisse dans un emploi à plein temps comme machiniste jusqu'en avril 2005 avec de nombreux arrêts de travail et qu'il n'a effectivement plus exercé d'activité à partir du 6 novembre 2004. Il faut donc examiner la documentation médicale au dossier afin d'évaluer l'invalidité du recourant.

6.3 Dans les rapports médicaux établis par les médecins consultés en 2005 et 2006 par le recourant, notamment les rapports des Drs C._____, F._____, F._____, D._____, B._____, G._____, P._____ et principalement S._____, il est fait état d'une pathologie allergique et digestive occasionnant des crises de diarrhée, de vomissement, de spasmes abdominaux et de gonflement de tout le corps, d'oedème et d'une urticaire, crises intervenant tous les quinze jours et parfois liées à une perte de connaissance. Les derniers rapports médicaux de 2007 font état de crises hebdoma-

daires et d'un syndrome dépressif associé. Ce diagnostic est confirmé par le Dr C. _____ dans son rapport du SMR Suisse Romande du 4 mai 2006 et par la documentation médicale au dossier. 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.

7.

7.1 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).

La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertise ou de rapports médicaux. 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).

7.2 En l'espèce les derniers rapports médicaux produits par le recourant concluent à l'incapacité de l'intéressé à exercer sa dernière activité de machiniste ainsi que toute autre activité en raison de ses troubles invalidant et surtout du risque de perte de connaissance pouvant causer des accidents à l'intéressé et à des tiers employés dans l'entreprise. Toutefois, il convient de relever qu'en un premier temps, jusqu'en octobre 2005, les rapports médicaux ont relevé une capacité de travail de 50 à 100% dans une activité sans risque pour l'intéressé et autrui. Le Dr C._____précisa également dans un rapport médical du 14 avril 2005, en lettres grasses, que les affections de l'intéressé ne l'interdisaient pas de conduire un véhicule utilitaire et sa voiture personnelle, remarque relativisant le risque de perte de connaissance sans signe liminaire. Aussi, selon le rapport du SMR Suisse romande du 4 mai 2006, signé du Dr C._____, une activité adaptée à 75% dès le 6 novembre 2004 est possible. Cette appréciation médicale peut être retenue par le Tribunal de céans qui relève aussi que dans un rapport du 19 septembre 2006, le Prof. N._____ concluait à une amélioration considérable de la symptomatologie clinique en relevant que les deux derniers accès avaient été bloqués par le traitement, bien qu'avec toujours urticaire et oedèmes, mais sans aucune gêne respiratoire et surtout sans aucune douleur abdominale.

8.

8.1 Selon l'art. 16 LPGA, 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.

8.2 Le gain d'invalidité est une donnée théorique, même s'il est évalué sur la base de statistiques. Les rémunérations retenues par l'enquête suisse sur la structure des salaires 2004 servent à fixer le montant du gain que l'assuré pourrait obtenir, sur un marché équilibré du travail, en mettant pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail dans un emploi adapté à son handicap (ATFA du 5 juin 2005 cause I 85/05) indépendamment du lieu de situation des emplois référencés dans l'Etat de résidence de l'assuré. Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce

qu'elle aurait effectivement réalisé au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1. et les réf.). A ce titre il convient en général de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé. Toutefois, il y a lieu de tenir compte pour le salaire d'invalidé de référence d'une diminution de celui-ci, cas échéant, pour raison d'âge, de limitations dans les travaux dits légers ou de circonstances particulières. La jurisprudence n'admet cependant à ce titre pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 78 consid. 5). Ainsi le taux d'invalidité ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin, ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qui déterminent le taux d'invalidité au sens de la LAI.

8.3 En l'espèce l'Office cantonal de l'assurance invalidité a procédé à une évaluation de l'invalidité par une comparaison de revenus et a constaté que l'assuré, du fait de son invalidité, subissait une diminution de sa capacité de gain de 53%. Dans ce calcul, le revenu de substitution avec invalidité pris en compte à 75% a été réduit encore de 15% pour des raisons liées au handicap de l'assuré conformément au taux de réduction de 5-25% admis par la jurisprudence (cf. ATF 126 V 78 consid. 5). Les montants pris en compte et comparés (cf. *supra* consid. C) peuvent être confirmés.

8.4 Le Tribunal peut ainsi conclure que le recourant présentait dès le 1^{er} novembre 2005 un taux d'invalidité de 53% et que par conséquent c'est à juste titre qu'une demi-rente d'invalidité lui a été octroyée dès le 1^{er} novembre 2005. Par conséquent le recours doit être rejeté.

8.5 Il appert cependant des rapports médicaux produits depuis novembre / décembre 2006 que la santé de l'intéressé se soit apparemment détériorée après la date de la décision attaquée, qu'en l'occurrence les crises soient devenues hebdomadaires avec un syndrome dépressif associé. Sur la base de ces constatations médicales le dossier doit être renvoyé à l'autorité inférieure pour qu'elle considère la réplique du recourant du 8 mars 2007 en tant que demande de révision de la rente.

9.

Il n'est pas perçu de frais de procédure ni alloué de dépens.

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est rejeté.

2.

Le dossier est retourné à l'autorité inférieure pour qu'elle procède au sens du considérant 8.5.

3.

Il n'est pas perçu de frais de procédure ni alloué de dépens.

4.

Le présent arrêt est adressé :

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

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

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 :