

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



---

Cour III  
C-2928/2006

{T 0/2}

## **Arrêt du 7 janvier 2009**

---

Composition

Francesco Parrino (président du collège), Elena Avenati-Carpani, Stefan Mesmer, juges,  
Pascal Montavon, greffier.

---

Parties

**M.**\_\_\_\_\_,  
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, intimé,

---

Objet

assurance-invalidité (décision sur opposition du 24 août 2006).

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

Le ressortissant français M.\_\_\_\_\_, né le 30 juillet 1949, technicien de micro-mécanique diplômé, a travaillé en Suisse de nombreuses années jusqu'au 6 janvier 2003, date à laquelle il fut mis en arrêt de travail à 100%. L'arrêt a été motivé initialement pour des raisons cardiaques. Il a subi en janvier 2003 deux angioplasties coronariennes. Par la suite, il a souffert de douleurs abdominales, d'une diverticulite sigmoïdienne inaugurale, d'une diverticulose colique et sigmoïdienne avec des lésions évocatrices de diverticulites. Il a été hospitalisé en mai 2003 et une hémilectomie gauche a été pratiquée qui s'est compliquée d'un lâchage de l'anastomose avec fistule entéro-cutanée traitée conservativement jusqu'en septembre 2003. Une sténose de l'anastomose recto-colique a été mise à jour en octobre 2003. Une tentative infructueuse de dilatation endoscopique a été réalisée début janvier 2004, deux autres ont suivi en avril et mai 2004. A la suite d'un contrôle l'intéressé a été informé de sa séropositivité pour le virus HIV et une tri-thérapie a été instaurée (pce 37). Le 6 janvier 2004 il a déposé une demande de prestations d'invalidité auprès de l'Office cantonal de l'assurance invalidité du canton de Genève (OAI-GE; pce 1).

**B.**

Dans le cadre de l'instruction de la demande, l'OAI-GE a notamment porté au dossier les pièces suivantes:

- un rapport médical du Centre hospitalier de M.\_\_\_\_\_ daté du 7 mai 2003 faisant état du diagnostic de sigmoïdite subaiguë avec diverticulose étendue du côlon et d'un séjour du 5 au 26 mai 2003 pour hémicolectomie gauche vraie (pce 14),
- le questionnaire pour l'employeur daté du 8 mars 2004 selon lequel l'intéressé a exercé une activité à plein temps de mécanicien sur boîtes de montres depuis le 1<sup>er</sup> mai 2001 et a été en incapacité de travail à 100% du 4 avril au 2 juin 2002 puis à compter du 6 janvier 2003 (pce 27),
- un rapport médical du Dr J.\_\_\_\_\_ daté du 4 mars 2004 faisant état en 2002 d'une arthroscopie du genou droit pour un syndrome méniscal interne, d'un status actuel satisfaisant mais de l'apparition de l'affection au genou gauche entraînant une li-

mitation des stations debout prolongées ou accroupies au cours du travail, sous réserve de nette amélioration après résection arthroscopique du ménisque interne à prévoir (pce 28),

- plusieurs avis d'arrêt de travail portant sur les années 2003 et 2004 (pces 32/1-23),
- une communication du Dr N.\_\_\_\_\_ au Dr R.\_\_\_\_\_ daté du 9 janvier 2004 faisant état d'une fibrose responsable d'une sténose anastomotique à dilater sous coloscopie (pce 32/25),
- un rapport radiologique du Dr S.\_\_\_\_\_ daté du 23 octobre 2003 faisant état d'une sténose de la zone anastomotique (pce 32/26),
- un rapport radiologique du Dr D.\_\_\_\_\_ daté du 24 mars 2003 faisant état de lésions de diverticulose sigmoïdienne (pce 32/41),
- un rapport médical signé de la Dresse G. R.\_\_\_\_\_ daté du 18 mars 2004 indiquant que l'intéressé ne peut plus exercer son activité professionnelle, une baisse de rendement de 2/3, l'impossibilité d'améliorer la capacité de travail de l'assuré, le fait qu'il ne peut être exigé de l'assuré qu'il exerce une autre activité et, concernant les capacités professionnelles de l'intéressé, un important absentéisme prévisible (pce 35 s.),
- un rapport médical du Dr V.\_\_\_\_\_ daté du 23 mars 2004 à l'adresse de l'assureur perte de gains faisant état des éléments anamnésiques connus, relevant un état général conservé, des plaintes digestives et une dizaine d'exonérations par jour, l'attente de dilatations des sténoses anastomotiques du côlon qui selon leur résultat positif attendu devraient permettre à l'intéressé de reprendre son activité de mécanicien de précision sur boîtes de montres à moyen terme, un emploi mieux adapté n'étant pas à envisager, l'existence d'une comorbidité moyenne à grave certaine notamment en raison de la mise à jour en 2004 de sa séropositivité au virus HIV et au décès de sa fille en 1995. Le Dr V.\_\_\_\_\_ relève un pronostic de reprise de travail mauvais pour des raisons tant physiques que psychiatriques (pce 37),

- un rapport médical du Dr F.\_\_\_\_\_, médecine générale, daté du 3 juillet 2004, faisant état d'un syndrome anxio-dépressif sévère en 2000 suite au décès de son épouse en 1978 et de sa fille en 1995, l'intéressé n'ayant toutefois plus été revu depuis janvier 2003 (pce 40),
- un rapport médical du Dr M.\_\_\_\_\_, cardiologue, daté du 28 juin 2004, faisant état sur le plan cardiologique d'un status sans symptomatologie fonctionnelle, relevant un ECG d'effort montrant des anomalies de la repolarisation (pce 41),
- un rapport d'intervention du 23 mars 2005 pour dilatation du côlon notant une récurrence de la sténose (pce 52),
- un rapport médical du Dr M.\_\_\_\_\_ daté du 14 avril 2005, faisant état du status connu et de la nécessité d'une observation au COMAI de Genève (pce 54),
- une correspondance du Groupement transfrontalier à l'adresse de l'OAIE datée du 21 septembre 2005 relevant les problèmes économiques de l'intéressé et notant que malgré tous ses efforts il n'a pu maintenir une place de travail au C.E.R.N. nouvellement commencée en raison de ses problèmes de santé, le service médical de l'employeur ayant donné un préavis négatif à son activité (pce 57),
- un rapport d'expertise du COMAI daté du 17 janvier 2006 signé des Drs A.\_\_\_\_\_ et E.\_\_\_\_\_ rappelant les éléments anamnestiques connus, relevant de bons résultats d'analyses sanguines en relation avec la séropositivité HIV effectuées en avril 2005 (cf. pce 63/25), notant une importante asthénie dès le matin, s'accroissant l'après-midi et nécessitant une sieste de deux heures l'après-midi, des plaintes au niveau de l'appareil locomoteur concernant la partie dorsale haute et les membres supérieurs et inférieurs. Sur le plan social le rapport relève une bonne intégration sociale liée aux activités de loisirs de l'intéressé (sport automobile arrêté mais contacts maintenus), de bonnes relations familiales, exceptées avec sa mère avec qui il n'a pas de contacts, le vécu difficile de la perte de sa première épouse en 1978 puis de sa fille en 1995 dans des accidents de voiture, des activités d'entretien et de rénovation de sa ferme rénovée par lui-même, une situation économique difficile du fait

que son actuelle épouse est sans emploi. Sur le plan de l'anamnèse professionnelle, le rapport fait état d'une riche expérience professionnelle dans le cadre de la mécanique de précision avec un dernier emploi d'un mois en juin 2005 au C.E.R.N. qui a dû être stoppé par la médecine du travail pour cause de problématique HIV et risque d'exposition à des radiations sur son poste de travail. Au titre des plaintes actuelles, le rapport évoque une fatigue générale importante, des douleurs profondes osseuses, des douleurs de la jonction cervico-dorsale et surtout dorsales hautes, des problèmes du côlon, des problèmes d'asthme. S'agissant des constatations, le rapport fait état d'un homme calme, soigné, collaborant, d'un bon état général (168cm/68kg; IMC de 24), il relève la normalité des systèmes cardiovasculaire, respiratoire et neurologique, un appareil locomoteur sans particularité notoire avec douleurs au niveau dorso-lombaire à la palpation du rachis (troubles dégénératifs de type discopathie en D3-D4-D5 et statiques de type scoliose en S centré sur D5, cf. pce 63/22), aucune douleur aux membres inférieurs ni de limitation des hanches, des épaules, poignets et mains sans particularité, des douleurs à la palpation du coude droit. Au niveau psychiatrique (Dresse V. \_\_\_\_\_), le rapport note un status bien équilibré et orienté dans le temps et l'espace sans élément de la ligne psychotique, de bon rapports familiaux excepté avec la mère depuis l'enfance et qu'il ne voit plus, un vécu tragique au moment du décès de son épouse en 1978 mais sans réaction dépressive suivi d'un deuxième épisode tragique en 1995 suite au décès de sa fille à la suite duquel il entreprit une thérapie psychiatrique pendant plusieurs mois jusqu'à rémission complète des symptômes dépressifs qui ont été d'intensité moyenne, une séropositivité déclarée en 2004, année où il s'est également remarié avec une personne qui malheureusement a enchaîné deux cancers du sein qui l'ont affecté, un sentiment d'épuisement et de faiblesse dû au HIV et à son traitement, des relations sociales existantes dans un cadre de personnalité solitaire, un sentiment de solitude, des préoccupations anxieuses en lien avec son état de santé et l'angoisse de mort. Le rapport retient le diagnostic de trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline (CIM-10: F60.31), trouble anxieux et dépressif mixte (CIM-10: F41.2), versus trouble de l'adaptation; réaction mixte prolongée liée à un

facteur de stress persistant (CIM-10: F43.22). Le rapport souligne que l'état de santé psychique de l'intéressé ne représente pas en soi une limitation de la capacité de travail mais que l'incidence du HIV positif exerce un impact important et qu'une mauvaise évolution clinique ne peut pas être exclue. En conclusion les experts retiennent des limitations sur la capacité de travail fondées sur une importante fatigue confinante à l'asthénie, des dorsalgies hautes documentées de caractère mécanique entravant les travaux tête penchée en avant et sur ordinateur, une capacité de travail de 6 heures par jour en positions variées avec une interruption de 2 heures après 4 heures de travail (pce 63),

- une correspondance médicale du Dr F.\_\_\_\_\_, médecin du travail au C.E.R.N. au Dr P.\_\_\_\_\_ du 17 août 2005 notant que la situation médicale de l'intéressé est peu compatible avec la poursuite de son activité professionnelle (pce 63/23),
- un rapport médical du Dr G.\_\_\_\_\_ daté du 22 février 2006 suite à la dilatation de la sténose (pce 69),
- un rapport du Dr M.\_\_\_\_\_, médecin de l'OAIE à qui le dossier fut transmis pour appréciation, daté du 3 avril 2006, faisant état de l'expertise médicale du SMR, relevant comme atteinte principale à la santé une asthénie liée à la séropositivité et aux effets secondaires de la trithérapie et proposant de suivre les conclusions du rapport d'expertise, retenant ainsi une capacité de travail de 6 heures par jour sans autre limitation de rendement, tenant compte des dorsalgies hautes, dans l'activité de l'intéressé qui autorise de fréquents changements de position. Le Dr M.\_\_\_\_\_ retient qu'au plan psychiatrique l'assuré présente un trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline et un trouble anxieux et dépressif mixte n'atteignant toutefois pas un seuil morbide et n'entraînant aucune limitation fonctionnelle (pce 71).

### **C.**

Par décision du 2 mai 2006, l'OAIE rejeta la demande de rente de l'intéressé au motif qu'il avait une capacité de travail résiduelle de 80% dans son activité habituelle compte tenu de sa possibilité de travailler 6 heures par jour en tenant compte de ses limitations fonctionnelles dans toute activité entrant en ligne de compte et qu'un taux d'invalidité

de 20% était inférieur au taux seuil de 40% ouvrant le droit à un quart de rente. La décision précisa que des mesures de réadaptation n'étaient pas nécessaires et n'étaient pas de nature à rétablir sa capacité de travail (pce 75).

Par acte du 12 mai 2006 l'intéressé forma opposition contre cette décision faisant valoir d'importants problèmes de santé dont une fatigue permanente due à la trithérapie, de l'essoufflement, de l'asthme chronique, des problèmes intestinaux, des selles fréquentes et des hospitalisations fréquentes pour des dilatations du côlon. Il conclut indirectement à l'octroi d'une rente d'invalidité (pce 76). Par réponse du 17 mai 2006 l'OAIE informa l'assuré que son opposition n'étant pas accompagnée de documents médicaux il lui était imparti un délai de 15 jours pour compléter son opposition faute de quoi celle-ci ne serait pas examinée et déclarée irrecevable (pce 79). Par acte du 3 juin 2006, l'intéressé adressa à l'OAIE divers documents médicaux déjà au dossier (pces 80/1-11).

Invité à se déterminer sur l'opposition, le Dr M.\_\_\_\_\_ releva dans son rapport du 26 juin 2006 que la documentation médicale n'apportait aucun élément nouveau et que dès lors il n'y avait pas lieu de modifier la position de l'OAIE (pce 83). Par décision sur opposition du 24 août 2006, l'OAIE confirma sa décision du 2 mai précédent (pce 88).

#### **D.**

Par acte du 22 septembre 2006, l'intéressé interjeta recours contre cette décision sur opposition auprès de la Commission fédérale de recours en matière d'AVS/AI pour les personnes résidant à l'étranger. Il fit valoir que son médecin traitant ne comprenait pas le bien-fondé de la décision sur opposition rendue par l'OAIE. Il conclut indirectement à l'octroi d'une rente d'invalidité. Invité à se déterminer sur le recours, l'OAIE répondit le 14 novembre 2006 proposer son rejet en se référant à la prise de position de l'OAI-GE du 7 novembre 2006 lequel relevait que le recours n'apportait pas d'élément nouveau susceptible de modifier la décision sur opposition rendue.

#### **E.**

Par réplique du 3 janvier 2007 adressée au Tribunal administratif fédéral à qui la cause fut transmise au 1<sup>er</sup> janvier précédent, l'intéressé maintint son recours faisant valoir ses atteintes à la santé, devant procéder à une quinzaine d'exonérations par jour, avoir de nombreuses crises d'asthme, endurer une grande fatigue en raison de sa trithéra-

pie. Il joignit à son envoi quelques documents médicaux déjà au dossier, un document du Dr K. \_\_\_\_\_ et quelques copies de correspondances (pce TAF 2). Cette documentation médicale fut transmise au Dr M. \_\_\_\_\_ de l'OAIE pour appréciation qui dans son rapport du 10 avril 2007 nota que l'assuré n'avait apporté aucun élément nouveau de nature à modifier la position de l'OAIE et que le document du Dr K. \_\_\_\_\_ faisait état d'un nouvel épisode d'occlusion résolutif sans hospitalisation qui ne saurait être à l'origine d'un arrêt de travail prolongé. Par duplique du 22 mai 2007, l'OAIE, se référant à la prise de position de l'OAI-GE du 26 avril 2007, conclut ainsi au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée (pce TAF 5). Par ordonnance du 8 juin 2007, le Tribunal de céans clôt l'échange des écritures (pce TAF 8).

#### **F.**

Par correspondance du 9 juin 2007, l'intéressé informa le Tribunal de céans qu'il allait faire l'objet d'une expertise sur son invalidité à l'Hôpital de L. \_\_\_\_\_ pour confirmer celle-ci et qu'il y avait lieu de prévoir une nouvelle expertise du fait que celle effectuée à Genève était faussée (pce TAF 9). Il confirma la date de l'expertise devant être réalisée à Lyon par courrier du 25 juin 2007 (pce TAF 10). Par ordonnance du 2 juillet 2007 le Tribunal de céans informa l'assuré admettre la requête de production d'une nouvelle expertise (pce TAF 11).

Par acte du 8 août 2007 l'intéressé transmet une expertise du Dr B. \_\_\_\_\_ datée du 13 janvier 2006 et une expertise du Prof. T. \_\_\_\_\_ datée du 6 octobre 2006. Il indiqua attendre encore une expertise du Dr S. \_\_\_\_\_ (pce TAF 12). Il compléta son envoi en date du 20 octobre 2007 par des rapports d'examens sanguins (pce TAF 14).

La documentation précitée fut soumise au Dr M. \_\_\_\_\_ de l'OAIE. Dans son rapport du 12 octobre 2007 il nota que les deux expertises nouvellement jointes au dossier du Dr B. \_\_\_\_\_ et du Prof. T. \_\_\_\_\_ étaient destinées à investiguer une éventuelle faute professionnelle dans le traitement de l'assuré [au niveau des occlusions intestinales] et qu'elles n'abordaient pas les questions intéressant l'AI concernant les limitations fonctionnelles objectives et la capacité de travail. Il indiqua que l'expertise du Prof. T. \_\_\_\_\_ ne comportait aucun status clinique et qu'à ce titre l'expertise du Dr B. \_\_\_\_\_ notait une observation objective pratiquement normale, la seule particularité

étant une sensibilité à gauche sans défense pariétale. Le Dr M.\_\_\_\_\_ nota, compte tenu de ce qui précède, que la capacité de travail de l'intéressé était de 80% dans une activité adaptée y compris la prise en compte des perturbations du transit nécessitant des exonérations plus laborieuses que normalement. Par duplique du 22 octobre 2007 l'OAIE, se référant à la prise de position de l'OAI-GE du 17 octobre 2007, maintint sa proposition de rejet du recours et confirmation de la décision attaquée faute d'éléments nouveaux susceptibles de modifier sa position (pce 16).

Par envois des 26 octobre et 31 octobre 2007 l'intéressé adressa au Tribunal de céans quelques documents médicaux accessoires ainsi qu'un rapport d'expertise contradictoire signé des Drs S.\_\_\_\_\_ et S.\_\_\_\_\_ daté des 11/12 juillet 2007 portant sur la question du bien-fondé du traitement dont a bénéficié l'intéressé dans le cadre des affections de son côlon (sténose, diverticulose, légitimité de l'intervention du 7 mai 2003) (pce TAF 19). Invité à se déterminer sur ce rapport, l'OAIE répondit le 16 janvier 2008, se référant à la prise de position de l'OAI-GE du 14 décembre 2007 indiquant n'avoir aucune observation à faire, conclure toujours au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée (pce TAF 23). Par ordonnance du 22 janvier 2008 le Tribunal de céans informa les parties de la clôture de l'échange des écritures (pce TAF 24).

#### **G.**

Par correspondance du 26 janvier 2008 l'intéressé fit parvenir au Tribunal de céans une attestation médicale du Dr R.\_\_\_\_\_ datée du 9 janvier 2008 faisant état d'un état anxio-dépressif réactionnel avec insomnies, idées suicidaires, apathie et asthénie (pce TAF 25). Il adressa également par courrier du 7 février 2008 la copie d'une prescription médicale pour le traitement des contractures musculaires douloureuses du Dr B.\_\_\_\_\_, psychiatre, datée du 4 février 2008 (pce TAF 26). Le 28 octobre 2008 l'intéressé communiqua au Tribunal de céans qu'une nouvelle expertise médicale allait lui parvenir fin décembre 2008 (pce TAF 27).

#### **H.**

Par ordonnance du 6 novembre 2008 le Tribunal de céans communiqua aux parties la (nouvelle) composition du collège appelée à connaître de la cause (pce TAF 28). Elle ne fut pas contestée.

**I.**

Par correspondance reçue le 17 novembre 2008 l'intéressé informa le Tribunal de céans qu'il allait être reconnu en invalidité à 100% en France à compter du 1<sup>er</sup> décembre 2008 et qu'il se tenait à disposition pour toute nouvelle expertise (pce TAF 29). L'intéressé informa également l'OAIE de ce fait par correspondance du 12 novembre 2008 (pce TAF 30). Par correspondance du 20 décembre 2008 il porta à la connaissance du Tribunal de céans un document de la sécurité sociale française daté du 8 décembre 2008 attestant d'un état d'invalidité réduisant des 2/3 au moins sa capacité de travail ou de gain justifiant son classement dans la catégorie 2 (pce TAF 31).

**Droit :****1.**

**1.1** Sous réserve des exceptions prévues à l'art. 32 de la loi 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'OAIE concernant l'octroi de rente d'invalidité peuvent être contestées devant le Tribunal administratif fédéral conformément à l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20).

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

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

**1.4** Selon l'art. 59 LPGA, quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle

soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir. Ces conditions sont remplies en l'espèce.

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

## **2.**

**2.1** L'accord entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP, RS 0.142.112.681) est entré en vigueur le 1<sup>er</sup> juin 2002. A cette date sont également entrés en vigueur son annexe II qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale, le règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté (RS 0.831.109.268.1), s'appliquant à toutes les rentes dont le droit prend naissance au 1<sup>er</sup> juin 2002 et ultérieurement et se substituant à toute convention de sécurité sociale liant deux ou plusieurs Etats (art. 6 du règlement), et enfin le règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relatif à l'application du règlement (CEE) n° 1408/71 (RS 0.831.109.268.11). Selon l'art. 3 du règlement (CEE) n° 1408/71 les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne et les ressortissants suisses bénéficient de l'égalité de traitement. Selon l'art. 20 ALCP, sauf disposition contraire découlant de l'annexe II, les accords de sécurité sociale bilatéraux entre la Suisse et les Etats membres de la Communauté européenne sont suspendus dès l'entrée en vigueur du présent accord, dans la mesure où la même matière est régie par le présent accord. Dans la mesure où l'accord, en particulier son annexe II qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8 ALCP) ne prévoit pas de disposition contraire, l'organisation de la procédure de même que l'examen des conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité suisse ressortissent au droit interne suisse.

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

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

### **3.**

**3.1** Selon l'art. 2 LPGA, les dispositions de ladite loi sont applicables aux assurances sociales régies par la législation fédérale si et dans la mesure où les lois spéciales sur les assurances sociales le prévoient.

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

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

### **4.**

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

- être invalide au sens de la LPGA et de la LAI (art. 8 LPGA, 4, 28, 29 al. 1 LAI);

- compter une année entière au moins de cotisations (art. 36 al. 1 LAI).

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 LPGGA 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 LPGGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGGA).

**5.2** Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2004, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. Auparavant les seuils déterminants étaient de 40% pour un quart de rente, de 50% pour une demi-rente et de 66<sup>2</sup>/<sub>3</sub>% pour une rente entière. Les rentes correspondant à un degré d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse (art. 28 al. 1<sup>er</sup> LAI). Toutefois, depuis l'entrée en vigueur des Accords sur la libre circulation des personnes, les ressortissants suisses et de l'Union européenne qui présentent un degré d'invalidité de 40% au moins, ont droit à un quart de rente en application de l'art. 28 al. 1 LAI à partir du 1<sup>er</sup> juin 2002 s'ils ont leur domicile et leur résidence habituelle dans un Etat membre de l'UE.

**5.3** Conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à une rente naît dès que l'assuré présente une incapacité durable de 40% au moins (lettre a) ou dès qu'il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (lettre b;

voir ATF 121 V 275 consid. 7). D'après la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, la lettre a s'applique si l'état de santé de l'assuré est stabilisé et a acquis un caractère essentiellement irréversible affectant la capacité de gain dans une mesure suffisamment grave pour justifier l'octroi d'une rente (art. 29 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]), la lettre b si l'état de santé est labile, c'est-à-dire susceptible d'une amélioration ou d'une aggravation (ATF 111 V 22 consid. 2; 99 V 99; 96 V 44). Une atteinte labile peut être considérée comme relativement stabilisée seulement lorsque son caractère a clairement évolué de manière que l'on puisse prévoir que pratiquement aucun changement notable n'interviendra dans un avenir prévisible (ATF 119 V 102 consid. 4a et les références; arrêt du Tribunal fédéral I 342/05 du 27 juillet 2005).

**5.4** Une incapacité de travail de 20% doit être prise en compte pour le calcul de l'incapacité de travail moyenne selon l'art. 29 al. 1 let. b LAI (cf. chiffre marginal 2020 de la Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence dans sa version applicable jusqu'au 31 décembre 2007; Jurisprudence et pratique administrative des autorités d'exécution de l'AVS/AI [Pratique VSI] 1998 p. 126 consid. 3c).

## **6.**

**6.1** La notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI est de nature économique/juridique et non médicale (ATF 116 V 246, consid. 1b). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident, et non la maladie en tant que telle. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

**6.2** Selon une jurisprudence constante, bien que l'invalidité soit une notion juridique et économique les données fournies par les médecins constituent néanmoins un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux peuvent être encore raisonnablement exigés de l'assuré (ATF 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, Revue à l'attention des caisses de compensation (RCC) 1991 p. 329 consid. 1c).

## 7.

**7.1** Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 LPG), l'administration est tenue de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin. En particulier, elle doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a).

**7.2** Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 125 V 352 consid. 3a et les références). Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 V 352 cons. 3b/aa; 118 V 220 consid. 1b et les références). Au sujet des rapports établis par les médecins traitant, le juge peut et doit tenir compte du fait que selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitant consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête. Toutefois le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 353 consid. 3b/dd et les références citées).

## 8.

**8.1** L'intéressé a souffert d'atteintes à la santé d'une certaine importance à compter de mai 2003, mois au cours duquel fut diagnostiqué une sigmoïdite subaiguë avec diverticulose étendue du côlon suivie

d'un séjour en milieu hospitalier pour hémicolectomie gauche vraie. En raison de ces troubles de santé il fut en incapacité de travail à 100% à compter du 6 janvier 2003. Auparavant, notamment en 2002, l'intéressé souffrit d'un syndrome du ménisque au genou droit. En 2004, il présenta également un syndrome semblable au genou gauche. En janvier 2004 fut diagnostiquée une fibrose responsable d'une sténose anastomotique qui a nécessité plusieurs dilatations coloscopiques avec des résultats mitigés qui n'ont que partiellement amélioré le status de l'intéressé. Cette affection a entraîné un status tenu pour invalidant en raison de nécessaires fréquentes exonérations tout au long de la journée. Dix à quinze exonérations par jour sont évoquées par l'intéressé. Parallèlement à ces troubles de santé, auxquels il y a lieu d'ajouter de l'asthme chronique et des plaintes d'essoufflement, l'intéressé apprit sa séropositivité HIV en 2004 et dut se soumettre à une trithérapie qui a entraîné une certaine apathie et asthénie. Il dut également faire face, après le vécu des décès de sa première épouse en 1978 et de sa fille en 1995 tous deux par accident de la route, au fait que sa seconde épouse endura en 2004 deux cancers des seins qui l'ont nécessairement psychologiquement affecté. L'ensemble des faits précités ont engendré chez l'assuré une incapacité de travail au moins partielle pour des raisons somatiques et psychologiques. Le Dr V. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 23 mars 2004 nota cependant que l'intéressé était en mesure de reprendre son activité de mécanicien de précision sur boîtes de montres à moyen terme mais releva un mauvais pronostic de reprise de travail pour des raisons tant physiques que psychiatriques. En juin 2005 l'intéressé reprit une activité au C.E.R.N. à 100% mais dut l'arrêter sur décision du Dr F. \_\_\_\_\_, médecin du travail, notamment en raison de risques théoriques d'irradiation en corrélation avec la séropositivité au HIV. L'intéressé n'a pas entrepris d'autres tentatives de réinsertion professionnelle invoquant notamment ses problèmes de transit.

**8.2** Dans leur rapport d'experts du 17 janvier 2006, les Drs A. \_\_\_\_\_ et E. \_\_\_\_\_ ont noté les bons résultats des analyses sanguines effectuées en avril 2005 et ont relevé le bon état général de l'intéressé, la normalité des systèmes cardiovasculaires, respiratoires et neurologiques, un appareil locomoteur sans particularité notable sous réserve de dorsalgies hautes. Sur le plan psychiatrique, le rapport retient le diagnostic de trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline, trouble anxieux dépressif mixte, versus trouble de l'adaptation, réaction mixte prolongée liée à un facteur de stress per-

sistant. Le rapport souligne cependant que l'état psychique de l'intéressé ne représente pas en soi une limitation de la capacité de travail. Toutefois, le rapport psychiatrique relève que l'incidence de la séropositivité HIV exerce un impact important et qu'une mauvaise évolution clinique ne peut être exclue. Sur ces constatations les experts ont retenu que l'intéressé pouvait travailler 6 heures par jour avec une interruption de 2 heures après 4 heures de travail. Les conclusions du rapport d'experts ont été validées par le Dr M.\_\_\_\_\_ de l'OAIE dans son rapport du 3 avril 2006 qui a retenu une incapacité de travail de 20%. Sur cette base la demande de rente a été rejetée par décision de l'OAIE du 2 mai 2006 qui a repris le pourcentage précité. Bien que cela soit sans incidence in casu, il sied de relever qu'une activité limitée à 6 heures par jour par rapport à l'horaire de 8 heures par jour de son précédent emploi de mécanicien de précision donne lieu à une invalidité de 25% et non de 20%.

Par la suite, l'intéressé n'a produit à l'encontre de cette décision qu'une documentation médicale déjà au dossier, un rapport médical faisant état d'une nouvelle occlusion intestinale et des expertises médicales examinant la question du bien-fondé du traitement médical de l'intéressé en relation avec ses troubles du transit mais non pertinentes sur le plan de l'appréciation d'un status invalidant. Enfin, le 26 janvier 2008 l'intéressé fit parvenir au Tribunal de céans un rapport médical du Dr R.\_\_\_\_\_ daté du 9 janvier 2008 faisant état d'un état anxio-dépressif réactionnel avec idées suicidaires, apathie et asthénie. Ce document médical notant un status bien ultérieur à la date de la décision attaquée ne peut être pris en considération.

**8.3** En conséquence, vu ce qui précède et compte tenu de la documentation médicale au dossier, dont notamment le rapport d'experts du COMAI qui est complet et dont les conclusions ne peuvent être mises en doute par le Tribunal de céans, faute de documents médicaux pertinents, il ne peut être retenu un status invalidant au sens de la LAI, l'assuré étant en mesure d'exercer son activité de mécanicien de précision sur boîtes de montres à un taux de 60% au moins dès le 6 janvier 2004 (une année après le début de l'interruption de travail le 6 janvier 2003). C'est donc à juste titre que l'OAIE a dénié au recourant une rente d'invalidité. Le recours doit ainsi être rejeté. Toutefois, l'intéressé garde le droit de présenter une nouvelle demande de rente s'il devait s'avérer qu'après la date de la décision attaquée son état de santé s'était aggravé.

**9.**

Dans le cadre de cette demande de rente, il est utile de rappeler que, selon un principe général valable en assurances sociales, l'assuré a l'obligation de diminuer le dommage et doit entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui afin d'atténuer autant que possible les conséquences de son invalidité (ATF 115 V 53, 114 V 285 consid. 3, 111 V 239 consid. 2a; cf. aussi ALFRED MAURER, Schweizerisches Sozialversicherungsrecht, vol. II, Berne 1981, p. 377; ULRICH MEYER-BLASER, Zum Verhältnismässigkeitsgrundsatz im staatlichen Leistungsrecht, thèse Berne 1985, p. 131). Dans ce contexte, il convient de souligner que ni l'âge, ni la situation familiale ou économique, un arrêt prolongé de l'activité professionnelle ou même le refus d'exercer une activité médicalement exigible ne constituent un critère relevant pour l'octroi d'une rente d'invalidité (ATF du 28 janvier 2005 dans la cause F. [I 175/04] consid. 3; VSI 1999 p. 247 consid. 1; Pratique VSI 1998 p. 296 consid. 3b).

**10.**

La décision précédant la décision sur opposition litigieuse a été rendue avant le 1<sup>er</sup> juillet 2006, entrée en vigueur de l'art. 69 al. 2 LAI soumettant la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal administratif fédéral à des frais de procédure. Il n'est dès lors pas perçu de frais de procédure conformément aux dispositions transitoires relatives à la modification de la LAI du 16 décembre 2005 lettre c. Vu l'issue du recours, il n'est pas alloué de dépens (art. 64 PA).

Il n'est pas alloué de dépens.

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

**1.**

Le recours est rejeté.

**2.**

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

**3.**

Le présent arrêt est adressé :

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

Le président du collège :

Le greffier :

Francesco Parrino

Pascal Montavon

**Indication des voies de droit :**

La présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, par la voie du recours en matière de droit public, dans les trente jours qui suivent la notification (art. 82 ss, 90 ss et 100 de la loi 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 de la partie recourante (voir art. 42 LTF).

Expédition :