



Cour III
C-4291/2015

Arrêt du 16 janvier 2017

Composition

Madeleine Hirsig-Vouilloz (présidente du collège),
Christoph Rohrer, Caroline Bissegger, juges,
Barbara Scherer, greffière.

Parties

A. _____, France
recourant,

contre

**Office de l'assurance-invalidité pour les assurés
résidant à l'étranger (OAIE),**

Avenue Edmond-Vaucher 18, Case postale 3100,
1211 Genève 2,
autorité inférieure.

Objet

Assurance-invalidité, mesures professionnelles et rente
d'invalidité ; responsabilité de l'Etat (décisions du 29 mai
2015)

Faits :**A.**

A._____ (ci-après : assuré ou recourant), ressortissant franco-marocain né en 1973, a travaillé en Suisse comme frontalier en tant que monteur en chauffage professionnel (cf. attestations des 3 septembre 2007 et 20 juin 2008 de la formation suivie du 3 septembre 2007 au 20 juin 2008 [AI pce 177 p. 3 s.] et titre professionnel du 16 juillet 2008 et ses explications [AI pces 4 p. 1 et 177 pp. 1 s.]). Depuis octobre 2008, il a cotisé à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité suisse (AVS/AI ; extrait du compte individuel du 24 juillet 2012 [AI pce 12 p. 2]).

Il est détenteur de l'autorité parentale sur sa fille née en 2004 (cf. extrait de l'acte de naissance du 3 mai 2011 et jugements des 6 mars 2012 et 13 janvier 2015 [AI pce 2 p. 6 et AI pce 3, TAF pce 1 annexe]).

B.

Le 13 juillet 2012, l'assuré dépose une demande de prestations AI auprès de l'Office cantonal (ci-après : OAI) au motif d'une coronaropathie pour laquelle il est en incapacité de travail depuis le 4 novembre 2011 (AI pce 1).

Dans le cadre de l'instruction du dossier sont notamment versés les documents suivants :

- le rapport d'épreuve d'effort du 9 novembre 2011, signé du Dr B._____, maladies cardio-vasculaire (AI pce 6 p. 4),
- le résultat de l'examen et le rapport médical du 14 novembre 2011, signés du Dr C._____ (AI pce 6 pp. 2 et 7),
- le rapport de la consultation du 16 novembre 2011, établi par le Dr D._____, chirurgie du cœur et des gros vaisseaux (AI pce 6 p. 3),
- le compte-rendu opératoire du 22 novembre 2011 relatif au double pontage coronaire, effectué le 18 novembre 2011 par le Dr D._____ (AI pce 6 pp. 10 s.) et le compte-rendu de l'hospitalisation de l'assuré du 16 au 25 novembre 2011, signé de ce médecin (AI pce 6 pp. 8 s.),
- le bulletin de sortie du 22 décembre 2011 de l'Hôpital duquel il ressort que l'assuré y est entré le 25 novembre 2011 et sorti le 22 décembre 2011 (AI pce 13 p. 15),

- le rapport médical du 17 février 2012 du Dr E. _____ (AI pce 18 pp. 45 ss),
- le rapport médical du 10 mai 2012, établi par le Dr F. _____, médecin généraliste et médecin-conseil de Philos Assurances (AI pce 18 pp. 32 s.),
- le rapport d'épreuve d'effort du 30 mai 2012 ainsi que le certificat de la reprise de travail au 18 juin 2012 à mi-temps, signés du Dr B. _____ (AI pce 18 pp. 34 ss),
- la déclaration d'incapacité de travail maladie de l'employeur du 17 juillet 2012 (AI pce 18 p. 19),
- le certificat médical du 23 juillet 2012 du Dr B. _____ qui conseille une reprise de travail à mi-temps (AI pce 18 p. 4),
- le questionnaire pour l'employeur, rempli et signé le 24 juillet 2012, avec les certificats de salaires 2010 et 2011 et le décompte de salaire de juin 2012 (AI pce 13 pp. 1 à 7),
- le rapport médical du 1^{er} août 2012 du Dr B. _____ qui atteste toujours une incapacité de travail de 50% (AI pce 17),
- le rapport médical du 4 août 2012 du Dr F. _____, médecin traitant, attestant une incapacité de travail de 50% (AI pce 16),
- les différents avis d'arrêt de travail, signés des Drs G. _____, H. _____, et B. _____, attestant une incapacité de travail du 4 novembre 2011 au 9 juillet 2012 (AI pce 13 pp. 9, 10, 12, 14, 16 à 20 et AI pce 18 p. 10),
- le rapport médical du 31 août 2012 du Dr I. _____ du service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR ; AI pce 20),
- le calcul du salaire exigible du 13 novembre 2012 (AI pce 27).

L'OAI invite l'assuré à un entretien d'évaluation pour une réorientation professionnelle qui a lieu le 22 octobre 2012 (AI pce 21). L'office rédige un rapport initial (AI pce 22) et contacte l'employeur de l'assuré (cf. note de suivi du 13 novembre 2012 [AI pce 25]).

Le Dr I. _____ du SRM, de nouveau invité à prendre position dans le dossier, note le 13 novembre 2012 qu'il ressort notamment de la description du poste de travail de l'assuré que l'activité habituelle n'est plus adaptée à son état de santé. Selon ce médecin, l'assuré présente une capacité résiduelle de travail de 50% dans son ancienne activité mais une capacité de travail entière dans une activité adaptée, n'impliquant pas de port de charges de plus de 20 kg et des travaux physiques lourds (AI pce 26).

C.

Par communication du 14 janvier 2013, l'OAI annonce à l'assuré qu'il met en place un reclassement professionnel en vertu de l'art. 17 LAI (AI pce 32). Après discussion avec l'assuré et l'Orif (intégration et formation professionnelle ; cf. proposition/bilan de mesure du 11 janvier 2013 [AI pce 35]), l'OAI communique le 14 février 2013 qu'il prend en charge, du 25 février au 26 mai 2013, les frais pour un stage d'orientation professionnel auprès de l'Orif, dans la section de dessin de bâtiment (AI pce 37). Suite à l'avis du Dr F. _____, l'assuré commence ce stage à 50% ; il est prévu d'augmenter ce taux après 2 à 3 semaines (cf. notes de suivi des 21 et 22 février 2013 [AI pces 39 et 40]).

Sont ensuite produites au dossier en particulier les pièces suivantes :

- le résultat du 17 novembre 2012 de l'ECG ambulatoire (AI pce 45 p. 3),
- le résultat du 18 mars 2013 de la scintigraphie myocardique d'effort et de repos ainsi que de la tomoscintigraphie, établi par les Drs J. _____ et K. _____ (AI pce 45 pp. 4 s.),
- la résiliation du contrat de travail du 20 mars 2013 par l'employeur de l'assuré avec effet au 31 mai 2013 (AI pce 51),
- le bulletin de l'hospitalisation de l'assuré du 27 au 28 mars 2013, signé par le Dr C. _____ (AI pce 45 p. 6),
- le résultat de l'examen par cathétérisme gauche et coronarographie et la prescription médicamenteuse du 28 mars 2013 du Dr C. _____ ainsi que son courrier du même jour au Dr B. _____ duquel il ressort que l'assuré reste symptomatique avec des signes d'angor d'effort un peu fluctuants et qu'il conseille de majorer le traitement médical (AI pce 45 pp. 2 et 7 s.),

- la décision d'indemnité journalière du 4 mars 2013 de la caisse de compensation (CSC) pour la période du 25 février au 31 mars 2013 (AI pce 42),
- les certificats d'arrêt de travail du 5 avril au 6 mai 2013, signés du Dr B. _____ (AI pce 45 p. 1 et pce 48),
- les notes de suivi du 19 avril 2013 desquelles il ressort que l'assuré a eu une alerte cardiaque sans gravité et que selon le Dr I. _____ du SMR une reprise du stage à 50% est exigible (AI pces 49 et 50),
- le courriel du Dr F. _____ indexé le 23 avril 2013 qui estime que l'assuré présente une grosse problématique psychiatrique sous-jacente mais qu'il est d'accord de reprendre son stage à 50% (AI pce 52),
- la communication du 24 avril 2013 de l'OAI, prolongeant le stage d'orientation professionnelle jusqu'au 30 juin 2013 (AI pce 54),
- le bilan du stage du 17 mai 2013 duquel il ressort notamment que l'assuré continue le stage à 50% (AI pce 57),
- la décision d'indemnité journalière du 31 mai 2013 de la CSC pour la période du 27 mai au 30 juin 2013 (AI pce 59),
- l'avis d'arrêt de travail pour un état anxio-dépressif du 7 au 15 juin 2013, signé du Dr L. _____, psychiatre (AI pce 60).

Au terme du stage d'observation à l'Orif le 30 juin 2013, il appert de la note de suivi du 3 juillet 2013 et du rapport d'observation de l'Orif du 9 juillet 2013 (AI pces 62 et 67) que l'assuré n'a jamais pu augmenter son taux d'activité au-delà de 50% principalement à cause de son état anxieux, l'assuré ne pouvant clairement pas assumer un taux de 100%. De plus, le reclassement dans l'activité de dessinateur en bâtiment de type CFC (certificat fédéral de capacité) est déconseillé par le centre, l'assuré n'ayant ni les ressources psychiques, ni intellectuelles. Il est noté que le seul moyen d'arriver à faire projeteur, le métier souhaité par l'assuré, serait par le biais d'une formation pratique en entreprise avec des cours d'appui à côté. Il est convenu qu'il sera mis en place une formation pratique au sein de la section AIP (atelier d'intégration professionnelle) à l'Orif, en septembre/octobre 2013, pour étudier la possibilité d'une telle formation pratique mais aussi pour préformer l'assuré dans d'autres activités plus

manuelles en vue d'une autre formation si la piste de projeteur n'est pas concluante.

D.

Le 5 juillet 2013, l'OAI octroie à l'assuré une indemnité journalière durant le délai d'attente dès le 1^{er} juillet 2013 jusqu'au début de la prochaine mesure professionnelle (AI pce 65). La CSC fixe cette indemnité journalière par décision du 29 juillet 2013 (AI pce 69).

E.

Par communication du 14 octobre 2013, l'OAI informe l'assuré qu'il prend en charge les frais pour une préformation professionnelle à l'Orif du 7 octobre 2013 au 19 janvier 2014 (AI pce 78).

Ultérieurement, sont versées au dossier essentiellement les pièces suivantes :

- le rapport du 24 mai 2013 du Dr D. _____ (AI pce 80 pp. 6 s.),
- le rapport du 12 septembre 2013 établi par le Dr M. _____ qui a tenté sans succès une dilatation de la marginale gauche (AI pce 80 p. 8),
- le rapport médical du 22 octobre 2013 du Dr L. _____ qui observe que l'assuré souffre depuis janvier 2013 d'un état anxio-dépressif réactionnel suite à la maladie organique et qu'il est chez lui en traitement depuis le 19 février 2013 (AI pce 80 pp. 1 à 5),
- la décision d'indemnité journalière du 31 octobre 2013 de la CSC pour la période du 7 octobre 2013 au 19 janvier 2014 (AI pce 82),
- la note de suivi du 8 novembre 2013, informant que l'assuré a été accueilli au sein de l'AIP de l'Orif avec l'accord de l'OAI le 21 octobre 2013 et que le stage a été arrêté ce jour, l'assuré se plaignant d'une aggravation de son état de santé et ne comprenant pas le but de la mesure, estimant perdre son temps. Il y ressort également que le taux de présence était de 50%. Une expertise médicale est recommandée (AI pce 86),
- le rapport médical du 12 novembre 2013 du Dr L. _____ qui note que son patient se trouve dans un état anxieux et dépressif majeur et qu'il présente une personnalité à forte composante psychosomatique. Selon lui, une éventuelle réadaptation professionnelle de l'assuré doit obéir de façon stricte aux impératifs suivants : pas d'efforts physiques

en raison de sa pathologie coronarienne non entièrement solutionnée et pas de stress en raison du fait que celui-ci risque à coup sûr d'aggraver la pathologie coronarienne et de précipiter le patient dans une rechute anxio-dépressive grave (AI pce 88),

- le rapport de l'Orif du 6 décembre 2013 (AI pce 97),
- la prescription médicale du 11 décembre 2013 du Dr N._____, cardiologue (AI pce 102 p. 2),
- les avis d'arrêt de travail du 6 novembre 2013 au 10 janvier 2014 pour un état anxio-dépressif, signés du Dr L._____. (AI pces 85, 96 et 102 p. 1).

F.

Sur avis du Dr I._____. du SMR (AI pce 92), l'OAI met sur place des expertises cardiologiques et psychiatriques.

Il ressort du rapport d'expertise cardiologique du 8 janvier 2014 établi par le Dr O._____, médecin spécialiste FMH en cardiologie, que l'évolution sur le plan cardiologique de l'assuré est favorable avec une amélioration de sa symptomatologie angineuse sous une trithérapie antiangineuse et que malgré l'atteinte de la marginale gauche son pronostic est bon. Il considère que les limitations actuelles de l'assuré sont essentiellement liées au psychisme. Selon cet expert il faudrait proposer à l'assuré une activité adaptée moins physique que celle effectuée jusqu'à maintenant et qui n'est pas perçue comme contraignante au risque d'augmenter le stress de l'assuré sur le plan psychique et mental. Il conseille de commencer avec un travail à temps partiel de l'ordre de 50% avec une possibilité d'augmenter le temps de travail en fonction de l'évolution des symptômes de la lignée dépressive (AI pce 107).

Le Dr P._____, spécialiste FMH psychiatrie et psychothérapie, conclut dans son rapport d'expertise du 22 janvier 2014 que l'assuré ne souffre pas d'un trouble de la personnalité et que la symptomatologie dépressive et anxieuse qui a débuté en automne 2012 est résolue et qu'actuellement aucun diagnostic psychiatrique ne peut être retenu. Selon cet expert, sur le plan psychiatrique la capacité de travail de l'assuré est au moins depuis le 20 janvier 2014 de 100% dans quelque activité que ce soit (AI pce 119).

Par les décisions du 29 janvier 2014 la CSC recalcule les indemnités journalières en tenant compte du supplément pour enfant, pour les

périodes durant le reclassement du 1^{er} avril 2013 au 26 mai 2013, du 27 mai au 30 juin 2013, du 7 octobre au 5 novembre 2013 et pour la période en attente de l'exécution des mesures de réadaptation du 1^{er} juillet au 6 octobre 2013 (AI pce 116).

Sont aussi versés au dossier la décision du 5 février 2014 de Philos Assurance maladie SA, l'assureur perte de gain de l'assuré qui le 9 février 2014 met un terme à ses versements (AI pce 120) ainsi que l'avis d'arrêt de travail pour la période du 10 janvier au 28 février 2014 pour un état anxio-dépressif, signé du Dr L. _____ (AI pce 108).

G.

Par communication du 24 février 2014, l'OAI informe l'assuré qu'il est dès le 10 février 2014 de nouveau apte à une réadaptation professionnelle et qu'il a droit à une indemnité journalière durant le délai d'attente (AI pce 124). La CSC fixe cette indemnité par décision du 28 février 2014 (AI pce 126).

H.

Le 20 mars 2014, afin de ficeler un projet de reclassement, l'OAI octroie à l'assuré une mesure du 11 mars au 4 avril 2014 avec un taux de présence de 50%. Il y est également noté que dès la fin de cette mesure et jusqu'au prochain reclassement, l'assuré a droit à des indemnités journalières d'attente, soit dès le 5 avril 2014 (AI pce 131). La CSC fixe par décision du 4 avril 2014 l'indemnité journalière du 11 mars au 4 avril 2014 (AI pce 135).

Mme Q. _____ rédige le 23 avril 2014 son rapport de fin de mesure (AI pce 138).

Il ressort du bilan du 25 avril 2014, que l'assuré a été informé du principe de l'équivalence prévalant dans l'assurance-invalidité, que l'assurance-invalidité prendra en charge une formation d'une année au maximum mais qu'elle ne validera pas le projet de projecteur en technique de chauffage, les mesures à l'Orif et chez Mme Q. _____ démontrant que l'assuré ne possède pas les connaissances requises pour faire un CFC. Il a été convenu avec l'assuré qu'il cherche un stage dans le domaine de technicien d'immeuble avec l'aide de Mme Q. _____ et qu'il n'aura pas droit au versement d'indemnités journalières tant qu'un projet professionnel concret n'a pas été élaboré (AI pce 137).

Le 4 mai 2014, l'assuré envoie deux courriels à l'OAI. Il informe de ses démarches auprès de plusieurs entreprises visant à trouver un stage,

prend position sur le rapport de Mme Q._____ et demande la prise en charge des cours d'informatiques et de rédaction en français (AI pces 142 et 143).

Il ressort des différentes notes d'entretien qu'une formation de responsable d'immeuble a été proposée à l'assuré pour début juin 2014 (AI pces 147 à 149 ; cf. aussi AI pces 144 et 145).

Par courrier du 22 mai 2014, le Dr R._____, médecin généraliste, demande de l'aide pour son patient afin qu'il puisse reprendre au plus vite une activité professionnelle (AI pce 151).

Les 3 et 4 juin 2014, l'assuré vient aux nouvelles dans son dossier et reformule ses requêtes. Il demande également de pouvoir postuler à un stage pour projeteur en technique du bâtiment chauffage (AI pces 152 et 153).

Sur l'avis de son service juridique de l'OAIE du 5 juin 2014 qui par ailleurs met en doute le droit de l'assuré à des mesures de reclassement (AI pce 154), l'OAI répond à l'assuré le 5 juin 2014 qu'il n'entrera pas en matière sur une formation de projeteur en technique du bâtiment de chauffage, que les cours de français et/ou d'informatique ne pourront être envisagés que s'ils devaient s'avérer indispensables dans le cadre du projet de reclassement qui sera mis en place et qu'il attend de l'assuré de se positionner clairement et par écrit sur la proposition de formation auprès du CEFIL (AI pce 156).

Sont ensuite versées au dossier, notamment les pièces suivantes :

- la note d'entretien du 6 juin 2014 de laquelle il ressort que l'assuré n'a pas commencé la formation de responsable d'immeuble le 6 juin 2014 (AI pce 158),
- la note d'entretien du 20 juin 2014 de laquelle il ressort que l'OAI va mettre en place un stage de préformation au CEFIL (AI pce 163),
- les notes du 1^{er} juillet 2014 desquelles il ressort que selon l'ancien employeur de l'assuré le salaire horaire total de l'assuré s'élevait à 35.23 francs pour 41.5 heures/semaine usuelles dans l'entreprise (AI pces 166 et 167),

- les notes d’entretien du 3 juillet 2014 desquelles il appert que l’assuré réclame notamment des indemnités journalières d’attente depuis le 5 avril 2014 (AI pces 170 et 171).

I.

Par deux courriers du 8 juillet 2014, l’assuré, faisant part de ses problèmes financiers, réclame le versement des indemnités journalières d’attente depuis le 5 avril 2014. Il confirme également son accord pour un stage d’orientation professionnelle au CEFIL et prend une nouvelle fois position sur le rapport de Mme Q. _____ (AI pces 172 et 173). Il joint à ses courriers plusieurs attestations professionnelles et de bonnes conduites ainsi que des factures et avis de sommations (AI pces 174 à 178). Il apporte également les pièces médicales suivantes :

- le rapport médical du 5 juin 2014 du Dr D. _____ (AI pce 179 pp. 2 s.),
- le rapport médical du 6 juin 2014 du Dr N. _____ qui observe qu’une modification du traitement n’est pas indiquée et que la reprise de l’activité de chauffagiste n’est pas envisageable sur le plan cardiologique (AI pce 179 p. 4),
- le compte-rendu du 4 juillet 2014 de passage de l’assuré aux urgences pour une anxiété généralisée (AI pce 179 pp. 5 à 8),
- l’avis d’arrêt de travail du 8 au 31 juillet 2014 pour un trouble anxio-dépressif, signé du Dr L. _____ (AI pce 180).

J.

Suite au courriel du CEFIL du 23 juillet 2014 informant qu’il a fixé avec l’assuré un rendez-vous au 4 septembre 2014 (AI pce 184), l’OAI octroie à l’assuré par communication du même jour un droit à une indemnité journalière durant le délai d’attente du 1^{er} juillet au 31 août 2014 (AI pce 187). La CSC fixe cette indemnité par décision du 25 juillet 2014 (AI pce 189).

Sont ensuite versées au dossier, principalement les pièces suivantes :

- la note du 28 juillet 2014 de l’entretien avec le groupement transfrontalier européen, représentant l’assuré (AI pce 190),
- les courriels électroniques des 5 et 18 septembre 2014 du CEFIL, informant notamment que l’assuré n’a pas encore pris de décision

concernant son souhait de poursuivre la formation de responsable d'immeuble (AI pces 198 et 203).

K.

Par courrier du 20 septembre 2014 (timbre postal), l'assuré demande une décision formelle sur son droit au versement d'indemnités journalières d'attente du 5 avril 2014 au 30 juin 2014 et à compter du 1^{er} septembre 2014 et sur son droit à un stage d'orientation de responsable d'immeuble, respectivement à une formation de projeteur en technique du bâtiment chauffage (AI pce 200 ; cf. également la note d'entretien avec l'assuré du 24 septembre 2014 [AI pce 20]).

Il ressort de la note d'entretien du 24 septembre 2014 avec Monsieur S. _____ du CEFIL que l'assuré peut suivre un pré-stage en entreprise jusqu'au 12 octobre 2014 pour ensuite décider de la poursuite de la formation de responsable d'immeuble et de la formation de « Praticien en agenda 21 » du 8 décembre au 23 janvier 2015 (AI pce 199).

L.

Par communication du 24 septembre 2014, l'OAI octroie un « pré-stage en entreprise » au CEFIL et des indemnités journalières du 1^{er} septembre au 12 octobre 2014 (AI pce 204). L'assuré est informé de ce courrier également par téléphone (note du 24 septembre 2014 [AI pce 202]). Par décision du 29 septembre 2014, la CSC fixe l'indemnité journalière (AI pce 206).

Le 7 octobre 2014, l'assuré informe par courriel qu'il a appris que la profession de responsable d'immeuble envisagée correspondait à la profession de concierge, nécessitant une bonne condition physique et le revenu (18 francs l'heure) ne correspondant pas à ses revenus antérieurs. Il conclut que cette orientation s'avère irréalisable et ne mènerait à rien (AI pce 208).

Sont encore versés au dossier, essentiellement les pièces suivantes :

- la note d'entretien du 7 octobre 2014 avec Monsieur S. _____ du CEFIL de laquelle il ressort notamment que l'assuré n'a pas accepté les possibilités de stages offertes (4 ou 5 places ; AI pce 207),
- le courriel du 8 octobre 2014 de l'OAI à l'assuré, informant qu'ils rendront une décision (AI pce 209),

- le rapport du CEFIL non-daté, intitulé « mesure d'accompagnement » (AI pce 210 à 212),
- le rappel de l'assuré du 24 octobre 2014 et la réponse de l'OAI du 29 octobre 2014 (AI pces 215 et 216),
- le calcul du salaire exigible du 5 novembre 2014 selon les données statistiques 2010 (AI pce 218) et l'avis juridique du même jour (AI pce 219),
- la note d'entretien du 26 novembre 2014, l'assuré venant aux nouvelles dans son dossier et le deuxième rappel de l'assuré du 6 décembre 2014 (AI pces 220 et 222),
- un nouveau calcul du salaire exigible du 12 décembre 2014 selon les données statistiques 2012 duquel il ressort un préjudice économique de 6.33% (AI pce 224),
- les avis d'arrêt de travail du 10 octobre au 31 décembre 2014 pour un état anxio-dépressif, signés du Dr L. _____ (AI pces 213, 214 et 221).

M.

Par projet de décision du 11 décembre 2014, l'OAI communique à l'assuré qu'il entend rejeter sa demande de rente et de mesure de reclassement professionnel, son degré d'invalidité de 6.33% n'y donnant pas droit, mais qu'une aide au placement selon l'art. 18 LAI peut lui être proposée (AI pce 225).

Par courrier du 12 décembre 2014, l'OAI accorde à l'assuré un droit au placement et il est invité à participer à une séance d'information le 13 janvier 2014 (AI pces 226 et 227).

Par projet de décision du 15 décembre 2014, l'OAI informe l'assuré qu'il entend rejeter sa demande de versement de l'indemnité journalière durant le délai d'attente pour la période du 5 avril au 30 juin 2014 (AI pce 228).

Sont encore versés au dossier notamment les documents suivants :

- l'avis d'arrêt de travail du 20 décembre 2014 au 31 janvier 2015, signé du Dr L. _____ (AI pce 231),
- les différents notes et courriers tendant à la fixation de rendez-vous avec l'assuré ainsi que les annulations de ceux-ci (cf. courriers de l'OAI

des 7, 12 et 21 janvier 2015 [AI pces 235, 236, 239] et note du 21 janvier 2015 [AI pce 237], courrier et courriel de l'assuré des 5 et 21 janvier 2015 [AI pces 232, 237]),

- le courrier de l'assuré du 23 janvier 2015 à Monsieur S. _____ du CEFIL et la réponse de ce dernier du 29 janvier 2015 (AI pces 240 p. 1 et 241).

N.

Le 27 janvier 2015, l'assuré fait part de ses objections à l'encontre du projet de décision du 11 décembre 2014, contestant la fixation de ses revenus sans et avec invalidité et soutenant que son taux d'invalidité s'élève au moins à 20% ce qui lui donne droit à des mesures de reclassement professionnel et notamment droit à la formation de type projeteur en technique de chauffage (AI pces 242 et 243 ; cf. aussi la correction du 28 janvier 2014 [AI pce 246]).

Ensuite sont versées au dossier en particulier les pièces suivantes :

- la demande de l'assuré du 30 janvier 2015 d'une prolongation de délai pour déposer des objections et conclusions de l'assuré relative au projet de décision du 15 décembre 2014 (AI pce 249),
- le courrier de l'assuré du 16 février 2015 à Monsieur S. _____ du CEFIL (AI pce 254) et la réponse de ce dernier du 23 février 2015 (AI pce 255),
- une nouvelle demande de prolongation du délai de l'assuré du 2 mars 2015 relative au projet de décision du 15 décembre 2014 (AI pce 259),
- les avis d'arrêt de travail du 30 janvier et 31 mars 2015, signés du Dr L. _____ (AI pces 251 et 260).

O.

Le 4 mars 2015 l'assuré s'oppose au projet de décision du 15 décembre 2014, concluant à l'octroi des indemnités journalières pendant la période d'attente du 5 avril au 30 juin 2014 et à compter du 13 octobre 2014 (AI pce 262). A son appui, il verse au dossier les différentes recherches de stages effectuées au printemps et en automne 2014 (AI pce 265 pp. 2 ss [annexe 2 et 3]).

Sont encore versés au dossier notamment les documents suivants :

- l’avis juridique du 27 mars 2015 (AI pce 268),
- l’invitation de l’assuré par l’OAI pour un entretien avant de statuer sur les différentes demandes et son annulation (AI pces 269, 272 et 274),
- le nouvel avis juridique du 19 mai 2015 (AI pce 277),
- les avis d’arrêt de travail du 27 mars au 31 mai 2015, signés du Dr L. _____ (AI pces 270 et 273).

P.

Par courrier du 19 mai 2015, l’OAI informe l’assuré qu’il maintient entièrement son projet de décision du 11 décembre 2014 mais que le projet de décision du 15 décembre 2015 est réformé dans le sens que l’assuré a droit pour la période du 5 avril au 30 juin 2014 à des indemnités journalières d’attente, celui-ci ayant démontré qu’il a effectué un bon nombre de recherches auprès de régies immobilières pour décrocher une place de stage en tant que technicien de gérance et qu’il avait donc implicitement admis la mesure qui lui a été proposée. En revanche, le projet de décision sera maintenu en ce qui concerne la période à compter de la fin de la mesure au CEFIL, l’assuré n’ayant plus droit à des mesures de reclassement professionnel (AI pce 278).

Par communication du 20 mai 2015, l’OAI informe l’assuré qu’il a droit à une indemnité journalière durant le délai d’attente du 5 avril au 30 juin 2014 (AI pce 281). Le 22 mai 2015, la CSC émet la décision d’indemnité journalière correspondante (AI pce 285).

Q.

Par les deux décisions du 29 mai 2015, l’Office AI pour les assurés résidant à l’étranger (ci-après : OAIE) refuse d’une part la demande de reclassement professionnel et de rente d’invalidité et explique que le degré d’invalidité de 6.33% n’y donne pas droit (AI pce 286 pp. 2 ss). D’autre part, l’office rejette la demande d’indemnités journalières durant le délai d’attente pour la période postérieure au 13 octobre 2014, faisant valoir que l’assuré à la fin du stage au CEFIL n’avait plus été dans l’attente d’une mesure de reclassement (AI pce 287 pp. 2 ss).

L’assuré informe le 5 juin 2015 qu’il n’est plus représenté par son avocat (note d’entretien du 5 juin 2015 [AI pce 288]) et produit encore un avis d’arrêt de travail valable du 25 juin au 31 août 2015, signé du Dr L. _____ (AI pce 289).

R.

Le 7 juillet 2015, l'assuré dépose par le biais de trois écritures recours contre les décisions de l'OAIE auprès du Tribunal administratif fédéral (ci-après : TAF ou Tribunal). En substance, il requiert un reclassement dans la profession de projeteur en technique du bâtiment chauffage et demande un examen approfondi de son dossier, estimant qu'il contient de nombreuses contre-vérités et bizarreries. Il avance également qu'il est en incapacité de travail totale depuis le 10 octobre 2014. En outre, le recourant fait état de ses problèmes financiers, lui ayant causé, d'après lui, des problèmes physiques, psychiques et sociaux pour lesquels il rend les gestionnaires de son dossier AI responsables qui selon lui ont tardé à lui verser l'indemnité journalière d'attente du 5 avril au 30 juin 2014. Sur la base de l'art. 78 LPGA, il demande la mise en responsabilité de ces gestionnaires et une réparation de son dommage (TAF pce 1). A son appui, le recourant verse plusieurs documents, dont en particulier les pièces nouvelles suivantes :

- les certificats d'arrêt de travail du 3 décembre 2012 au 28 février 2013, signés du Dr F. _____,
- le rapport d'épreuve d'effort du 6 mars 2013, signé du Dr B. _____,
- le rapport médical du 17 décembre 2013 du Dr L. _____, faisant état d'un état anxieux et dépressif moyen,
- le recours de l'assuré du 15 juin 2014 contre la décision de Philos Assurances auprès du Tribunal cantonal vaudois,
- le jugement du 13 janvier 2015,
- un état de créances de l'assuré au 10 mars 2015 et les courriers des 10 mars et 23 juin 2015 de la Commission de surendettement,
- un historique du dossier établi par l'assuré et daté du 7 juillet 2015.

Le 13 juillet 2015 (année corrigée), le recourant informe le Tribunal de son absence du domicile du 15 juillet au 26 août 2015 et transmet un certificat médical y relatif ainsi qu'un bordereau des pièces jointes à son recours (TAF pce 3 et annexes).

S.

Par réponse du 3 septembre 2015, l'OAIE, se basant sur la prise de position de l'OAI du 31 août 2015, conclut au rejet du recours, dans la

mesure où il est recevable, et à la confirmation des décisions attaquées. L'Office cantonal avance que le taux d'invalidité de 6,33% ne donne droit ni à un reclassement professionnel, ni à des indemnités journalières après la fin du stage du 12 octobre 2014, ni à une rente d'invalidité. En particulier, l'Office avance que l'assuré n'a pas droit à la prise en charge des frais d'une formation de projecteur en technique de chauffage, afin d'obtenir un certificat fédéral de capacité (CFC) dans ce domaine, une telle formation ne répondant d'ailleurs pas non plus au principe de l'équivalence et aux capacités de l'assuré. Enfin, l'OAI soutient que la demande du recourant en réparation d'un éventuel dommage sort du cadre du présent litige et est donc irrecevable (TAF pce 5 et annexe).

T.

L'assuré s'acquitte de l'avance de frais de procédure présumés de 400 francs dans le délai imparti par le Tribunal (TAF pces 6 à 8).

U.

Sur demande du recourant (TAF pce 9 et annexes), le TAF confirme le 29 septembre 2015 sa compétence en expliquant la situation légale (TAF pce 10).

V.

Par réplique du 8 octobre 2015 le recourant, maintenant son recours, soulève qu'il souffre d'une maladie coronarienne sévère nécessitant un traitement médicamenteux à vie ainsi qu'une surveillance médicale permanente. Par ailleurs, il demande la prise en charge d'un reclassement professionnel dans la profession de projecteur en technique de chauffage (TAF pce 11). Le recourant produit les nouveaux documents suivants :

- le rapport d'épreuve d'effort établi le 11 décembre 2013 par le Dr N. _____,
- la prescription médicale du 26 mars 2015 du Dr R. _____, médecin généraliste,
- une attestation de droit à l'assurance-maladie française valable du 21 septembre 2015 au 20 mars 2016 (TAF pce 11 annexes).

W.

Dans sa duplique du 19 novembre 2015 l'OAIE réitère ses conclusions précédentes, s'appuyant sur la prise de position du 12 novembre 2015 de l'OAI qui relève notamment que l'expert cardiologue, le Dr O. _____, a

réalisé lui-même le 6 janvier 2014 un test d'effort, postérieurement à celui du Dr N. _____ et que cet expert avait conclu de façon circonstanciée à une bonne capacité à l'effort et que seul le port de charges très lourdes a été considéré comme contre-indiqué du point de vue cardiologique. L'exercice à temps plein d'une activité adaptée à cette limitation était dès lors exigible (TAF pce 13 et annexe).

X.

Par courrier du 30 novembre 2015, l'assuré, maintenant sa position, transmet le dernier test d'effort réalisé le 6 novembre 2015 par le Dr N. _____ ainsi que les derniers arrêts de maladie établis par le Dr L. _____, valables du 31 août au 31 décembre 2015 (TAF pce 16 et annexes).

Y.

Le 10 juin 2016, faisant référence à l'art. 59a LAI, l'assuré demande de la part de l'OAIE une décision formelle sur sa responsabilité de suspendre les paiements du 5 avril au 30 juin 2014 ainsi qu'une réparation sur le plan psychologique et d'abus d'autorité. L'OAIE transmet cette demande pour compétence au TAF (TAF pce 29 et annexes).

Sur demandes du recourant, le dossier AI et le dossier de la CSC lui sont transmis les 6 juillet, 4 octobre et 9 novembre 2016 (TAF pces 24 à 27, 32 à 35 et 38 à 40).

Le 14 octobre 2016, l'assuré présente auprès du Tribunal une nouvelle requête sur la responsabilité au sens de l'art. 78 LPGA, accompagnée d'une demande d'assistance judiciaire totale et ses annexes ainsi que d'un historique (TAF pce 36 et annexes).

L'assuré vient plusieurs fois aux nouvelles dans son dossier, notamment les 10 février, 19 avril, 2 mai et 30 novembre 2016 (cf. TAF pces 18 à 21, 23, 41).

Droit :

1.

1.1 En vertu des art. 31 et 33 let. d de la loi sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32) ainsi que de l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), le TAF connaît des recours

interjetés contre les décisions de l'OAIE. Les exceptions de l'art. 32 LTAF ne sont pas réalisées en l'espèce.

1.2 La procédure devant le Tribunal en matière d'assurances sociales est régie par la loi sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) dans la mesure où la LTAF, la loi sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) ou la LAI ne sont pas applicables (cf. art. 3 let. d^{bis} PA en relation avec art. 37 LTAF, art. 2 LPGA et art. 1 al. 1 LAI).

1.3 Le recourant a qualité pour recourir contre la décision de l'OAIE, étant touché par celle-ci et ayant un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée (cf. art. 59 LPGA).

1.4 Le recours a été déposé en temps utile ainsi que dans les formes requises par la loi (cf. art. 60 LPGA et art. 52 PA) et l'avance sur les frais de procédure a été dûment acquittée (cf. art. 63 al. 4 PA).

Par conséquent, le recours est recevable et le Tribunal de céans entre en matière sur le fond.

2.

En vertu de l'art. 40 al. 2 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), l'office AI du secteur d'activité dans lequel le frontalier exerce une activité lucrative est compétent pour enregistrer et examiner les demandes présentées par les frontaliers – dans le cas concret il s'agit de l'OAI, l'assuré ayant travaillé en tant que frontalier dans ce canton (AI pce 13 pp. 1 à 7). En revanche, selon l'art. 40 al. 2 in fine RAI, c'est l'OAIE qui notifie les décisions (cf. également courrier du TAF du 29 septembre 2015 [TAF pce 10]).

3.

Le TAF définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement ; l'on parle de maxime inquisitoire (cf. art. 12 PA). En outre, il examine librement et d'office les questions de droit qui se posent, sans être lié par les motifs invoqués à l'appui du recours (cf. art. 62 al. 4 PA), ni par l'argumentation juridique développée par l'autorité inférieure (cf. PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, Droit administratif, Volume II, Les actes administratifs, 3^{ème} édition 2011, p. 300 s.; JÉRÔME CANDRIAN, Introduction à la procédure administrative fédérale, La procédure devant les autorités administratives fédérales et le Tribunal administratif fédéral, 2013, n° 176 et 186 s.). Cependant, l'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les

arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a, 121 V 204 consid. 6c; MOSER/BEUSCH/KNEUBÜHLER, *Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht*, 2^{ème} édition 2013, p. 25 n. 1.55).

4.

4.1 S'agissant du droit applicable dans le temps, il convient de rappeler le principe selon lequel sont en principe déterminantes les dispositions en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui entraîne des conséquences juridiques (ATF 139 V 297 consid. 2.1, 136 V 24 consid. 4.3, 132 V 215 consid. 3.1.1, 130 V 445 consid. 1.2.1). En l'occurrence, la présente cause doit être examinée à l'aune des dispositions en vigueur entre le 13 juillet 2012 (dépôt de la demande de prestations [AI pce 1]) et le 29 mai 2015, date des décisions attaquées (AI pce 282) qui marquent la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 129 V 4 consid. 1.2 et 121 V 366 consid. 1b).

4.2 L'affaire présente un aspect transfrontalier dans la mesure où le recourant, ressortissant franco-marocain, vivant en France, a été assuré en Suisse comme frontalier depuis 2008 (AI pce 12 p. 2]). La cause doit donc être tranchée non seulement au regard des normes du droit suisse mais également à la lumière des dispositions de 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), entrée en vigueur pour la relation avec la Suisse le 1^{er} juin 2002 (ATF 133 V 269 consid. 4.2.1, 128 V 317 consid. 1b/aa).

Depuis la modification de l'annexe II de l'ALCP avec effet au 1^{er} avril 2012 (cf. la décision n°1/2012 du Comité mixte du 31 mars 2012 remplaçant l'annexe II dudit accord sur la coordination des systèmes de sécurité sociale [RO 2012 2345]) sont également déterminants le règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1) ainsi que le règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement n° 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.11; cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_455/2011 du 4 mai 2012 ; à titre d'exemple les arrêts du TAF C-3/2013 du 2 juillet 2013 consid. 3.2 et C-3985/2012 du 25 février 2013 consid. 2.1).

Au sens de l'art. 4 du règlement n° 883/2004, les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne et les ressortissants suisses bénéficient de l'égalité de traitement.

En outre, dans la mesure où l'ALCP et en particulier son annexe II qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8 ALCP) ne prévoient pas de disposition contraire, la procédure ainsi que les conditions à l'octroi des prestations de l'assurance invalidité suisse sont déterminées exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004; ATF 130 V 257 consid. 2.4; à titre d'exemple : arrêts du Tribunal fédéral 8C_329/2015 du 5 juin 2015, 9C_54/2012 du 2 avril 2012, I 376/05 du 5 août 2005 consid. 1).

5.

5.1 L'objet du recours est le bien-fondé des décisions attaquées du 29 mai 2015 par lesquelles l'OAIE a rejeté la demande de reclassement professionnel et de rente d'invalidité du recourant ainsi que son droit aux indemnités journalières d'attente à compter du 13 octobre 2014. Concrètement, le recourant demande le reclassement professionnel dans la profession de projeteur en technique du bâtiment chauffage et un examen approfondi de son dossier.

5.2 S'agissant de la période litigieuse, le Tribunal tient à préciser qu'elle se situe au-delà du 12 octobre 2014, l'OAI ayant accordé au recourant du 25 février 2013 au 12 octobre 2014 des mesures professionnelles et les indemnités journalières correspondantes par les différentes décisions y relatives entrées en force de chose décidée. L'éventuel droit à une rente d'invalidité ne peut en l'occurrence pas non plus naître avant le 13 octobre 2014. En effet, l'art. 7 al. 1 LPGA et l'art. 28 al. 1 let. a LAI consacrent le principe de la priorité de la réadaptation médicale et professionnelle sur la rente d'invalidité selon lequel la rente doit céder le pas aux mesures de réadaptation qui visent à rétablir, à développer et à sauvegarder la capacité de gain de la personne assurée. Le droit à la rente est ainsi subsidiaire aux mesures de réadaptation ce qui implique notamment qu'aux termes de l'art. 29 al. 2 LAI l'assuré n'a pas droit à une rente tant que sont mises en œuvre des mesures de réadaptation et que des indemnités journalières sont allouées à ce titre, aussi dans l'attente de ses mesures, conformément à l'art. 22 LAI (ATF 126 V 241 consid. 5 et 6 et références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_598/2011 du 19 avril 2012 consid. 5.1.2 ; MICHEL VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Commentaire thématique, 2011, ch. 1896 p. 507 et ch. 2016

p. 532). Par contre, il est précisé que l'octroi d'une rente d'invalidité n'exclut pas la mise en œuvre parallèle d'une rente et d'une mesure de réadaptation lorsqu'il existe une proportion raisonnable entre le coût de ces mesures et le résultat positif que l'on peut en attendre (ATF 122 V 77 consid. 3b/bb et références ; MICHEL VALTERIO, op. cit., ch. 2017 p. 533).

5.3 Dès lors, il convient dans un premier temps de déterminer si le recourant a droit à des mesures de reclassement et/ou à une rente d'invalidité à compter du 13 octobre 2014 et s'il a droit à des indemnités journalières dans l'attente d'une mesure de reclassement à partir de cette date. Il est de plus rappelé que l'examen du Tribunal est limité au 29 mai 2015 (cf. consid. 4.1 ci-dessus).

6.

Aux termes de l'assurance-invalidité suisse, il faut comprendre par invalidité, 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 (cf. art. 8 LPGA et art. 4 al. 1 LAI).

En vertu de l'art. 7 al. 1 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. Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de la personne assurée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

Le terme de l'incapacité de gain implique qu'en droit suisse la notion d'invalidité est de nature économique/juridique et non médicale (cf. ATF 116 V 246 consid. 1b). Ainsi, l'assurance-invalidité suisse couvre seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé de la personne assurée ; l'assurance ne couvre pas la maladie en tant que telle.

7.

7.1 Conformément à l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité imminente ont droit aux mesures de réadaptation nécessaires qui sont de nature à rétablir, à maintenir ou à améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels, qu'ils aient ou non exercé une activité lucrative préalable.

Le droit à une mesure de réadaptation présuppose, outre la condition de l'invalidité ou de la menace d'invalidité, que la personne assurée est susceptible, au moins partiellement, d'être réadaptée d'un point de vue objectif et subjectif. Elle n'a donc pas droit à une mesure de réadaptation lorsque sa capacité de réadaptation est inexistante (MICHEL VALTERIO, op. cit., n°1327 p. 366), notamment parce qu'elle n'est pas en état de suivre avec succès les mesures professionnelles (ch. 4010 de la Circulaire sur les mesures de réadaptation d'ordre professionnel [CMRP] de l'Office fédéral des assurances sociales, état au 1er janvier 2016).

N'entrent en considération, pour l'octroi des prestations, que les mesures qui correspondent aux capacités et, dans la mesure du possible, aux dispositions de l'assuré et qui visent à atteindre le but de la réadaptation de manière simple et adéquate (ch. 1006 CMRP). De plus, en règle générale, la personne assurée n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de réadaptation visé, mais non pas aux mesures qui seraient les meilleures dans son cas (ATF 124 V 108 consid. 2a et les références citées; Pratique VSI 1/2000 p. 25, consid. 2a et 2b; RCC 1992 p. 388, RCC 1988 p. 266; MICHEL VALTERIO, op. cit., ch. 1338 s. p. 369).

Selon l'art. 10 al. 1 LAI, le droit prend naissance au plus tôt au moment où la personne assurée fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA.

7.2 Aux termes de l'art. 8 al. 3 let. b LAI, les mesures de réadaptation comprennent notamment les mesures d'ordre professionnel, à savoir l'orientation professionnelle, la formation professionnelle initiale, le reclassement professionnel et le service de placement. Ces prestations sont déterminées dans les art. 15 ss LAI.

7.2.1 En vertu de l'art. 17 LAI, la personne assurée a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend nécessaire le reclassement et si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée.

Le fait que la personne assurée ne puisse plus exercer sa profession antérieure ne suffit pas à lui seul, pour fonder un droit à un reclassement. Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, il faut encore que la personne subisse, en l'absence d'une telle mesure de reclassement, une diminution de sa capacité de gain et présente ainsi une invalidité de l'ordre de 20% au moins dans toute activité raisonnablement exigible et pouvant être exercée sans formation complémentaire (ATF 124 V 108 consid. 2b; ULRICH MEYER/MARCO REICHMUTH, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG), 3^{ème} édition 2014, art. 17 n° 3 s. pp. 201 s.). Il a notamment été précisé qu'un taux de 16% était insuffisant pour ouvrir droit à un reclassement (arrêt du Tribunal fédéral I 118/04 du 13 avril 2006 consid. 3.2 ; MICHEL VALTERIO, op. cit., n° 1692 pp. 454 s.). La perte de gain est calculée selon les mêmes principes que ceux appliqués pour déterminer le degré d'invalidité donnant droit à une rente (Pratique VSI 2/2000 p. 63; RCC 1984 p. 95 ; cf. consid. 13.1 ss ci-dessous).

Le reclassement se définit comme l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité. La notion d'équivalence approximative ne se rapporte pas en premier lieu au niveau de formation en tant que tel (cf. notamment l'art. 6 al. 1bis du règlement sur l'assurance-invalidité [RAVS, RS 831.101]), mais plutôt aux perspectives de gain qu'on peut attendre d'un reclassement (ATF 122 V 79 consid. 3b/bb; RCC 1988, p. 497 consid. 2c). Un reclassement n'est pas nécessité par l'invalidité notamment lorsque l'assuré est suffisamment réadapté et qu'il est possible qu'il prenne un emploi correspondant à ses aptitudes, sans formation supplémentaire (RCC 1963, p. 127 ; cf. aussi ch. 4013 de la Circulaire sur les mesures de réadaptation d'ordre professionnel [CMRP] de l'Office fédéral des assurances sociales, état au 1^{er} janvier 2016).

Le droit aux mesures de reclassement est subordonné à la condition que la personne assurée soit susceptible d'être réadaptée et que ces mesures puissent contribuer à améliorer de manière importante sa capacité de gain ou à la préserver de préjudices ultérieurs. Pour déterminer si cette exigence est remplie, l'administration doit préalablement établir un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2). Ainsi, elles ne seront pas allouées si elles sont, selon toute vraisemblance, vouées à l'échec (arrêt du Tribunal fédéral I 268/03 du 4 mai 2004 consid. 2.2 et référence ; MICHEL VALTERIO, op. cit., n° 1698 p. 456).

7.2.2 Au sens de l'art. 18 al. 1 LAI, intitulé « Placement », la personne assurée présentant une incapacité de travail et susceptible d'être réadaptée a droit à un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié et à un conseil suivi afin de conserver un emploi.

7.3 Selon l'art. 22 al. 1 LAI, la personne assurée a droit à une indemnité journalière pendant l'exécution des mesures de réadaptation prévues à l'art. 8 al. 3 LAI (cf. consid. 7.2) si ces mesures l'empêchent d'exercer une activité lucrative durant trois jours consécutifs au moins, ou s'il présente, dans son activité habituelle, une incapacité de travail (art. 6 LPG) de 50% au moins.

L'indemnité journalière constitue une prestation accessoire s'ajoutant à des mesures de réadaptation déterminées de l'AI. Cela signifie qu'elle ne peut en principe être accordée que si des mesures de réadaptation selon l'art. 8 al. 3 LAI sont appliquées (art. 22 al. 1 LAI) et aussi longtemps qu'elles le sont (ATF 123 V 20 consid. 3a ; MICHEL VALTERIO, op. cit., ch. 1889 p. 505).

Le principe du caractère accessoire aux mesures de réadaptation n'a toutefois pas une portée absolue (ATF 132 V 20 consid. 3a ; MICHEL VALTERIO, op. cit., ch. 1890 pp. 505 s.). Au sens de l'art. 18 RAI, en relation avec l'art. 22 al. 6 LAI, l'assuré qui présente une incapacité de travail de 50% au moins et qui doit attendre le début d'une formation professionnelle initiale ou d'un reclassement professionnel a droit, durant le délai d'attente, à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à l'indemnité naît au moment où l'office AI constate qu'une formation professionnelle initiale ou un reclassement professionnel est indiqué (al. 2).

7.4 Enfin, l'art. 9 al. 1^{bis} LAI précise les conditions d'assurance que la personne assurée doit remplir pour avoir droit à des mesures de réadaptation : le droit aux mesures de réadaptation prend naissance au plus tôt au moment de l'assujettissement à l'assurance obligatoire ou facultative AVS/AI et s'éteint au plus tard à la fin de cet assujettissement.

En conséquence, en principe, dès qu'une personne n'est plus assurée à l'AVS/AI suisse, notamment parce qu'elle ne vit pas en Suisse et n'y travaille plus (cf. art. 1a al. 1 let. a et b de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants [LAVS, RS 831.10]), elle perd son droit aux mesures de réadaptation.

Toutefois, l'ALCP prévoit une clause de prolongation d'assurance qui maintient, à certaines conditions, l'assujettissement à l'AVS/AI suisse

(cf. MICHEL VALTERIO, ch. 1348 p. 372). Ainsi, en vertu du point 8 de la let. i du par. 1 de la Section A de l'Annexe II à l'ALCP, déterminant en l'occurrence (cf. consid. 4.2 ci-dessus), lorsqu'une personne qui exerçait en Suisse une activité lucrative salariée ou non salariée couvrant ses besoins vitaux a dû cesser son activité suite à un accident ou une maladie et qu'elle n'est plus soumise à la législation suisse sur l'assurance-invalidité, elle est considérée comme couverte par cette assurance pour l'octroi de mesures de réadaptation jusqu'au paiement d'une rente d'invalidité ainsi que durant la période pendant laquelle elle bénéficie de ces mesures, à condition qu'elle n'ait pas repris une nouvelle activité hors de Suisse. Le Tribunal fédéral a précisé qu'un travailleur frontalier qui a dû cesser son activité en Suisse pour des raisons de santé et a été mis au bénéfice d'une rente de l'assurance-invalidité suisse (et que des mesures de réadaptation ne sont pas envisagées en parallèle) ne peut par la suite pas prétendre à des mesures de réadaptation (ATF 132 V 244 consid. 6, 55 consid. 6.6).

8.

8.1 Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, la personne assurée a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes :

- sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles,
- il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable,
- au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins.

En vertu de l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente d'invalidité prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA.

8.2 Pour évaluer le taux d'invalidité d'une personne exerçant une activité lucrative, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas devenu invalide (revenu sans invalidité) 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 (revenu avec invalidité; cf. art. 16 LPGA et art. 28a al. 1

LAI). La différence entre ces deux revenus permet de calculer le degré d'invalidité. Il s'agit de la méthode ordinaire de comparaison des revenus.

8.3 La rente d'invalidité est échelonnée selon le degré de l'incapacité de gain. 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%, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 2 LAI).

Les rentes correspondant à un degré d'invalidité inférieur à 50 % sont versées aux ressortissants suisses et aux ressortissants d'un Etat membre de l'Union européenne, à compter de l'entrée en vigueur des nouveaux règlements n° 883/2004, indépendamment de leur domicile et résidence (cf. art. 10 al. 1 du règlement n° 1408/71 [ATV 130 V 253 consid. 2.3] et art. 4 et 7 du règlement n° 883/2004 déterminants malgré l'art. 29 al. 4 LAI).

8.4 Enfin, s'agissant de la condition d'assurance qu'une personne assurée doit remplir pour avoir droit à une rente d'invalidité suisse, il ressort de l'art. 36 al. 1 LAI que tout requérant doit encore avoir versé, lors de la survenance de l'invalidité, des cotisations à l'AVS/AI durant trois années au total, dont au moins une année en Suisse lorsque la personne intéressée a été assujettie à la législation de deux ou plusieurs Etats membre de l'Union européenne (cf. art. 6, 46 par. 1 et 57 par. 1 du règlement n°883/2004; FF 2005 p. 4065).

9.

Conformément à la maxime inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 43 LPGA mais aussi art. 12 PA), l'administration est tenue de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin (PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, op. cit., p. 255).

Concrètement, l'art. 69 al. 1 RAI prescrit que l'office AI examine en premier lieu, au besoin en liaison avec la caisse de compensation compétente, si la personne assurée remplit les conditions d'assurance (cf. consid. 7.4 et 8.4 ci-dessus ; arrêt du Tribunal fédéral I 180/02 du 5 septembre 2003 consid. 2).

Conformément à l'art. 69 al. 2 RAI, si les conditions d'assurance sont remplies, l'Office AI réunit les autres pièces nécessaires pour évaluer le droit aux prestations, en particulier des rapports médicaux. En effet, bien que l'invalidité soit une notion juridique et économique (cf. consid. 6 ci-

dessus), les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé. Précisément, la tâche des médecins consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne assurée est incapable de travailler. Il leur appartient de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé, en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2 et 114 V 310 consid. 3c; RCC 1991 p. 329 consid. 1c).

10.

10.1 Le Tribunal de céans, qui établit les preuves d'office et les apprécie librement (cf. consid. 3 ci-dessus), 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 (ATF 125 V 351 consid. 3a).

10.2 La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier les rapports médicaux.

10.2.1 Avant de conférer pleine valeur probante à une expertise médicale, le Tribunal 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 prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3, 122 V 157 consid. 1c et références). Bien entendu, le médecin consulté doit disposer de la qualification médicale déterminante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1059/2009 du 4 août 2010 consid. 1.2).

10.2.2 Le Tribunal ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément d'éclairer les aspects médicaux d'un état de fait donné grâce à ses connaissances spéciales. En présence d'avis contradictoires, le Tribunal doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt qu'une autre. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions manifestes ou ignore des éléments essentiels ou lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires

objectivement vérifiables – de nature notamment clinique ou diagnostique – aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert (cf. ATF 125 V 351 cons. 3b/aa, 118 V 220 consid. 1b et les références ; aussi arrêts du Tribunal fédéral 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 et 4.1.2, I 131/03 du 22 mars 2004 consid. 2.2). Le simple fait qu'un ou plusieurs avis médicaux divergents ont été produits par la personne assurée – même émanant de spécialistes – ne suffit cependant pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêts du Tribunal fédéral 9C_748/2013 cité consid. 4.1.1, U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

10.2.3 Au sujet des rapports établis par les médecins traitants, il est constant que ceux-ci sont généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient en raison de la relation de confiance qui les unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). 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 351 consid. 3b/dd et les références citées, voir également arrêt du Tribunal fédéral 9C_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2, Plädoyer 2009 p. 72 ss).

11.

En l'occurrence, le TAF remarque initialement que l'assuré remplit les conditions d'assurances citées (consid. 7.4 et 8.4 ci-dessus). Notamment, il a cotisé durant au moins 38 mois à l'AVS/AI suisse (AI pce 12 p. 2).

Il sied dès lors d'examiner si les autres conditions pour avoir droit à des mesures de réadaptation et/ou à la rente à compter du 13 octobre 2014 sont remplies.

12.

En premier lieu, il faut déterminer la capacité résiduelle de travail de l'assuré compte tenu de ses problèmes de santé.

12.1 Il est établi que l'assuré souffre d'une maladie coronarienne sévère qui a nécessité le 18 novembre 2011 en semi-urgence un pontage aorto-coronarien avec la mise en place d'une artère mammaire interne droite sur l'IVA et sur la marginale gauche (cf. notamment le compte-rendu opératoire du 22 novembre 2011 du Dr D. _____ [AI pce 6 pp. 10 s.], rapport d'expertise du Dr O. _____ du 8 janvier 2014 [AI pce 107]). L'assuré a été hospitalisé du 16 novembre au 22 décembre 2011 (AI pce 6 pp. 8 s. et pce 13 p. 15).

En mars 2013, une occlusion thrombotique de la marginale gauche post anastomotique sans anomalie sur les pontages ni autres lésions décrites sur les autres artères a été diagnostiquée ; l'assuré a été hospitalisé les 27 et 28 mars 2013 (cf. rapport du 28 mars 2013 du Dr C._____ [AI pce 45 pp. 7 s.]). Il y a ensuite eu deux essais infructueux de désobstruction de la marginale gauche (cf. rapport du 12 septembre 2013 du Dr M._____ [AI pce 80 p. 8]). En raison de la persistance d'un angor d'effort confirmé, le traitement anti-angineux a été intensifié (cf. rapport d'expertise du Dr O._____ du 8 janvier 2014 [AI pce 107], cf. aussi rapport et prescription médicamenteuse du Dr C._____ du 28 mars 2013 [AI pce 45 pp. 2 et 7 s.], et prescription médicamenteuse du 11 décembre 2013 du Dr N._____ [AI pce 102 p. 2]).

Le Dr O._____ a observé dans son rapport d'expertise du 8 janvier 2014 que l'évolution sur le plan cardiologique est favorable avec à l'heure actuelle une amélioration de la symptomatologie angineuse sous une trithérapie antiangineuse et que le pronostic est bon au vu de la bonne capacité à l'effort et d'une fraction d'éjection normale (AI pce 107).

Le 6 juin 2014, le Dr N._____ note qu'une modification du traitement n'est pas indiquée (AI pce 179 p. 4). Bien que postérieurement à la période litigieuse (cf. consid. 5.3 ci-dessus), ce médecin indique le 6 novembre 2015 que l'épreuve d'effort est positive cliniquement et électriquement (TAF pce 16 annexe).

12.2 Sur le volet psychique, il ressort du rapport de l'expertise psychiatrique du 22 janvier 2014 du Dr P._____, spécialiste FMH psychiatrie et psychothérapie, que l'assuré a développé depuis l'automne 2012 une symptomatologie dépressive et anxieuse (cf. AI pce 119 p. 13) raison pour laquelle sur l'avis de son médecin traitant, le Dr F._____ (cf. notamment courriel du 23 avril 2013 [AI pce 52]), l'assuré a consulté depuis le 19 février 2013 le Dr L._____, psychiatre (AI pce 80 pp. 1 à 5). Ce médecin a alors fait état dans son rapport du 22 octobre 2013 d'un état anxio-dépressif réactionnel suite à la maladie organique (AI pce 80 pp. 1 ss) et dans son rapport du 12 novembre 2013 d'un état anxieux et dépressif majeur ainsi que d'une personnalité à forte composante psychosomatique (AI pce 88) alors que dans son rapport du 17 décembre 2013 il ne mentionne plus qu'un état anxio-dépressif moyen (TAF pce 1 annexe). Dans les avis d'arrêt de travail des 7 juin, 6 et 30 novembre et 17 décembre 2013 le Dr L._____ a signalé un état anxio-dépressif (AI pces 60, 85, 96 et 102 p. 1).

Le Dr P._____, pour sa part, ne retient pas de diagnostics psychiatriques dans son rapport d'expertise (AI pce 119 p. 12). Il explique que l'assuré ne présente pas un trouble de la personnalité ou d'autres pathologies psychiatriques et que la symptomatologie dépressive et anxieuse qui a débuté en 2012 est actuellement résolue tout en précisant qu'il ne peut pas se prononcer avec une certitude absolue sur la période précédente (AI pce 119 p. 15). Il expose également que la mention par le Dr L._____ d'un état anxio-dépressif est imprécise, ne concernant aucune catégorie nosographique selon les classifications psychiatriques actuelles (CIM-10 et DSM-IV-TR). Selon le Dr P._____, il s'agissait probablement d'un trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2 ; AI pce 119 pp. 13 ss). L'expert psychiatre indique également que les limitations psychiatriques avancées par le Dr O._____ dans le rapport d'expertise cardiologique ne pouvaient pas être confirmées, ne reposant par ailleurs sur aucune description d'une symptomatologie correspondante et ayant été avancées par un médecin qui n'est pas psychiatre (AI pce 119 p. 14).

12.3 Quant aux incapacités de travail de l'assuré, le TAF note que les médecins ont attesté au recourant une incapacité de travail de 100% du 4 novembre 2011 au 17 juin 2012 (cf. AI pce 13 p. 9, 10 et 12) et à partir du 18 juin 2012 une capacité de 50% (AI pce 13 p. 19 et pce 18 p. 36). Ce taux a été maintenu par la suite (cf. AI pces 16, 40 et 50) même si dans un premier temps les différents médecins – aussi le Dr B._____ et le Dr F._____ – pensait que l'assuré pouvait assumer une capacité de travail entière (AI pces 18 p. 36, 20, 26 et 40). Il ressort également des stages à l'Orif du 25 février au 30 juin et du 21 octobre au 8 novembre 2013 que l'assuré n'a pas pu augmenter son taux au-delà de 50% (AI pces 62, 67 et 86), principalement à cause de son état anxieux (AI pces 62).

Dans son rapport d'expertise du 22 janvier 2014, le Dr P._____ conclut que l'assuré présente d'un point de vue psychiatrique une capacité de travail entière depuis le 20 janvier 2014 au plus tard dans toute activité professionnelle (AI pce 119 p. 16).

Sur le plan somatique, les médecins pensent que l'assuré ne peut plus exercer, au moins à temps complet, son ancienne activité professionnelle qui est jugée lourde ; le Dr I._____ du SMR a attesté le 13 novembre 2012 une capacité résiduelle de travail de 50% (AI pce 26). Cependant, dans une activité de travail moins lourde, ne nécessitant pas de port de charges de plus de 20 kg et des travaux physiques lourds, ce médecin retient une capacité de travail entière (AI pce 26). L'expert, le Dr O._____, a également noté qu'une activité moins physique que celle

effectuée jusqu'à maintenant devrait être proposée à l'assuré, le port de charge très lourdes n'étant pas la meilleure des options (AI pce 107 p. 2). L'avis du Dr N. _____ va dans le même sens. Il a observé le 6 juin 2014 que la reprise de l'activité de chauffagiste n'est pas envisageable sur le plan cardiologique (AI pce 179 p. 4).

12.4 Le TAF n'a pas de raisons de remettre en question ces constatations médicales. Sur le plan cardiologique, l'évaluation du Dr O. _____ dans son rapport d'expertise du 8 janvier 2014, se basant sur le dossier médical constitué (AI pce 107 p. 1) ainsi que sur ses propres examens (AI pce 107 p. 2), est confirmée par les appréciations des autres médecins. Le rapport d'expertise du Dr P. _____ du 22 janvier 2014 (AI pce 119), quant à lui, contient une anamnèse complète et détaillée (pp. 2 à 9 du rapport) ainsi qu'une description du quotidien de l'assuré (pp. 9 s.) et de ses plaintes (p. 10). Il se fonde de plus sur un examen médical propre (p. 11). La discussion et l'appréciation du cas sont motivées en détail et les conclusions sont convaincantes et concordantes (pp. 12 ss). Dès lors, ces rapports d'expertises, émanant en outre de médecins spécialisés, répondent aux exigences jurisprudentielles (cf. consid. 10.2.1 et 10.2.2).

12.5 Dans le cadre de la présente procédure, le recourant avance en premier lieu que son dossier contient des contrevérités. Pourtant, le TAF ne peut pas suivre le recourant, n'ayant pas pu constater des contradictions dans le dossier médical qui est bien documenté (cf. considérants ci-dessus).

12.6 Le recourant soutient également que son dossier contient des bizarreries. Mais, son allégation manque de précisions et de pertinence.

Notamment, le recourant n'explique pas quel rapport du Dr B. _____ (cf. TAF pce 1) a disparu et en quoi ce rapport ainsi qu'un prétendu rapport du 18 février 2013 du Dr T. _____ de la sécurité sociale française (TAF pce 35 annexe) apporteraient des éléments nouveaux utiles.

Le recourant n'expose pas non plus pourquoi les rapports médicaux qu'il a produits dans le cadre de la présente procédure et qui ne figuraient auparavant pas dans le dossier AI seraient en l'occurrence déterminants – il s'agit des certificats d'arrêt de travail du 3 décembre 2012 au 28 février 2013 du Dr F. _____, le rapport d'épreuve du 6 mars 2013 du Dr B. _____, le rapport d'épreuve du 11 décembre 2013 du Dr N. _____ et le rapport médical du 17 décembre 2013 du Dr L. _____ (TAF pce 1 annexes et TAF pce 11 annexe). Or, le Tribunal constate que ces nouvelles

pièces n'apportent aucun élément nouveau pertinent que l'office intimé aurait ignoré ou qui mettraient en doute les conclusions des médecins consultés. A juste titre, l'OAI soulève notamment que l'expert cardiologue a lui-même effectué le 6 janvier 2014 un test d'effort ainsi qu'un électrocardiogramme. De plus, l'OAI disposait déjà des rapports médicaux du Dr L. _____ des 22 octobre et 12 novembre 2013 (AI pces 80 pp. 1 à 5 et pce 88) et le rapport du 17 décembre 2013 ne mentionne pas de faits nouveaux. Enfin, les incapacités de travail attestées par le Dr F. _____ ne contredisent pas les observations médicales susmentionnées.

S'agissant du prétendu conflit d'intérêt du Dr F. _____ qui a initialement été le médecin traitant du recourant alors qu'il semble également avoir travaillé comme médecin conseil pour le SMR, le recourant ne développe pas non plus son argumentation. En outre, le Tribunal remarque que le Dr F. _____ n'est intervenu dans le dossier que comme médecin traitant de l'assuré (cf. AI pces 16, 39, 40, 52) et qu'il n'a pas collaboré à la préparation des décisions AI dont celles litigieuses du 29 mai 2015 qui se fondent, d'un point de vue médical, principalement sur les expertises médicales des Drs O. _____ et P. _____ ainsi que sur les rapports du Dr I. _____ du SMR. Le fait que le Dr F. _____ aurait travaillé dans d'autres affaires pour l'assurance-invalidité n'est alors pas pertinent. Dès lors, il n'y a pas eu violation de l'art. 36 al. 1 LPGA selon lequel les personnes appelées à rendre ou à préparer des décisions sur des droits ou des obligations doivent se récuser si elles ont un intérêt personnel dans l'affaire ou si, pour d'autres raisons, elles semblent prévenues (cf. aussi art. 10 al. 1 PA), ce qui aurait pu entraîner l'annulation des décisions litigieuses (cf. MOOR/POLTIER, op. cit., p. 274).

Par conséquent, le Tribunal ne saurait admettre les griefs du recourant.

12.7 Le recourant avance qu'il est en incapacité de travail totale depuis le 10 octobre 2014. En effet, selon les différents avis d'arrêts de travail du Dr L. _____ l'assuré est depuis cette date en incapacité de travail pour un état anxio-dépressif (AI pces 213 et 221 ; cf. aussi AI pces 231, 251, 260, 270, 273 et pour la période postérieure au 29 mai 2015 : AI pce 289 et TAF pce 16 annexes).

Toutefois, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la reconnaissance d'une invalidité ouvrant droit à une rente suppose qu'un diagnostic ait été posé selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_575/2015 du 23 mars 2016 consid. 6). Le TAF ne saurait donc se fonder sur les certificats succincts du Dr L. _____ qui ne pose aucun

diagnostic psychiatrique, le Dr P._____, dans le rapport d'expertise ayant expliqué que la mention d'un état anxio-dépressif était imprécise et qu'il ne s'agissait d'aucune catégorie nosographique connue dans les classifications psychiatriques actuelles (AI pce 119 pp. 13 s.). Du reste, le TAF remarque que le Dr L._____ ne motive nullement ses attestations notamment par une description de la symptomatologie observée.

Dès lors, le Tribunal ne saurait retenir que l'assuré souffre depuis le 10 octobre 2014 d'un trouble psychique pouvant constituer une invalidité au sens de la loi.

12.8 Enfin, l'assuré souligne qu'il souffre d'une maladie coronarienne grave (cf. AI pce 107 p. 1), nécessitant un traitement et un suivi médical régulier.

Il est effectivement incontesté que l'assuré souffre d'une maladie cardiologique grave. Cependant, il est rappelé qu'en Suisse ce n'est pas la maladie en tant que telle qui est assurée, mais l'incapacité de gain en résultant (cf. consid. 6 ci-dessus). Or à ce sujet, il ressort clairement des pièces médicales que non seulement le pronostic de la maladie cardiologique est bon (AI pce 107) et que l'état de santé de l'assuré est inchangé (AI pce 179 p. 4, TAF pce 16 annexe) mais que l'assuré présente malgré sa maladie une capacité résiduelle de travail entière dans une profession moins lourde que l'activité de monteur en chauffage (consid. 12.1 et 12.3).

L'argument du recourant tombe alors à faux.

12.9 En conclusion, le Tribunal constate que l'assuré ne présente plus d'incapacités de travail invalidantes depuis le 20 janvier 2014 au plus tard et que dans une activité adaptée, moins lourde physiquement que la profession de monteur de chauffage exercée depuis 2008, n'impliquant pas le port de charges supérieures à 20 kg et des travaux physiques lourds, sa capacité résiduelle de travail est totale.

13.

Il s'agit ensuite d'examiner le taux d'invalidité du recourant pouvant lui donner droit à un reclassement professionnel et/ou à une rente d'invalidité.

13.1 En vertu des art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI, le taux d'invalidité d'une personne exerçant une activité lucrative est fixé d'après la méthode ordinaire de comparaison des revenus. Ainsi le revenu que la personne assurée aurait pu obtenir si elle n'était pas invalide (revenu sans invalidité)

est comparé avec celui qu'elle pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée d'elle après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu d'invalide; art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI). La différence entre ces deux revenus permet de calculer le taux d'invalidité.

13.2 Les revenus à comparer doivent être évalués de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, dans la mesure de possible, de se référer aux salaires réellement gagnés par l'assuré avant et après la survenance de ses problèmes de santé. A défaut d'un salaire de référence, un salaire théorique doit être évalué sur la base des statistiques salariales retenues par les enquêtes suisses sur la structure des salaires (ESS), publiées par l'Office fédéral de la statistique (OFS) ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail établies par la CNA (ATF 139 V 592 consid. 2.3, 135 V 297, 126 V 75 consid. 3b/aa et bb ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_719/2015 du 3 juin 2016 consid. 5.1,).

13.3 Le Tribunal fédéral a précisé que pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente. En outre, les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 132 V 393 consid. 2.1, 129 V 222 consid. 4.1 et 4.2 et 128 V 174 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_607/2015 du 20 avril 2016 consid. 5.3.2).

En l'occurrence, les données 2014 sont déterminantes, le droit à la rente pouvant naître au plus tôt en 2014 (cf. consid. 5.2 s.). Lors de l'émission des décisions contestées, ces données n'étaient cependant pas encore connues de sorte que l'Office intimé a fondé son calcul correctement sur les données 2012 et les a indexées à 2014 (AI pce 224).

13.4 Le revenu sans invalidité doit être déterminé sur la base du dernier revenu que l'assuré gagnait auprès de son ancien employeur. Dans le questionnaire pour l'employeur du 24 juillet 2012, celui-ci a indiqué pour 2012 un salaire horaire de 29.65 francs ainsi qu'une durée de travail de 41,5 heures par semaine (AI pce 13 p. 2 ; cf. également AI pce 166 ainsi que le contrat de travail du 2 août 2010 [AI pce 4 p. 2]). Sur invitation de l'OAI, l'employeur a précisé le 1^{er} juillet 2014 qu'il faut ajouter à ce salaire 9,7% pour les vacances (23 jours ouvrables/an) et 8.33% pour le 13^{ème} salaire. Il en résulte un salaire total de 35.23 francs/heure (AI pces 166 et 167), respectivement de 1'462.04 francs/semaine

(x 41,5 heures) et de 69'300.69 francs par année (x 47.4 semaines à 5 jours ouvrables [= 237 jours ouvrables = {5 jours ouvrables x 52 semaines} – 23 jours ouvrables de vacances]). Indexé à 2014, il en résulte un revenu sans invalidité de 70'343.47 francs (2012=2'326, 2014=2'361), proche du montant de 69'583.35 retenu par l'Office intimé (AI pces 219 et 224).

13.5

13.5.1 Pour le revenu d'invalidité, le recourant n'ayant pas repris de travail après son invalidité, l'Office intimé s'est fondé sur les données statistiques alors disponibles, l'ESS 2012 (AI pce 218 ; cf. également ATF 142 V 178 consid. 2.5.7 selon lequel les données de l'ESS 2012 sont applicables aux cas de premières demandes de rente). Il a déterminé, conformément à la jurisprudence (ATF 133 V 545 consid. 5.1 et 5.2, 124 V 321 consid. 3b/aa), sur la base du niveau de compétence 1 – concernant des activités physiques ou manuelles simples – de la table TA1_skill_level qui tient compte de tout le secteur privé, un revenu de 5'210 francs pour 40h/semaine usuelles respectivement de 5'431.42 francs pour 41.7h/semaine et de 65'177.04 par an (x 12). Indexé à 2014, il en résulte un salaire annuel de 66'157.77 francs (2012=2'326, 2014=2'361), proche du salaire de 65'177.10 retenu par l'Office intimé (AI pce 224).

13.5.2 L'Office AI n'a pas pratiqué un abattement sur cette valeur statistique alors que dans un premier temps il a déduit 10% en raison des limitations fonctionnelles de l'assuré (AI pce 27). L'OAI explique sa position dans l'avis juridique du 5 novembre 2014 (AI pce 219).

Selon la jurisprudence, dans certains cas, le revenu d'invalidité déterminé d'après les données statistiques doit être réduit afin de tenir compte des circonstances personnelles et professionnelles de la personne assurée (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation), susceptibles de diminuer ses possibilités de réaliser un gain se situant dans la moyenne, applicable aux employés qui ne souffrent pas d'invalidité, sur le marché ordinaire de l'emploi (ATF 134 V 322 consid. 5.1, 126 V 75). La jurisprudence n'admet cependant pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 75 consid. 5). La hauteur de la réduction dépend de chaque cas d'espèce – une réduction automatique n'est pas admissible (arrêt du Tribunal fédéral 9C_187/2011 du 30 mai 2011 consid. 4.2.1) – et relève en premier lieu de l'office AI qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le TAF, lorsqu'il examine l'usage de ce pouvoir d'appréciation pour fixer l'étendue de l'abattement, doit porter son attention sur les différentes solutions qui

s'offraient à l'administration (cf. MICHEL VALTERIO, op. cit., n° 2129 ss) et voir si un abattement plus ou moins élevé (mais limité à 25%) serait mieux approprié et s'imposerait pour un motif pertinent, sans toutefois substituer sa propre appréciation à celle de l'administration (ATF 137 V 71 consid. 5.2, 126 V 75 consid. 6).

En l'espèce, le Tribunal de céans, à l'instar de l'Office intimé, estime qu'il n'est pas indiqué d'effectuer un abattement sur le salaire statistique déterminé. En effet, le Tribunal fédéral a précisé qu'une déduction sur le revenu d'invalidé doit être accordée en particulier lorsque la capacité de travail de l'assuré est réduite même pour des travaux d'ouvriers légers. Si par contre des travaux peu ou moyennement légers restent entièrement exigibles de la part de l'assuré, il n'a pas lieu d'opérer une déduction du salaire statistique déterminé compte tenu de nombreuses activités peu ou moyennement légères (arrêts du Tribunal fédéral 9C_187/2011 cité consid. 4.2.1 et références). Or dans le cas concret, le recourant peut exercer sans limitations des activités moyennement lourdes ou légères (cf. consid. 12.9 ci-dessus) et est donc en mesure d'exercer un très large éventail d'activités diverses sur le marché équilibré de travail. Le revenu d'invalidé déterminé sur la base du niveau de compétence 1 de l'ESS 2012 tient suffisamment compte de cette capacité résiduelle de travail totale et une réduction de 10% pour des limitations fonctionnelles n'est donc pas justifiée. Par ailleurs, le TAF remarque que l'assuré a déjà auparavant travaillé dans différents secteurs (cf. son CV non daté [AI pce 23] et le rapport d'expertise psychiatrique [AI pce 119 pp. 4 s.]) et peut donc profiter de son expérience professionnelle diverse. De plus, à juste titre, l'OAI avance qu'il n'y a pas d'autre facteur pouvant justifier un abattement supplémentaire, le recourant, né en 1973, étant notamment relativement jeune.

Le recourant qui critique que l'OAI a depuis son calcul du 13 novembre 2012 changé de position, n'explique pas pourquoi la position antérieure était mieux fondée que la nouvelle, confirmée en l'occurrence par le TAF. Le grief du recourant est ainsi infondé.

13.5.3 Par conséquent, le revenu d'invalidé déterminant de l'assuré s'élève à 66'157.77 francs.

13.6 La comparaison des revenus fait apparaître une perte de gain de 4'185.70 francs (70'343.47 francs – 66'157.77 francs), correspondant à un taux d'invalidité de 5% (4'185.70 francs / 70'343.47 francs x 100%) ou de 6.33% selon le calcul de l'OAI (AI pce 224). Par ailleurs, le TAF tient à remarquer que même si l'on opérât une réduction de 10% sur le revenu

d'invalide de l'assuré de 66'157.77 francs (= 59'541.99 francs), il n'en résulterait qu'un taux d'invalidité de 15% $([70'343.47 \text{ francs} - 59'541.99 \text{ francs}] / 70'343.47 \text{ francs} \times 100\%)$.

Ces degrés d'invalidité ne donnent droit ni à un reclassement professionnel (cf. consid. 7.2.1) ni à une rente d'invalidité (cf. art. 28 al. 2 LAI cité sous consid. 8.3 ci-dessus). Dans ces conditions, le recourant n'a pas non plus droit à des indemnités journalières, aussi d'attente (cf. consid. 7.3 ci-dessus).

13.7 A toutes fins utiles, le TAF tient à préciser qu'eu égard au taux d'invalidité de l'assuré, il ne faut pas examiner si les autres conditions pour un reclassement dans la profession de projeteur en technique du bâtiment chauffage tel que demandé par le recourant sont remplies, dont notamment la condition de l'équivalence approximative et de la chance de succès d'une telle formation (cf. consid. 7.1 et 7.2.1 ci-dessus). L'argumentation du recourant qui soutient que cette profession est adaptée à son état de santé et ses critiques formulées à l'égard des constatations et comportements des collaborateurs de l'Office AI y relative tombe à faux.

14.

En conclusion, le TAF peut confirmer les décisions des 29 mai 2015, le recourant n'ayant droit ni à un reclassement professionnel ni à une rente d'invalidité. De plus, aucune indemnité journalière ne peut lui être versée au-delà du 12 octobre 2014.

15.

Dans son recours du 7 juillet 2015 (TAF pce 1) ainsi que dans ses requêtes des 10 juin et 14 octobre 2016 (TAF pces 29 et 36 annexes), le recourant, se fondant sur l'art. 59a LAI et 78 LPGA, demande réparation d'un dommage qui lui aurait été causé par les gestionnaires de son dossier AI qui selon lui ont notamment versé avec retard et sans motifs valables des indemnités journalières d'attente du 5 avril au 30 juin 2014 en mai 2015 seulement.

Or, à juste titre, l'OAI relève qu'une telle conclusion excède l'objet du présent litige (TAF pce 5 annexe ; cf. consid. 5.1). En effet, les décisions des 29 mai 2015 déterminent l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En règle générale, le tribunal n'entre pas en matière sur des conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation (ATF 132 V 93 consid. 3.2, 131 V 164 consid. 2.1, 125 V 413 consid. 1a; arrêt du Tribunal fédéral 9C_694/2009 du 31 décembre 2010 consid. 3.1 ;

ULRICH MEYER/ISABEL VON ZWEHL, L'objet du litige en procédure de droit administratif fédéral, Mélanges Pierre Moor, 2005, n° 8 p. 439). Toutefois, selon la jurisprudence, la procédure peut être étendue, pour des motifs d'économie de procédure, à une question en état d'être jugée qui dépasse l'objet de la contestation lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins (ATF 130 V 503, ATF 122 V 36 consid. 2a et les références). Il faut encore que le rapport juridique externe à l'objet de la contestation n'ait pas fait l'objet d'une décision passée en force de chose jugée (FRITZ GYGI, Bundesverwaltungsrecht, 2^{ème} édition 1983, p. 43) et que les droits procéduraux des parties aient été respectés (ULRICH MEYER/ISABEL VON ZWEHL, op. cit., n° 27 p. 446).

En l'espèce, le TAF constate que les conditions pour étendre l'objet de la procédure à la demande en réparation de l'assuré ne sont pas remplies, ni l'OAIE, ni l'OAI n'ayant pris position à ce sujet (TAF pce 5 et annexe). Par ailleurs, le TAF considère qu'il n'est pas opportun de priver l'assuré d'une instance de procédure.

Dès lors, la conclusion du recourant tendant à la réparation d'un préjudice subi n'est pas recevable. Cette requête est transmise à l'OAIE afin qu'une décision soit rendue. L'Office AI prendra également position sur la demande d'assistance judiciaire totale du recourant déposée en relation avec cette dernière procédure ; le TAF transmet à l'OAIE les documents y relatifs (TAF pce 36 et annexes).

16.

Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté dans la mesure où il est recevable et les décisions du 29 mai 2015 sont confirmées.

17.

En vertu de l'art. 63 al. 1 PA selon lequel les frais de procédure sont à la charge de la partie qui succombe, le recourant doit prendre en charge les frais s'élevant à 400 francs. Ce montant est prélevé sur l'avance de frais du même montant, versé par le recourant dans le cadre de la présente procédure (TAF pces 6 à 8).

Le recourant étant débouté, il n'a pas droit à des dépens aux termes de l'art. 64 al. 1 PA et de l'art. 7 al. 1 et 2 du règlement concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS173.320.2) qui permettent au Tribunal d'allouer à la partie ayant

entièrement ou partiellement obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés.

Par ailleurs, selon l'art. 7 al. 3 FITAF, l'autorité inférieure, en qualité d'autorité partie, n'a pas droit aux dépens.

Dès lors, il n'est alloué aucun dépens.

Le dispositif se trouve à la page suivante.

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est rejeté dans la mesure où il est recevable.

2.

Une décision concernant la requête du recourant en réparation d'un dommage et la demande d'assistance judiciaire totale y relative sera rendue par l'Office AI compétent.

3.

Les frais de la présente procédure s'élevant à 400 francs sont à la charge du recourant. Ils sont prélevés sur l'avance de frais du même montant versée par le recourant.

4.

Il n'est pas alloué de dépens.

5.

Le présent arrêt est adressé :

- au recourant (Recommandé avec avis de réception)
- à l'autorité inférieure (n° de réf. ... ; Recommandé ; annexes : requête et demande d'assistance judiciaire totale du 14 octobre 2016 du recourant et annexes)
- à l'Office fédéral des assurances sociales (Recommandé)

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

La présidente du collège :

La greffière :

Madeleine Hirsig-Vouilloz

Barbara Scherer

Indication des voies de droit :

La présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, CH-6004 Lucerne, Suisse 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 sur le Tribunal fédéral [LTF, RS 173.110]). Le mémoire doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve, et être signé. La décision attaquée et les moyens de preuve doivent être joints au mémoire, pour autant qu'ils soient en mains du recourant (art. 42 LTF).

Expédition :