

# **BVGer C-4291/2015 vom 16. Januar 2017**

Bundesverwaltungsgericht, 2017-01-16, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-4291\\_2015](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-4291_2015)

FR: TAF C-4291/2015 du 16 janvier 2017

IT: TAF C-4291/2015 del 16 gennaio 2017

## **Regeste**

Droit à la rente

## **Erwägungen**

### **E. 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.

### **E. 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. dbis PA en relation avec art. 37 LTAF, art. 2 LPGA et art. 1 al. 1 LAI).

### **E. 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).

### **E. 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.

## **E. 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]).

## **E. 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<sup>ème</sup> 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<sup>ème</sup> édition 2013, p. 25 n. 1.55).

#### **E. 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).

#### **E. 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 1er 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 1er 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).

### **E. 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.

### **E. 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 oeuvre 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 oeuvre 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).

### **E. 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).

### **E. 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.

### **E. 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.

### **E. 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.

#### **E. 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), 3ème 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 1er 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).

#### **E. 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.

#### **E. 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).

#### **E. 7.4**

Enfin, l'art. 9 al. 1bis 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).

### **E. 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.

### **E. 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.

### **E. 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).

#### **E. 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).

#### **E. 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).

#### **E. 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).

#### **E. 10.2**

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

##### **E. 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).

### **E. 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).

### **E. 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).

## **E. 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.

## **E. 12**

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

### **E. 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).

### **E. 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).

### **E. 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).

#### **E. 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).

#### **E. 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).

#### **E. 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.

#### **E. 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.

#### **E. 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.

#### **E. 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.

#### **E. 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.

#### **E. 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.

#### **E. 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, ).

#### **E. 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).

#### **E. 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 1er juillet 2014 qu'il faut ajouter à ce salaire 9,7% pour les vacances (23 jours ouvrables/an) et 8.33% pour le 13ème 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).

### **E. 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).

### **E. 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.

### **E. 13.5.3**

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

### **E. 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 opérait une réduction de 10% sur le revenu d'invalidé 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 francs - 59'541.99 francs) / 70'343.47 francs x 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).

### **E. 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.

### **E. 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.

## **E. 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, 2ème 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).

## **E. 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.

## **E. 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.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.