



POUVOIR JUDICIAIRE

A/4142/2015

ATAS/781/2020

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 2 septembre 2020

4^{ème} Chambre

En la cause

MUTUEL ASSURANCES SA, sise rue des Cèdres 5,
MARTIGNY

recourants

Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE, représenté par
MUTUEL ASSURANCES SA

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE

intimé

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Dana DORDEA et Christine LUZZATTO, Juges assesseures

EN FAIT

1. Par courrier du 28 février 2014 réceptionné le 3 mars 2014, Mutuel Assurances SA (ci-après Mutuel ou la recourante) a transmis à l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après l'OAI ou l'intimé) une demande de prestations d'assurance-invalidité (mesures professionnelles et rente) pour Monsieur A_____ (ci-après l'assuré ou le recourant), né le _____ 1963. Elle précisait, qu'en sa qualité d'assureur perte de gain maladie selon la LCA, elle avait indemnisé l'assuré du 30 septembre au 15 novembre 2013 à 100%, puis dès le 16 novembre 2013 à 50%. Dans le cadre de la collaboration interinstitutionnelle et conformément aux délais prévus par la 5^{ème} révision de l'assurance-invalidité, elle demandait, en cas de décision d'octroi de rente, la restitution des prestations versées.
2. Le 9 septembre 2014, l'OAI a informé l'assuré qu'il prenait en charge, au titre de mesure d'intervention précoce, les frais d'un cours de français auprès de B_____, du 9 septembre au 6 octobre 2014, en vue de l'exercice d'une activité adaptée. Les cours auraient lieu de 8h30 à 11h45 du lundi au vendredi et un entretien de suivi était fixé à l'OAI le 29 septembre 2014.
3. Le 30 septembre 2014, l'OAI a informé l'assuré qu'il prendrait en charge les frais liés à la prolongation de son cours de français du 7 octobre au 2 décembre 2014 aux mêmes conditions.
4. Le 2 décembre 2014, B_____ a informé l'OAI, par rapport d'évaluation de fin de cours, que l'assuré avait fait preuve de beaucoup de motivation et qu'il disposait désormais de solides connaissances à l'écrit. Une intégration dans un milieu francophone lui permettrait d'améliorer sa prononciation.
5. Le 9 décembre 2014, le docteur C_____, spécialiste FMH en médecine générale, a attesté que l'assuré pouvait travailler à 100% dès le 1^{er} janvier 2015, sans port de charges de plus de 10 kg.
6. Le 10 décembre 2014, le docteur D_____, du service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), a estimé que six mois après l'arthroscopie de l'épaule de l'assuré, l'évolution était favorable avec restitution des amplitudes et de la force. Celui-ci pouvait donc envisager une reprise professionnelle dès janvier 2015, dans un travail lui permettant d'éviter le port de charges supérieur à 10 kg ainsi que le travail au-dessus de la ceinture scapulaire.
7. Le 15 décembre 2014, l'OAI a informé l'assuré prendre en charge les frais d'une formation « CV minute » organisée le 8 janvier 2015 par E_____.
8. Dans un rapport du 27 janvier 2015, le docteur F_____, du service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG, a indiqué que l'état de santé de l'assuré s'était amélioré depuis le 8 décembre 2014 et qu'il avait été totalement incapable de travailler jusqu'au 5 janvier 2015. Il pourrait reprendre un

travail dès janvier 2015, avec limitations de charges à 10 kg et au-dessus de la ceinture scapulaire

9. À teneur d'un rapport de clôture d'intervention précoce du 26 janvier 2015, comme les derniers rapports médicaux étaient encore en attente, il était laissé le soin au gestionnaire de l'OAI de soumettre le dossier au SMR et le mandat était liquidé.
10. Selon un rapport établi le 22 avril 2015 par la doctoresse G_____, médecin du service médical régional de l'OAI (ci-après le SMR), l'atteinte principale à la santé de l'assuré était une tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche. Il était en incapacité de travail totale depuis le 30 septembre 2013, en raison de douleurs et d'une impotence de l'épaule gauche. Il avait bénéficié initialement d'un traitement conservateur, avec des infiltrations et de la physiothérapie, qui avait permis une évolution relativement favorable et la reprise de l'activité habituelle à 50%, dès le 16 novembre 2013. Malheureusement, cette amélioration ne s'était pas confirmée et l'assuré avait présenté une nouvelle incapacité totale de travail dès le 1^{er} avril 2014, avec une recrudescence des douleurs et une limitation des amplitudes articulaires de l'épaule gauche. L'assuré avait été opéré le 24 juin 2014 (suture et réinsertion ligamentaire). Malgré une évolution favorable, il persistait des limitations fonctionnelles devant faire éviter le port de charges supérieures à 10 kg ainsi que le travail des bras au-dessus de la ceinture scapulaire. L'incapacité de travail dans l'activité habituelle était totale et définitive. Les Drs C_____, F_____ et D_____ attestaient que l'assuré avait retrouvé une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès le 1^{er} janvier 2015.
11. Par projet de décision du 3 juillet 2015, l'OAI a considéré qu'à l'issue du délai d'un an, soit en septembre 2014, l'assuré était au bénéfice de mesures d'intervention précoce qui s'étaient terminées le 26 janvier 2015, soit à la date du rapport de clôture. Dès lors, le cas d'assurance n'était pas réputé survenu pendant lesdites mesures. Le 26 janvier 2015, sa capacité de travail raisonnablement exigible était entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Suite à la comparaison de ses revenus sans invalidité (CHF 58'269.-) et avec invalidité (CHF 59'088.- sur la base des ESS avec un abattement de 10%), le taux d'invalidité était de 0%, ce qui n'ouvrait pas à l'assuré un droit à une rente d'invalidité ou à des mesures professionnelles. En conséquence, sa demande était rejetée.
12. Le 3 septembre 2015, Mutuel a contesté le projet de décision de l'OAI. L'assuré avait déposé sa demande de prestations le 3 mars 2014, alors qu'il était âgé de 51 ans. Depuis le dépôt de cette demande, il n'avait perçu aucune indemnité journalière d'assurance-invalidité. En raison de ses problèmes de santé, il avait présenté, selon les certificats médicaux, une incapacité totale de travail du 30 septembre au 15 novembre 2013, une incapacité de travail de 50% du 16 novembre 2013 au 31 mars 2014 et une incapacité de travail de 100% dès le 1^{er} avril 2014, alors qu'il était employé de H_____. Partant, les conditions prévues à l'art. 28 al. 1 LAI pour l'octroi d'une rente d'invalidité étaient remplies par l'assuré et il fallait admettre que son droit à une rente pouvait prendre naissance au

plus tôt le 3 septembre 2014, soit une fois le délai d'attente de six mois écoulé. L'OAI déniait à tort une rente d'invalidité à l'assuré en se prévalant du fait que le cas d'assurance n'était pas réputé survenu tant que l'assuré se soumettait à des mesures d'intervention précoce. En effet, l'OAI procédait à une appréciation erronée du droit fédéral et de la circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIIAI), valable dès le 1^{er} janvier 2014. L'OFAS précisait dans cette circulaire que le cas d'assurance n'était pas réputé survenu tant que l'assuré percevait une indemnité journalière (art. 22 LAI en corrélation avec l'art. 29 al. 2 LAI) et pendant qu'il se soumettait à des mesures de réadaptation ou à des mesures d'intervention précoce (pratique VSI 2001 p. 148). On déduisait de cette recommandation de l'OFAS (en corrélation par ailleurs avec l'art. 29 al. 2 LAI), que celle-ci n'était applicable que si l'assuré percevait des indemnités journalières de l'OAI, ce qui ressortait également du jugement cité dans la pratique VSI 2001 p. 148 (I 201/00). Or, en l'espèce, l'assuré, bien que soumis à des mesures d'intervention précoce du 30 septembre 2014 au 26 janvier 2015, n'avait pas perçu d'indemnités journalières de l'assurance-invalidité depuis le dépôt de sa demande de prestation le 3 mars 2014. Partant, l'assuré pouvait prétendre à une rente d'invalidité dès le 3 septembre 2014, soit dès la survenance du cas d'assurance.

Selon l'art. 1^{septies} RAI, la phase d'intervention précoce s'achevait soit par la décision relative à la mise en œuvre des mesures de réadaptation prévues à l'art. 8 al. 3 let. a bis et b LAI (let. a), soit par la communication du fait qu'aucune mesure de réadaptation ne pouvait être mise en œuvre avec succès et que le droit à la rente serait examiné (let. b), soit par la décision selon laquelle l'assuré n'avait droit ni à des mesures de réadaptation prévues à l'art. 8 al. 3 let. a bis et b LAI, ni à une rente (let. c). Conformément à la circulaire de l'OFAS sur la détection et l'intervention précoce (CDIP), la phase d'intervention précoce s'étendait du dépôt de la demande de prestations à la notification de la décision de principe (art. 1^{septies} RAI). Elle comprenait, en règle générale, une évaluation, l'élaboration d'un plan de réadaptation et l'établissement des faits pertinents ainsi que les autres mesures d'intervention précoce nécessaires cas échéant.

Au sens de l'art. 49 LAI, l'OAI décidait de mettre en œuvre ou non des mesures de réadaptation (art. 28 al. 1 let. a), douze mois au plus tard après que l'assuré avait fait valoir son droit aux prestations selon l'art. 29 al. 1 LPG. En l'espèce, l'OAI avait rendu son projet de décision plus d'une année après le dépôt de la demande de prestations de l'assuré, soit de manière tardive. En conclusion, il était prié de se prononcer sur l'invalidité de l'assuré et le versement rétroactif d'une rente d'invalidité en sa faveur.

13. Par décision du 27 octobre 2015, l'OAI a confirmé son projet de décision. Les arguments de l'assurance perte de gain ne lui permettaient pas de modifier sa précédente appréciation. Faisant suite à la circulaire CIIAI (ch. 2026), le cas d'assurance n'était pas réputé survenu tant que l'assuré percevait une indemnité

journalière (art. 22 LAI en corrélation avec l'art. 29 al. 2 LAI) et pendant qu'il se soumettait à des mesures de réadaptation ou à des mesures d'intervention précoce.

14. Le 27 novembre 2015, Mutuel, agissant pour elle-même, avec une procuration de l'assuré, a formé recours contre la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice. Elle faisait valoir que les conditions prévues à l'art. 28 al. 1 LAI pour l'octroi d'une rente d'invalidité étaient remplies par l'assuré et qu'il fallait admettre que son droit à une rente avait pris naissance au plus tôt le 3 septembre 2014, soit une fois le délai d'attente d'un an écoulé. L'OAI procédait à une appréciation erronée du droit et de la CIIAI. En conséquence, l'assuré avait droit à une rente d'invalidité dès le 3 septembre 2014, soit dès la survenance du cas d'assurance. Mutuel concluait, préalablement, à la suspension de la procédure jusqu'à droit connu dans une affaire similaire auprès du Tribunal administratif fédéral et, principalement, à l'annulation de la décision de l'OAI du 27 octobre 2015, à l'octroi à l'assuré d'une rente d'assurance-invalidité du 3 septembre au 31 décembre 2014 et la mise à la charge de l'OAI des frais de la cause.

15. Par réponse du 21 décembre 2015, l'intimé a conclu au rejet du recours.

En vertu du principe de la priorité de la réadaptation sur la rente, aucune rente ne pouvait être allouée à l'assuré, dès lors qu'une mesure de réadaptation était susceptible d'avoir une incidence sur la capacité de gain de la personne assurée. La réadaptation étant le but premier de l'assurance-invalidité, ce n'était que lorsque ce but ne pouvait pas être atteint que l'assuré pouvait prétendre à une rente (ATF 123 V 269 p. 272). Les rentes représentaient un revenu de substitution en cas d'invalidité, c'est-à-dire de perte définitive ou du moins de longue durée de la capacité de gain (DUC, Les assurances sociales en Suisse, p. 417).

Conformément au ch. 2026 de la CIIAI, le cas d'assurance n'était pas réputé survenu tant que l'assuré percevait une indemnité journalière (art. 22 LAI en corrélation avec l'art. 29, al. 2 LAI) et pendant qu'il se soumettait à des mesures de réadaptation ou à des mesures d'intervention précoce (Pratique VSI 2001 p. 148).

Aussi, il fallait admettre que le droit à une rente d'invalidité ne prenait pas naissance (moment déterminant) tant que des mesures de réadaptation et d'intervention précoce n'étaient pas terminées, indépendamment du versement d'indemnités journalières.

On ne pouvait considérer que la perception d'indemnités journalières serait une des conditions cumulatives à l'application du ch. 2026 de la CIIAI, étant donné que conformément à l'art. 8 LAI, le droit à des indemnités journalières n'était ouvert qu'en cas de mesures de réadaptation au sens des art. 15 à 18d LAI. En effet, les mesures d'intervention précoce étaient régies par l'art. 7d LAI, alors que lesdites mesures tombaient également sous le coup du ch.2026 de la CIIAI.

Le principe selon lequel la réadaptation primait la rente (ch. 1045 ss CIIAI) avait pour effet que la rente ne devait en principe entrer en ligne de compte qu'à la suite

et à l'issue d'une mesure de réadaptation, voire de l'indemnité journalière correspondante cas échéant (ch. 9001 et 9002 CIIAI). Avant ce moment, une rente ne pouvait être attribuée, avec effet rétroactif que si l'assuré n'était pas (encore) susceptible de réadaptation ou si des mesures d'instruction visant à mesurer la capacité de réadaptation étaient effectuées et que leur résultat démontrait que la réadaptation n'était pas possible (Pratique VSI 1996 p. 200).

L'invalidité ne pouvait ainsi être réputée survenue pendant la durée d'une mesure d'intervention précoce.

En l'espèce, par communications des 9 et 30 septembre, puis du 15 décembre 2014, l'assuré avait été mis au bénéfice d'une mesure d'intervention précoce sous la forme de cours de formation. Dans son rapport de clôture de mesure d'intervention précoce du 26 janvier 2015, le service de réadaptation de l'intimé, suite à l'avis du médecin traitant de l'assuré, avait estimé que celui-ci disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Cette estimation avait été confirmée par le SMR le 22 avril 2015. Ainsi, c'était à juste titre que par décision du 27 octobre 2014, l'intimé avait refusé à l'assuré le droit à toute prestation de l'assurance-invalidité, y compris une rente, le cas d'assurance n'étant pas survenu.

16. Par réplique du 7 janvier 2016, Mutuel a observé que, contrairement à ce qu'affirmait l'intimé, le cas d'assurance était réputé survenu. En effet, l'assuré n'avait pas perçu d'indemnités journalières durant les mesures d'intervention précoce, qui étaient intervenues plus de douze mois après le début de son incapacité de travail. Il n'avait pas eu de mesures de réadaptation qui auraient pu rétablir sa capacité de gain ou d'accomplir ses travaux habituels. Il avait présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant un an, soit depuis le 30 septembre 2013, et, à cette date, il était incapable de travailler à 100%. Les conditions de l'art. 28 al. 1 LAI pour l'octroi d'une rente d'invalidité étaient donc remplies une fois le délai d'attente d'un an écoulé.
17. Par arrêt incident du 8 février 2016 (ATAS/96/2016), la chambre de céans a suspendu l'instance en application de l'art. 14 LPA jusqu'à droit connu dans l'affaire similaire en cours auprès du Tribunal (administratif) fédéral.
18. Le 4 novembre 2019, la chambre de céans a transmis aux parties l'arrêt du Tribunal administratif fédéral attendu.
19. Le 26 novembre 2019, l'intimé a observé que le Tribunal administratif fédéral n'avait pas tranché la question litigieuse de savoir si le droit à la rente pouvait naître pendant l'exécution des mesures d'intervention précoce.
20. Le 16 janvier 2020, Mutuel a relevé que l'intimé s'était prévalu à tort du fait que le cas d'assurance n'était pas réputé survenu tant que l'assuré se soumettait à des mesures de réadaptation ou à des mesures d'intervention précoce pour dénier le droit à une rente d'invalidité de l'assuré. À défaut d'une expertise ou d'une prise de position fondée sur l'avis d'un médecin ayant vu l'assuré au moment de la naissance du droit à la rente, l'instruction faite par l'intimé était insuffisante pour

conclure à une capacité de travail totale. En conséquence, Mutuel maintenait ses conclusions et renvoyait pour le surplus à son recours du 27 novembre 2015.

21. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

La compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.
3. a. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Le recours a été interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).
b. Selon l'art. 59 LPGA, quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir.

Conformément à l'art. 49 al. 4 LPGA, l'assureur qui rend une décision touchant l'obligation d'un autre assureur d'allouer des prestations est tenu de lui en communiquer un exemplaire (1^{ère} phr.). Cet autre assureur dispose des mêmes voies de droit que l'assuré (2^{ème} phr.).

Selon l'art. 68bis al. 5 LAI, lorsqu'un office AI rend une décision qui touche le domaine des prestations d'une institution ou d'un organe d'exécution visés à l'al. 1, let. b à f, il est tenu de leur remettre une copie de la décision.

En l'espèce, il n'apparaît pas clairement, à teneur des écritures de Mutuel, si celle-ci entendait agir en sa qualité d'assureur perte de gain de l'assuré ou seulement pour le compte de ce dernier. Cette question peut toutefois rester ouverte, dès lors que la qualité pour recourir doit être reconnue tant à l'assuré qu'à Mutuel. Cette dernière a en effet la légitimation active en tant qu'assureur directement touché par la décision querellée. Elle a un intérêt digne d'être protégé, qui consiste au constat que la perte de gain subie par l'assuré aurait, au moins en partie, dû être couverte par l'assurance-invalidité et pas seulement par elle. S'agissant de l'assuré, dans la mesure où il a donné à Mutuel une procuration pour recourir et qu'il est directement touché par la décision querellée, il doit également être considéré comme recourant.

c. Le recours est ainsi recevable.

-
4. a. Dans son recours, Mutuel a fait valoir que l'intimé avait considéré à tort que le cas d'assurance n'était pas réputé survenu tant que l'assuré bénéficiait de mesures d'intervention précoce et celui-ci avait droit à une rente d'invalidité du 3 septembre au 31 décembre 2014.

Le 6 janvier 2020, Mutuel a nouvellement fait valoir qu'à défaut d'une expertise ou d'une prise de position fondée sur l'avis d'un médecin ayant vu l'assuré au moment de la naissance du droit à la rente, l'instruction faite par l'intimé était insuffisante pour conclure à une capacité de travail totale.

b. L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui – dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision – constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 414 consid. 1b et 2 et les références citées).

Lorsqu'une rente est allouée et qu'elle est en même temps augmentée, réduite ou supprimée en application des art. 17 LPGa et 88a RAI, il s'agit d'un rapport juridique, certes complexe, mais défini pour l'essentiel uniquement par le montant de la prestation et les périodes pour lesquelles elle est due. Le simple fait que l'étendue et, le cas échéant, la durée du droit à la rente varient au cours de la période couverte par la décision est sans importance sous l'angle de l'objet de la contestation et de l'objet du litige. Lorsque seule la réduction ou la suppression des prestations est contestée, le pouvoir d'examen du juge n'est pas limité au point qu'il doit s'abstenir de se prononcer quant aux périodes à propos desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause (ATF 125 V 413 consid. 2d p. 417, confirmé in ATF 131 V 164 consid. 2.3.3 p. 166 et 135 V 141 consid. 1.4.4 p. 146; voir également arrêt I 99/00 du 26 octobre 2000 consid. 1, in VSI 2001 p. 155).

Selon l'art. 61 let. d LPGa le tribunal cantonal des assurances n'est pas lié par les conclusions des parties; il peut réformer, au détriment du recourant, la décision attaquée ou accorder à ce dernier plus qu'il n'avait demandé; il doit cependant donner aux parties l'occasion de se prononcer ou de retirer le recours. Cette disposition formalise, de manière plus générale, la jurisprudence concernant le respect du droit d'être entendu dans l'éventualité d'une *reformatio in peius* (arrêt du Tribunal fédéral des assurances C 259/03 du 13 février 2004, publié in RJB 140/2004 p. 752 consid. 2 et les références). Cette disposition a d'ailleurs son pendant en procédure genevoise à l'art. 89E LPA.

c. En l'espèce, l'objet du litige est le droit de l'assuré à une rente d'invalidité. Les nouveaux griefs invoqués par la recourante le 6 janvier 2020 ont directement trait au droit de l'assuré à une rente d'invalidité et ils entrent ainsi dans l'objet du litige,

tout comme la question de savoir si le droit à la rente pouvait naître pendant les mesures d'intervention précoce.

5. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). 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 (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).

En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, « l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes : a. 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; b. il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable; c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins ».

Selon l'art. 29 al. 1 LAI, « le droit à la rente 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, mais pas avant le mois qui suit le 18e anniversaire de l'assuré ».

Selon l'art. 29 al. 2 LAI, le droit (à une rente) ne prend pas naissance tant que l'assuré peut faire valoir son droit à une indemnité journalière au sens de l'art. 22.

Selon l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

L'art. 22 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une indemnité journalière pendant l'exécution des mesures de réadaptation prévues à l'art. 8 al. 3, 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 »

Les mesures interventions précoces sont régies par les art. 3a à 3c LAI (détection précoce), 7d LAI (mesures d'intervention précoce), art. 1^{er} à 1^{quinquies} RAI (détection précoce) et art. 1^{septies} à 1^{octies} RAI (mesures d'intervention précoce). Les détails sont réglés dans la Circulaire sur la détection et l'intervention précoces (CDIP), également en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008 (concernant les effets juridiques des circulaires de l'Office fédéral des assurances sociales [OFAS], cf. consid. 4.6). Alors que les dispositions de la LAI et du RAI concernant la détection et l'intervention précoces n'ont pas été modifiées entre leur entrée en vigueur jusqu'à aujourd'hui, la CDIP a par contre fait l'objet de précisions, compléments et modifications, de sorte que la 6^{ème} version de cette circulaire est actuellement en vigueur.

Selon l'al. 1 de l'art. 7d LAI, les mesures d'intervention précoce ont pour but de maintenir à leur poste les assurés en incapacité de travail ou de permettre leur réadaptation à un nouveau poste au sein de la même entreprise ou ailleurs. L'al. 2 de l'art. 7d LAI prévoit les mesures suivantes : adaptation du poste de travail, cours de formation, placement, orientation professionnelle, réadaptation socio-professionnelle, mesures d'occupation.

Selon l'al. 4 de l'art. 7 d LAI, le Conseil fédéral peut compléter la liste des mesures. Il règle la durée de la phase d'intervention précoce et fixe le montant maximal pouvant être consacré, par assuré, aux mesures de ce type.

L'art. 8 al. 2 LAI prévoit que les assurés ont droit aux prestations prévues aux art. 13 et 21, quelles que soient les possibilités de réadaptation à la vie professionnelle ou à l'accomplissement de leurs travaux habituels.

L'art. 8 al. 3 LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent des mesures médicales (let. a), des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle (let. a^{bis}), des mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital) (let. b) et l'octroi de moyens auxiliaires (let. d).

La phase d'intervention précoce commence avec la réception de la demande de prestations de l'assurance-invalidité et s'achève par la décision de principe en vertu de l'art. 1^{septies} RAI. L'établissement des faits pertinents a lieu en parallèle (art. 1^{septies} RAI; ch. 2014 CDIP).

Selon la circulaire concernant l'invalidité et l'impotence (CIIAI), n° 2026, dans sa teneur au 20 janvier 2012, le droit à la rente ne naît pas tant que l'assuré perçoit une indemnité journalière (art. 22 LAI en relation avec l'art. 29 al. 2 LAI) et pendant qu'il se soumet à des mesures de réadaptation (Pratique VSI 2001 p. 148). Elle avait la même teneur depuis le 20 janvier 2012 (version 10).

Dans sa version 14, valable dès le 1^{er} mars 2016, le n° 2026 de la circulaire ne mentionne plus les mesures d'intervention précoce, mais seulement les mesures de réadaptation.

Dans son arrêt C_540/2015 du 22 août 2019, le Tribunal administratif fédéral a jugé qu'il serait tout à fait inapproprié d'admettre que le cas d'assurance ne pouvait pas survenir tant que l'office AI examinait si des mesures d'intervention précoce étaient possibles et ce sur une période qui dépassait largement six mois (ou même douze mois). Une telle pratique ne correspondrait du reste pas à l'art. 29 al. 2 LAI. Le but de l'introduction de la détection et de l'intervention précoces était que l'AI soit informée rapidement d'un cas d'incapacité de travail pour prendre des mesures immédiatement et non d'éviter ou retarder l'octroi de prestations ordinaires. Il convenait en conséquence d'examiner le droit à une rente de l'assuré, comme si le recourant n'avait pas déposé de demande de détection précoce.

Dans un arrêt du 25 juin 2020 (ATAS/550/2020), la chambre de céans a jugé, comme le Tribunal administratif fédéral, que les mesures d'intervention précoce ne pouvaient pas être assimilées à des mesures de réadaptation et qu'on ne pouvait déduire de l'art. 28 al. 1 LAI que l'octroi de mesures d'intervention précoce excluait la survenance du cas assuré.

6. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

- b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur

des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

c. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPG) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; ATF 142 V 58 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

7. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances

sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

8. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).

9. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu réaliser s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 8 al. 1 et art. 16 LPG).

La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; 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 129 V 222 et ATF 128 V 174).

Dans l'hypothèse où un assuré présente une entière capacité de travail dans toute activité lucrative ou lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même table statistique, les revenus avant et après invalidité sont calculés sur la même base. Il est dès lors superflu de les chiffrer avec exactitude, le degré d'invalidité se confondant avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (ATF 119 V 475 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral 8C_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 5.4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 43/05 du 30 juin 2006 consid. 5.2). Même s'il n'est pas indispensable de déterminer avec précision les salaires de références, il n'en demeure pas moins que, dans cette situation, l'évaluation de l'invalidité repose sur des données statistiques. Par conséquent, une réduction supplémentaire du revenu d'invalidité (abattement) est possible en fonction des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (cf. ATF 126 V 75 consid. 7b).

En cas de baisse de rendement, l'abattement doit être appliqué à la part du salaire statistique que l'assuré est toujours susceptible de réaliser malgré sa baisse de rendement et ne saurait en aucun cas être additionné au taux de la diminution de rendement, puis il convient de déduire le résultat obtenu de ladite part salariale. La différence obtenue correspond à la perte de gain effective et donne le taux d'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_692/2017 du 12 mars 2018 consid. 5).

Selon la jurisprudence, le résultat exact du calcul du degré d'invalidité doit être arrondi au chiffre en pour cent supérieur ou inférieur selon les règles applicables en mathématiques. En cas de résultat jusqu'à x,49%, il faut arrondir à x % et pour des valeurs à partir de x,50%, il faut arrondir à x+1 % (ATF 130 V 121 consid. 3.2).

Aux termes de l'art. 88a al.1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RS 831.201 ; RAI), si la capacité de gain s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

10. a. En l'espèce, le recourant a demandé à l'intimé, par le biais de la recourante, l'octroi des prestations de l'assurance-invalidité le 4 mars 2014. Le fait que l'intimé lui ait d'office octroyé des mesures d'intervention précoce jusqu'au 26 janvier 2015, sous la forme de cours de français du 9 septembre au 2 décembre 2014 et d'une formation sur CV le 8 janvier 2015, ne fait pas obstacle à l'ouverture d'un

cas d'assurance, selon les arrêts précités rendus par le Tribunal administratif fédéral et la chambre de céans. Le cas d'espèce est en effet similaire à ceux concernés par ces arrêts.

b. Le droit du recourant à une rente d'invalidité prend en conséquence naissance le 1^{er} septembre 2014, soit un an après le début de l'incapacité de travail durable (le 30 septembre 2013) et six mois après le dépôt de la demande, dès le premier jour du mois, selon l'art. 29 al. 1 et 3 LAI. L'exception de l'art. 29 al. 2 LAI n'est pas remplie en l'occurrence, le recourant n'ayant pas touché d'indemnité journalière, selon l'art. 22 LAI.

c. Mutuel a fait valoir que le cas n'était pas suffisamment instruit pour retenir que l'assuré était totalement capable de travailler dès le 1^{er} janvier 2015. Il n'est en revanche pas contesté, et établi par pièces médicales, que l'assuré a été incapable de travailler à 100% du 30 septembre au 15 novembre 2013, à 50% du 16 novembre 2013 au 31 mars 2014, puis à 100% dès le 1^{er} avril à la fin du mois de décembre 2014.

Il peut donc être retenu que du 1^{er} septembre au 31 décembre 2014, l'assuré était totalement incapable de travailler.

d. Reste à déterminer si l'intimé pouvait retenir, sur la base de l'avis du SMR du 22 avril 2015, que le recourant était totalement capable de travailler dans une activité adaptée dès le 1^{er} janvier 2015.

Selon ce rapport, l'atteinte principale à la santé de l'assuré était une tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche. L'assuré avait été opéré le 24 juin 2014 pour suture et réinsertion ligamentaire. Malgré une évolution favorable, il persistait encore des limitations fonctionnelles devant faire éviter le port de charges supérieures à 10 kg ainsi que le travail des bras au-dessus de la ceinture scapulaire. L'incapacité de travail dans l'activité habituelle était totale et définitive. Dans une activité adaptée, les Drs C_____, F_____ et D_____ attestaient que l'assuré avait retrouvé une pleine capacité de travail dès le 1^{er} janvier 2015.

Force est de constater que tous les médecins du recourant attestent du retour de celui-ci à une capacité de travail dans une activité adaptée dès janvier 2015. Les recourants n'invoquent aucun avis médical attestant d'une incapacité de travail dès cette date. Dans ces circonstances, il ne se justifie pas de procéder à un complément d'instruction sur la capacité de travail du recourant dès le 1^{er} janvier 2015 et c'est à juste titre que l'intimé a retenu qu'elle était entière dans une activité adaptée. Dès avril 2015, le taux d'invalidité du recourant est de 0%, selon le calcul fait par l'intimé, qui n'a pas été remis en cause par les recourants et qui n'appelle pas la critique. Il en résulte que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité jusqu'au 31 mars 2015, soit trois mois après qu'il a recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée (le 1^{er} janvier 2015).

11. En conclusion, le recours sera partiellement admis et la décision du 27 octobre 2015 réformée en ce sens que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} septembre 2014 au 31 mars 2015.

12. a. Selon l'art. 61 let. g LPGA, le recourant qui obtient gain de cause a droit au remboursement de ses frais et dépens. L'assuré qui agit dans sa propre cause sans l'assistance d'un avocat n'a droit à des dépens que si la complexité et l'importance de son affaire exige un investissement en temps et en argent qui dépasse le cadre de ce qu'un individu doit normalement assumer dans la gestion de ses affaires (cf. ATF 133 III 439 consid. 4 p. 446; 115 Ia 12 consid. 5 p. 21; 110 V 72 consid. 7 p. 81; 135 V 473 consid. 3.3 p. 473; arrêt du Tribunal fédéral 9C_62/2015 du 20 novembre 2015 consid. 6.2).

Selon la réglementation légale et la jurisprudence, les assureurs sociaux qui obtiennent gain de cause devant une juridiction de première instance n'ont pas droit à une indemnité de dépens, sauf en cas de recours téméraire ou interjeté à la légère par l'assuré ou lorsque, en raison de la complexité du litige, on ne saurait attendre d'une caisse qu'elle se passe des services d'un avocat indépendant (ATF 126 V 149 consid. 4).

b. En l'espèce, il ne sera pas alloué de dépens aux recourants qui ont agi, sans l'assistance d'un avocat.

13. Un émolument de CHF 500.- sera mis à la charge de l'intimé (art. 69 al. 1bis LAI).

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Réforme la décision rendue par l'intimé le 27 octobre 2015 en ce sens que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} septembre 2014 au 31 mars 2015.
4. La confirme pour le surplus.
5. Met un émolument de CHF 500.- à la charge de l'intimé.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Isabelle CASTILLO

Catherine TAPPONNIER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le