

# **GE\_GERICHTE ATAS/781/2020 vom 2. September 2020**

GE Cour de justice, 2020-09-02, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_781\\_2020](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_781_2020)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/781/2020 du 2 septembre 2020

IT: GE\_GERICHTE ATAS/781/2020 del 2 settembre 2020

## **Erwägungen**

### **E. 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). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

### **E. 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.

### **E. 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 concernant l'obligation d'un autre assureur d'allouer des prestations est tenu de lui en communiquer un exemplaire (1<sup>ère</sup> phr.). Cet autre assureur dispose des mêmes voies de droit que l'assuré (2<sup>ème</sup> 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.

A/4142/2015 - 8/17 -

### **E. 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 doive 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,

A/4142/2015 - 9/17 - tout comme la question de savoir si le droit à la rente pouvait naître pendant les mesures d'intervention précoce.

## **E. 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 1er 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.

A/4142/2015 - 10/17 - 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 LPGA) 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. 1ter à 1quinquies RAI (détection précoce) et art. 1septies à 1octies 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 1er 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 6ème 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. abis), 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).

A/4142/2015 - 11/17 - 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 SI 2001 p. 148). Elle avait la même teneur depuis le 20 janvier 2012 (version 10). Dans sa version 14, valable dès le 1er 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.

## **E. 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 125 256 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 LPGA), 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

A/4142/2015 - 12/17 - 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 LPGa) 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).

## **E. 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

A/4142/2015 - 13/17 - sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 319 consid. 5a).

## **E. 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).

## **E. 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 LPGA). 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).

A/4142/2015 - 14/17 - 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 tablelle 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.

#### **E. 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

A/4142/2015 - 15/17 - 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 1er 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 1er 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 1er avril à la fin du mois de décembre 2014. Il peut donc être retenu que du 1er 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 1er 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 1er 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 1er 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 1er janvier 2015).

A/4142/2015 - 16/17 -

#### **E. 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 1er septembre 2014 au 31 mars 2015.

#### **E. 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.

#### **E. 13**

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

A/4142/2015 - 17/17 -

**PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :**

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