

GE_GERICHTE ATAS/518/2020 vom 25. Juni 2020

GE Cour de justice, 2020-06-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_518_2020

FR: GE_GERICHTE ATAS/518/2020 du 25 juin 2020

IT: GE_GERICHTE ATAS/518/2020 del 25 giugno 2020

Erwägungen

E. 14

Par rapport du 8 juin 2016, le Dr F_____ a indiqué que la situation était stable du point de vue fonctionnel, avec des douleurs supportables, constantes et qui nécessitaient parfois la prise de médicaments, mais pas quotidiennement. Il demeurait une perte de force dans les territoires du nerf ulnaire, mais le reste du status neurologique était sans particularité. L'assuré avait gagné un peu d'amplitude en flexion/extension. La prono-supination restait bloquée. Au niveau de l'épaule, il y avait une flexion active de 160°, mais une abduction limitée à 100°, une rotation externe à 10° avec de bonnes amplitudes passives. Une prothèse totale de coude restait une option envisageable, mais celle-ci devrait être mise en place uniquement

A/1559/2019 - 5/24 - pour traiter les douleurs ne répondant pas bien au traitement conservateur, ce qui n'était pas le cas pour le moment.

E. 15

Le 13 juin 2016, la doctoresse I_____, médecin auprès du service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), s'est ralliée aux conclusions du Dr H_____. Il ressortait des rapports obtenus par l'assureur-accidents que la situation était stabilisée depuis 2014. La capacité de travail était nulle depuis le 15 décembre 2011, puis entière, dès le mois d'octobre 2014, dans toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

E. 16

Le 24 juin 2016, l'assureur-accidents a informé l'assuré qu'il mettait un terme au paiement des soins médicaux, hormis deux consultations annuelles auprès du Dr F_____, deux séries physiothérapie par année et un traitement antalgique. Les indemnités journalières seraient versées jusqu'au 30 octobre 2016.

E. 17

Le 7 novembre 2016, l'OAI a informé l'assuré qu'il mettait en œuvre une mesure d'orientation professionnelle auprès des Établissements publics pour l'intégration (EPI), du 3 janvier au 20 avril 2017. Il a simultanément accordé à l'assuré des indemnités journalières.

E. 18

Par décision sur opposition du 13 janvier 2017, confirmant une décision antérieure datée du 17 novembre 2016, l'assureur-accidents a octroyé à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 12% et une rente d'invalidité de 22%. Sur la base de l'appréciation du Dr H_____, il a retenu que l'assuré n'était pas mono-manuel et demeurait capable d'exercer une activité professionnelle plus légère, moyennant le respect de certaines limitations fonctionnelles (pas de montée d'échelle ou d'échafaudage, ni de port de charge au-delà de

20 kg pour la main droite et 1 kg pour la main gauche). En outre, l'assureur-accidents a dénié tout lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques invoqués par l'assuré et l'accident.

E. 19

Le 27 février 2017, l'OAI a été informé par les EPI que l'assuré était désormais en arrêt de travail.

E. 20

La doctoresse J_____, médecin traitant de l'assuré et spécialiste FMH en médecine interne, a délivré à l'intéressé deux certificats d'arrêt de travail, valables du 24 février au 21 avril 2017.

E. 21

Dans un rapport adressé à l'assurance-invalidité le 27 mars 2017, la Dresse J_____ a fait état de douleurs, d'une impotence du coude gauche, d'une dépression et de cervicalgies. Elle avait constaté une diminution progressive de la thymie, avec actuellement un état dépressif modéré à sévère. La baisse progressive du moral était liée à la non-reconnaissance de la problématique du coude. L'état de santé s'était aggravé depuis la tentative de reprise du travail (stages), laquelle avait échoué en raison de douleurs et d'une impotence. Elle avait prescrit à l'assuré un antidépresseur / somnifère et sa capacité de travail était nulle.

A/1559/2019 - 6/24 - La Dresse J_____ a notamment joint un bilan d'IRM du rachis daté du 13 mars 2017 et émanant du Centre d'imagerie d'Onex, concluant à des discopathies C3 à C6 et L1 à L5, sans conflit disco-radiculaire objectivé.

E. 22

Dans un rapport daté du 13 avril 2017, le docteur K_____, médecin d'arrondissement de l'assureur-accidents et spécialiste en chirurgie, a rappelé que l'accident n'avait provoqué aucune lésion structurelle au niveau du rachis cervical. Le scanner effectué le jour de l'accident n'ayant montré aucune lésion traumatique cervicale, l'accident ne pouvait être mis en relation de causalité avec d'éventuels troubles neuropsychologiques et cervicalgies. Par ailleurs, la situation était stabilisée et les douleurs maîtrisées par des médicaments à la demande. Cela dit, le recourant présentait un manque de force du coude, de l'avant-bras et du poignet gauche, avec un coude qui présentait un flexum résiduel d'au moins 14° et était instable, principalement du côté médial, avec une importante limitation de la pronosupination. Selon le Dr K_____, les limitations fonctionnelles retenues par le Dr H_____ signifiaient que l'on ne pouvait exiger du recourant des mouvements sollicitant le membre supérieur gauche en dehors de l'utilisation occasionnelle de la main gauche pour stabiliser une charge n'excédant pas 1 kg. Le Dr K_____ estimait que ces limitations étaient tout à fait adaptées aux séquelles. Elles se recoupaient largement avec celles retenues par les médecins de la CRR, étant entendu qu'elles comprenaient, par simple bon sens, l'absence de mouvement répétitif avec le membre supérieur gauche. Dans une activité respectant ces limitations fonctionnelles, rien ne justifiait une diminution de la capacité de travail.

E. 23

Dans un rapport daté du 26 avril 2017, les EPI ont indiqué que l'assuré avait travaillé en utilisant sa main gauche uniquement comme point d'appui et avec un rendement fortement

réduit. Il avait par ailleurs démontré une résistance très limitée et un épuisement à la fin des sept semaines. Ses plaintes étaient multiples et son rendement en baisse. Ses capacités d'apprentissage étaient fortement limitées par sa maîtrise insuffisante de la langue française, son absence de formation initiale et un manque de concentration pour les activités plus complexes ou plus longues. Les capacités d'intégration sociale étaient partiellement en adéquation avec le marché de l'emploi, car l'assuré n'avait pas confiance en lui et en l'avenir. Il ne parvenait pas à se projeter dans une nouvelle activité professionnelle compatible avec ses limitations. Le 24 février 2017, l'assuré avait produit un certificat d'arrêt de travail et indiqué qu'il ne pouvait poursuivre la mesure, en raison de son épuisement. L'intéressé était sorti des effectifs des EPI au terme du mandat, le 20 avril 2017.

E. 24

Saisie d'un recours, la CJCAS, par arrêt du 3 octobre 2017 (ATAS/848/2017), a annulé la décision de l'assurance-accidents et a accordé à l'assuré une rente d'invalidité de 25% dès le 1er novembre 2016, ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 25%. Saisi à son tour, le Tribunal fédéral, par arrêt du 30 juillet 2018 (8C_766/2017), a réformé le jugement cantonal, en ce sens qu'il a fixé à 22% le taux de la rente d'invalidité accordée à l'assuré. Les juges fédéraux ont notamment considéré que le

A/1559/2019 - 7/24 - taux d'abattement de 20%, que la juridiction cantonale avait déduit du revenu d'invalidité, était trop élevé et ne pouvait être confirmé.

E. 25

Le 12 juillet 2017, le docteur L_____, du SMR, a relevé qu'à teneur du rapport de la Dresse J_____ de mars 2017, l'assuré semblait présenter un épisode anxio-dépressif réactionnel à sa situation. La situation n'étant pas stabilisée, il convenait d'inviter la Dresse J_____ à compléter un rapport pour connaître l'évolution de l'état psychique. En revanche, l'IRM du rachis effectuée en mars 2017 ne témoignait d'aucun indice de sévérité, notamment aucune compression radiculaire ou médullaire.

E. 26

Dans un rapport adressé à l'OAI le 12 septembre 2017, la Dresse J_____ a indiqué que l'assuré souffrait toujours de douleurs chroniques, qu'il était mono-manuel et que sa réinsertion était impossible. La capacité de travail était nulle, depuis décembre 2011, dans la profession de maçon et une reprise de l'activité professionnelle ou une amélioration de la capacité de travail n'était pas envisageable. La Dresse J_____ a notamment joint un rapport du Dr F_____ du 9 décembre 2016, à teneur duquel l'assuré ne souhaitait pas de nouvelle opération du coude ;

E. 27

Dans un avis daté du 5 mars 2018, la doctoresse M_____, du SMR, a relevé que selon le rapport de la Dresse J_____, le trouble de l'adaptation était sans effet sur la capacité de travail. L'assuré n'était pas au bénéfice d'un suivi spécialisé et la praticienne semblait procéder à une évaluation différente d'un même état de fait. Actuellement, les rapports versés au dossier ne permettaient pas de modifier les conclusions posées par le SMR en juin 2016.

E. 28

Le 15 mai 2018, l'OAI a adressé à l'assuré un préavis de décision, lui accordant une rente entière d'invalidité limitée dans le temps, du 1er décembre 2012 au

E. 31

Invité par l'OAI à compléter un rapport, le Dr N_____ a retenu, le 20 août 2018, le diagnostic incapacitant de troubles dépressifs récurrents sévères, sans symptômes psychotiques (F33.2). Depuis le 24 novembre 2017, l'assuré avait subi des rechutes dépressives sévères, moyennes, puis de nouveau sévères, en lien avec un isolement social et affectif. Les limitations psychiques étaient des troubles de la concentration, un ralentissement psychomoteur, une aboulie, une faible estime de soi, des idées noires et un isolement social. Cinq antidépresseurs différents avaient été prescrits en dépit de quoi la capacité de travail restait nulle.

E. 32

Le 4 octobre 2018, l'OAI a obtenu une lettre de sortie relative au séjour de l'assuré à la Clinique genevoise de Montana, du 28 février au 14 mars 2018, retenant le diagnostic (principal) de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen. L'assuré présentait une thymie diminuée et des angoisses, en lien avec des problèmes familiaux et professionnels. En outre, il était en colère contre la non-reconnaissance de son handicap. Le cadre rassurant de la clinique avait permis une légère amélioration de sa thymie et une diminution de ses angoisses. Il persistait néanmoins une importante fragilité psycho-émotionnelle.

E. 33

Dans un rapport final daté du 20 novembre 2018, la Dresse O_____, du SMR, a rappelé que l'assuré avait été mis en arrêt de travail pour un trouble dépressif par son médecin traitant, la Dresse J_____, dès le 20 mars 2017. Dès le 24 novembre 2017, il avait entamé une prise en charge psychiatrique auprès du Dr N_____, lequel avait clairement décrit un trouble dépressif sévère. Le SMR se ralliait aux conclusions du psychiatre et retenait, dès le 20 mars 2017, une nouvelle incapacité de travail totale, en raison d'un trouble dépressif. S'agissant par ailleurs de l'atteinte au coude gauche, le SMR maintenait les conclusions qu'il avait retenues en juin 2016.

A/1559/2019 - 9/24 -

E. 34

Par décision du 19 mars 2019, l'OAI a accordé à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1er décembre 2012 au 31 décembre 2014, supprimée dès le 1er janvier 2015, puis rétablie dès le 1er mars 2018. Selon le SMR, la capacité de travail de l'assuré était nulle depuis le 15 décembre 2011. À l'issue du délai de carence d'un an, en décembre 2012, son degré d'invalidité s'élevait à 100%, ce qui lui ouvrait droit à une rente entière. Toutefois, en octobre 2014, l'assuré avait recouvré une pleine capacité de travail dans toute activité adaptée, ce dont il ne résultait qu'un degré d'invalidité de 27.6%, entraînant la suppression de la rente au 1er janvier 2015. Suite à la transmission par l'assuré de rapports dans le cadre de la procédure de préavis, l'OAI avait repris l'instruction ; une nouvelle atteinte avait été mise en évidence le 20 mars 2017, laquelle entraînait une totale incapacité de travail. À l'issue d'un nouveau délai de carence arrivant à échéance en mars 2018, l'assuré présentait un degré d'invalidité de 100%, lequel lui donnait à nouveau droit au versement d'une rente entière. Dans sa décision, l'OAI a précisé avoir calculé la rente sur la base d'une durée de cotisations de 6 ans et 10 mois et d'un revenu annuel moyen déterminant de CHF 62'568.-.

E. 35

Par acte du 16 avril 2019, l'assuré a saisi la chambre de céans d'un recours, concluant, sous suite de dépens, à l'annulation de la décision du 19 mars 2019 en tant qu'elle supprimait son droit à la rente du 1er janvier 2015 au 28 février 2018 et fixait le montant de ses rentes d'invalidité sur la base d'une période de cotisations de 6 ans et 10 mois. Il a requis l'octroi, dès le 1er décembre 2012, d'une rente entière d'invalidité pour une durée indéterminée et le renvoi de la cause à l'OAI afin qu'il recalcule sa rente en tenant compte des périodes de cotisation qu'il avait accomplies au Portugal. En premier lieu, le recourant a contesté bénéficier d'une quelconque capacité de travail dès le mois d'octobre 2014 et, corollairement, la suppression de sa rente. Contrairement à ce qu'avait retenu le SMR, son état de santé ne s'était pas amélioré dès octobre 2014 mais péjoré, vu l'émergence d'une symptomatologie psychique. En outre, il avait subi, en février 2015, une énième intervention chirurgicale du coude et du poignet gauche, laquelle l'avait empêché de reprendre toute activité professionnelle. Ce n'était que onze mois après l'opération – soit en janvier 2016 – que le médecin d'arrondissement de la SUVA avait jugé son état de santé stabilisé et qu'il avait chiffré son droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité, tandis que des indemnités journalières lui avaient été versées jusqu'en octobre 2016 et qu'une rente de 22% lui avait été accordée dès novembre 2016. On ne pouvait donc le juger apte au travail dès le mois d'octobre 2014. Si la situation médicale était stabilisée depuis janvier 2016 s'agissant de son bras gauche, son état de santé s'était détérioré depuis lors, avec l'émergence de cervicalgies, de céphalées et de douleurs lombaires, lesquelles l'avaient plongé dans un état dépressif sévère. Celui-ci avait nécessité, dès 2017, un séjour à la Clinique genevoise de Montana. Cette

A/1559/2019 - 10/24 - aggravation, postérieure à l'intervention chirurgicale, était incompatible avec la reprise d'une activité professionnelle. En second lieu, le recourant a reproché à l'OAI de ne pas avoir tenu compte, dans le calcul de sa rente d'invalidité et de la rente complémentaire pour enfant, des 27 années de cotisations qu'il avait accomplies au Portugal. À ce propos, il relevait que selon la jurisprudence, le travailleur ayant exercé son droit à la libre circulation ne devait pas être pénalisé du fait de règlements communautaires par rapport à la situation qui aurait été la sienne s'il avait été régi par la seule législation nationale. En l'occurrence, il avait exercé son droit à la libre circulation en 2007, soit postérieurement à l'entrée en vigueur pour la Suisse de l'Accord sur la libre circulation des personnes et du règlement 1408/71. Le recourant en déduisait que les années durant lesquelles il avait cotisé au Portugal devaient être prises en compte pour chiffrer le montant de ses rentes.

E. 36

Dans sa réponse du 16 mai 2019, l'intimé a conclu à ce que sa décision soit réformée, dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité du 15 décembre 2012 au 31 mars 2016, puis dès le 20 mars 2018. Pour le reste, il a conclu au maintien de sa décision. Invité à se déterminer suite au dépôt du recours, le SMR avait modifié ses conclusions, en ce sens que le début de l'aptitude à la réadaptation devait être fixé au mois de janvier 2016. Une rente devait donc être accordée à l'assuré pour des raisons somatiques du 15 décembre 2012 au 31 mars 2016, puis pour des raisons psychiatriques dès le 20 mars 2018. En revanche, l'office estimait que la prétendue aggravation de l'état de santé somatique alléguée dès janvier 2016 n'était étayée par aucune pièce médicale. S'agissant de la durée de cotisation à prendre en compte dans le calcul de la rente, la Caisse genevoise de compensation,

également invitée à se déterminer, rétorquait que selon la jurisprudence, les périodes d'assurance accomplies à l'étranger ne pouvaient être prises en considération lorsque le droit à la circulation avait été exercée après l'entrée en vigueur de l'Accord sur la libre circulation des personnes. Tel était le cas du recourant, puisqu'il s'était constitué un domicile en Suisse en 2007. C'était donc à juste titre que la rente avait été calculée sur la seule base des 6 années et 10 mois de cotisation effectuées en Suisse.

E. 37

Le recourant a répliqué le 17 juin 2019, persistant dans ses conclusions. Sur la base du dernier avis du SMR, l'intimé lui reconnaissait désormais le droit à une rente entière de décembre 2012 jusqu'à mars 2016, puis à nouveau dès le 20 mars 2018, pour des raisons psychiatriques. Toutefois, il ressortait du dossier qu'il avait entamé, dès le 24 novembre 2017, un suivi psychiatrique auprès du Dr N_____. Ce psychiatre avait attesté une incapacité de travail totale, en raison des limitations psychiques significatives, dès le 24 novembre 2017. Antérieurement, dès 2016, le recourant indiquait avoir bénéficié d'une prise en charge psychiatrique au sein du groupe médical d'Onex, par son médecin traitant, la

A/1559/2019 - 11/24 - Dresse J_____, laquelle lui avait prescrit, vu l'aggravation de son état dépressif et sa perte de poids, un antidépresseur et un arrêt de travail depuis mars 2017. En 2016 déjà, il faisait donc face à une détérioration de sa santé psychique, dont les symptômes (perturbation du sommeil, angoisse, etc.) avaient été traités dans un premier temps par la Dresse J_____, laquelle l'avait adressé chez le Dr N_____. Parallèlement, ses douleurs cervico-dorso-lombaires n'avaient pas connu de rémission, mais s'étaient au contraire exacerbées durant le stage d'observation professionnel mis en place par l'assurance-invalidité. Le recourant a joint : - un rapport de consultation établi le 24 février 2017 par la Dresse J_____, retenant les diagnostics de dépression, cervico-lombalgies sur contractures musculaires, hypertension artérielle et hypercholestérolémie traitées, status post multiples opérations du coude gauche en 2011. La Dresse J_____ décrivait une thymie déprimée, une irritabilité, un sommeil perturbé et des contractures des trapèzes gauches. Elle avait prescrit un arrêt de travail du 24 février au 24 mars 2017 ; - une attestation rédigée par le Dr N_____ le 11 juin 2019, confirmant qu'en raison de limitations fonctionnelles significatives (ralentissement psychomoteur, troubles de la concentration, aboulie, isolement social), la capacité de travail de l'assuré était nulle depuis le 24 novembre 2017. Divers traitements antidépresseurs avaient été tentés. La situation n'était pas stabilisée et une réévaluation de la situation était préconisée dans une année ; - un certificat établi le 11 juin 2019 par la Dresse J_____, à teneur duquel l'assuré s'était vu prescrire des antidépresseurs en mars 2017, en raison d'un état dépressif modéré à sévère depuis plusieurs mois. Vu l'intensité des symptômes dépressifs, la Dresse J_____ l'avait adressé, en novembre 2017, chez le Dr N_____, lequel avait prescrit une hospitalisation à la Clinique genevoise de Montana, en février 2018. Actuellement, l'assuré était toujours suivi par le Dr N_____ et sa psychologue.

E. 38

L'intimé a dupliqué le 8 juillet 2019, persistant dans ses conclusions formulées le 16 mai 2019. Invité à se déterminer sur les nouvelles pièces produites par le recourant, le SMR avait relevé qu'elles confirmaient une totale incapacité de travail depuis le 20 mars 2017. En effet, en raison d'un épisode dépressif modéré à sévère, le Dr J_____ avait prescrit des

antidépresseurs et un arrêt de travail depuis le mois de mars 2017.

E. 39

Par écriture du 23 septembre 2019, le recourant a maintenu que son état de santé ne s'était pas amélioré entre janvier 2015 et février 2018, de sorte que la suppression de la rente était infondée. Contrairement à ce que soutenait l'intimé, il avait continué à être pris en charge pour son coude par le CHUV et par la Dresse J_____. S'il avait effectivement cessé de consulter les HUG en 2014, car il refusait une nouvelle intervention chirurgicale, il s'était adressé au Dr F_____, de la consultation orthopédique du CHUV, lequel avait repris le traitement dès

A/1559/2019 - 12/24 - septembre 2014 et lui avait prescrit des antalgiques. En 2015, il avait bénéficié d'une neurolyse du nerf cubital pratiquée par le Dr G_____, du CHUV. Cette intervention avait permis d'atténuer quelque peu ses douleurs, mais n'avait pas amélioré sa mobilité, puisqu'il avait continué à être gêné par une absence de prosupination. Il avait continué à être suivi par le Dr F_____ jusqu'en décembre 2016, qu'il n'avait ensuite plus consulté, dès lors que celui-ci lui avait seulement proposé l'installation d'une prothèse du coude, ce qu'il avait refusé, vu le grand nombre d'interventions qu'il avait déjà subies. Le recourant a notamment joint un rapport établi par la Dresse J_____ le 22 août 2019 ; l'assuré n'avait plus consulté le Dr F_____ depuis décembre 2016. Ce dernier lui avait adressé le patient afin de poursuivre le traitement conservateur et les antalgiques. Les douleurs chroniques intenses, l'impossibilité de reprendre un travail et la non-reconnaissance de la souffrance par l'assurance-invalidité avaient entraîné un état dépressif sévère, ayant lui-même nécessité une prise en charge par le Dr N_____ et une hospitalisation en février-mars 2018.

E. 40

Le 14 novembre 2019, l'intimé a produit un nouvel avis du SMR, maintenant les conclusions exprimées le 16 mai 2019 et relevant qu'il ne ressortait, des pièces produites par le recourant, aucun élément nouveau.

E. 41

Par écriture du 22 novembre 2019, le recourant a persisté derechef dans son argumentation et ses conclusions. Sur quoi, 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). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable. 3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 – LPA ; RS/GE E 5 10). 4. 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

A/1559/2019 - 13/24 - 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). En l'espèce, dans la décision attaquée, l'intimé a accordé à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1er décembre 2012 au 31 décembre 2014, supprimée dès le 1er janvier 2015, puis rétablie dès le 1er mars 2018. Dans son recours, l'assuré conclut notamment à l'annulation de cette décision en tant qu'elle supprime sa rente de janvier 2015 à février 2018. Le litige porte donc sur le maintien, au-delà du 31 décembre 2014, de la rente d'invalidité qui lui a été accordée. En second lieu, le litige porte sur la question de savoir si la rente d'invalidité doit être calculée uniquement sur la base de la période durant laquelle le recourant a cotisé en Suisse ou également en tenant compte des années durant lesquelles il a cotisé au Portugal.

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 ou mentale 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). Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). 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).

6. L'assuré a droit à une rente lorsqu'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (cf. art. 28

A/1559/2019 - 14/24 - al. 1 let. b et c LAI, dans sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2008 – 5ème révision AI). 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.

7. L'art. 17 al. 1er LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la

suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 ; ATF 125 V 413 consid. 2d et les références ; VSI 2001 p. 157 consid. 2). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'article 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 ; ATF 113 V 273 consid. 1a ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_1006/2010 du 22 mars 2011 consid. 2.2). Aux termes de l'art. 88a al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201), 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. Selon l'art. 88a al. 2 RAI, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. 8. a. 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). b. 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

A/1559/2019 - 15/24 - la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174). c. Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381 consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). d. Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). 9. 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 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). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant

A/1559/2019 - 16/24 - donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). 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). Quant aux 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). 10. 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 ; 126 V 353 consid. 5b ; 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). 11. En l'espèce, dans la décision du 19 mars 2019, l'intimé a retenu qu'à l'issue du délai de carence d'un an, en décembre 2012, l'assuré avait présenté un degré d'invalidité de 100%, ouvrant droit à une rente entière. En octobre 2014, il avait recouvré une pleine capacité de travail dans toute activité adaptée, ce

qui entraînait la suppression de cette rente au 1er janvier 2015. Par ailleurs, l'assuré avait subi une nouvelle atteinte (psychique) entraînant une totale incapacité de travail dès le 20 mars 2017. À l'issue d'un nouveau délai de carence arrivant à échéance le 20 mars 2018, il présentait un degré d'invalidité de 100%, lequel ouvrait à nouveau droit au versement d'une rente entière.

A/1559/2019 - 17/24 - Suite au dépôt du recours, l'intimé a invité son SMR à se déterminer une nouvelle fois sur le dossier : le SMR a modifié ses conclusions et a préconisé de fixer le début de l'aptitude à la réadaptation en janvier 2016 plutôt qu'en octobre 2014. Se ralliant à ce nouvel avis, l'intimé a conclu, dans sa réponse, à ce que sa décision soit réformée, dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité du 15 décembre 2012 au 31 mars 2016 (pour des raisons somatiques), puis dès le 20 mars 2018 (pour des raisons psychiatriques). De son côté, le recourant conteste toute suppression de sa rente. Il relève que dès 2016, il a bénéficié d'une prise en charge psychiatrique auprès du groupe médical d'Onex, par la Dresse J_____, laquelle lui a prescrit, vu l'aggravation de son état dépressif et sa perte de poids, un antidépresseur et un arrêt de travail depuis mars 2017. En 2016, il faisait déjà face à une détérioration de sa santé psychique, dont les symptômes ont été traités dans un premier temps par la Dresse J_____, laquelle l'a adressé au Dr N_____. Parallèlement, ses douleurs cervico-dorso-lombaires n'ont pas connu de rémission, mais se sont au contraire exacerbées durant le stage d'observation professionnel mis en place par l'assurance-invalidité. Le recourant requiert qu'une rente entière d'invalidité lui soit octroyée dès le 1er décembre 2012, pour une durée indéterminée. 12. a. Au plan somatique, il convient de rappeler que dans son rapport d'examen final du 7 janvier 2016 – auquel le SMR s'est rallié –, le médecin d'arrondissement de l'assureur-accidents, le Dr H_____, a conclu que si l'ancienne profession d'ouvrier dans la construction n'était plus exigible, l'on pouvait exiger de l'assuré qu'il exerce à plein temps, sans diminution de rendement, une activité adaptée, sans port de charge supérieures à 20 kg du côté droit et à 1 kg du côté gauche, ni montées d'échelle, ni positions agenouillées. Le Dr H_____ a précisé qu'à la date de son rapport, le 7 janvier 2016, le cas était stabilisé. Comme la juridiction de céans l'a déjà jugé dans son arrêt en matière d'assurance-accidents, entré en force sur ce point (ATAS/848/2017 du 3 octobre 2017 consid. 9), le rapport rédigé par le Dr H_____ le 7 janvier 2016 a été établi en pleine connaissance du dossier, relate les plaintes de l'assuré et repose sur des examens cliniques complets. Ses conclusions sont motivées et exemptes de contradictions, de sorte qu'il satisfait aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). b. En outre, il convient de relever qu'aucun autre spécialiste n'a émis de conclusions permettant de s'écarter de la pleine exigibilité retenue par le Dr H_____ au plan somatique. En effet, le Dr K_____, dans son rapport d'avril 2017, a lui aussi conclu à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, en précisant que les limitations fonctionnelles énoncées par le Dr H_____ se recoupaient avec celles définies par les médecins de la CRR. Quant au chirurgien consulté par l'assuré, le Dr F_____, il a préconisé, dans un rapport établi en décembre 2015, une réorientation professionnelle (ce qui suppose l'existence d'une capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée), tout en relevant que les

A/1559/2019 - 18/24 - douleurs avaient régressé, malgré l'instabilité résiduelle du coude gauche. Les conclusions du chirurgien consulté par l'assuré convergent donc avec celles des médecins de l'assureur-accidents. c. À l'instar du Tribunal fédéral dans la cause parallèle en matière d'assurance-accidents (cf. arrêt 8C_766/2017 du 30 juillet 2018 consid. 8.6), on

notera encore que le recourant n'est pas dans la situation d'un mono-manuel, dès lors que sa main gauche conserve, selon le Dr H_____, une fonction de stabilisation et permet occasionnellement un port de charge de 1 kg au maximum. d. Au vu de ce qui précède, la chambre de céans retiendra, au degré de la vraisemblance prépondérante, que dès le 7 janvier 2016, date de l'examen final du Dr H_____ – et non dès le mois d'octobre 2014, comme le retient à tort la décision attaquée – l'assuré a recouvré une pleine capacité de travail dans toute activité adaptée à ses troubles du membre supérieur gauche. e. L'argumentation et les pièces invoquées par le recourant ne permettent pas d'aboutir à une autre conclusion. En particulier, le fait que l'intéressé allègue avoir souffert de douleurs cervico-dorso-lombaires durant le stage d'observation professionnel diligenté par l'AI ne permet pas de conclure qu'il aurait été incapable d'exercer une activité adaptée à ses troubles somatiques postérieurement au 7 janvier 2016. Dans ce contexte, il paraît opportun de rappeler que selon le médecin du SMR, une IRM du rachis réalisée en mars 2017 n'a démontré aucun indice de sévérité, notamment aucune compression radiculaire ou médullaire (cf. rapport du SMR du 12 juillet 2017). De surcroît, il convient de rappeler que les données médicales l'emportent en principe sur les constatations faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêts du Tribunal fédéral 9C_65/2019 du 26 juillet 2019 consid. 5 ; 9C_329/2015 du 20 novembre 2015 consid. 7.3). Enfin, l'intimé pouvait légitimement considérer que l'assuré avait recouvré une pleine capacité de travail dans toute activité adaptée dès janvier 2016, malgré le versement d'indemnités journalières LAA pendant encore quelques mois, dès lors que selon le Dr H_____, l'état de santé était déjà stabilisé au 7 janvier 2016. 13. Au plan psychiatrique, l'intimé a retenu que dès le 20 mars 2017, l'assuré avait présenté une nouvelle incapacité de travail totale, en raison d'une atteinte psychique. À l'issue d'un nouveau délai de carence arrivant à échéance le 20 mars 2018, il présentait un degré d'invalidité de 100% et pouvait donc à nouveau prétendre au versement d'une rente entière. De son côté, le recourant soutient qu'il était déjà confronté, en 2016, à une détérioration de sa santé psychique, ce pour quoi il était suivi par la Dresse J_____. Par son argumentation, le recourant semble faire valoir qu'une incapacité de travail d'origine psychique devrait déjà lui être reconnue depuis 2016. Toutefois, il convient de relever que l'existence d'une atteinte à la santé (en l'occurrence

A/1559/2019 - 19/24 - psychique) ne suffit pas à fonder un droit à des prestations de l'assurance-invalidité. Il faut encore que cette atteinte entraîne une diminution de la capacité de travail et de gain (art. 28 al. 1 LAI ; ATF 96 V 34 consid. 3 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 716/02 du 4 décembre 2003 consid. 2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_155/2010 du 25 octobre 2010 consid. 3). Or, on ne trouve dans le dossier aucune pièce médicale propre à établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'en 2016, la capacité de travail du recourant était déjà diminuée, voire réduite à néant, en raison de troubles psychiques. Au contraire, il ressort du dossier que c'est seulement dans un rapport du 27 mars 2017 que la Dresse J_____ a fait état, pour la première fois, d'un état dépressif modéré à sévère, ayant nécessité la prescription d'un traitement antidépresseur et somnifère. La Dresse J_____ a précisé que l'état de santé s'était aggravé depuis la « tentative de reprise du travail (stage) », autrement dit depuis que l'assuré a abandonné la mesure d'orientation professionnelle. Quant au Dr N_____, il n'a été consulté qu'à partir du mois de novembre 2017. Au regard de ces éléments, il n'est pas possible de retenir, comme le voudrait le recourant, que l'incapacité de travail d'origine psychiatrique serait née en 2016.

Il convient bien plutôt d'admettre que cette incapacité de travail est survenue le 24 février 2017, date à partir de laquelle la Dr J_____ a prescrit un arrêt de travail. La chambre de céans s'écartera donc légèrement de la date retenue par l'intimé (le 20 mars 2017), laquelle ne correspond en réalité pas au début de l'incapacité de travail d'origine psychiatrique mais à la date du dernier examen ayant précédé l'envoi par la Dresse J_____ de son rapport à l'OAI. 14. De ce qui précède, il ressort que, du 15 décembre 2011 au 6 janvier 2016, l'assuré a présenté une capacité de travail nulle dans toute profession, en raison de ses troubles du membre supérieur gauche. Il en résulte un degré d'invalidité de 100%, qui lui donne droit à une rente entière d'invalidité dès le 1er décembre 2012, soit à l'issue du délai de carence d'un an prescrit par la loi (art. 28 al. 1 LAI). Dès le 7 janvier 2016, l'assuré a recouvré une pleine capacité de travail dans toute activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Il en découle un degré d'invalidité de 27.6%, conformément à la comparaison des revenus effectuée par l'intimé, que le recourant ne critique pas en tant que telle. Le taux de 27.6% auquel est parvenu l'intimé correspond d'ailleurs, à quelques pourcents près, à celui retenu par le Tribunal fédéral dans la cause parallèle en matière d'assurance-accidents. Sensiblement inférieur à 40%, ce taux entraîne la suppression de la rente d'invalidité avec effet au 31 mars 2016, trois mois après l'amélioration de l'état de santé (art. 28 al. 2 LAI et 88a al.1 RAI ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_900/2013 du 8 avril 2014 consid. 6.5) Enfin, depuis le 24 février 2017, l'assuré présente une nouvelle incapacité de travail dans toute profession, en raison de troubles psychiques. Il en résulte un degré d'invalidité de 100%, qui lui ouvre le droit à une rente entière d'invalidité dès le 1er février 2018, à l'issue d'un nouveau délai de carence d'un an. À l'instar de ce

A/1559/2019 - 20/24 - qu'a retenu l'intimé, un nouveau délai de carence se justifie, dès lors que l'on est en présence d'une atteinte (psychique) bien distincte de l'atteinte (somatique) ayant justifié le dépôt de la demande et qu'il existe de surcroît un intervalle temporel de plus de cinq ans entre le moment où est survenue l'incapacité de travail d'origine somatique et celle d'origine psychique (arrêt du Tribunal fédéral 9C_697/2015 du 9 mai 2016 consid. 5). En conclusion, le recourant a droit à une rente entière d'invalidité du 1er décembre 2012 au 31 mars 2016, puis dès le 1er février 2018. 15. En dernier lieu, le recourant requiert que sa rente soit recalculée en tenant compte non seulement des années durant lesquelles il a cotisé en Suisse, mais également des périodes durant lesquelles il a cotisé au Portugal. a. L'ALCP, entré en vigueur le 1er juin 2002, est notamment applicable aux ressortissants des Etats membres de l'Union européenne et de la Suisse. Il prévoit, à son art. 8, que les parties règlent, conformément à l'annexe II, la coordination des systèmes de sécurité sociale dans le but d'assurer notamment l'égalité de traitement (let. a), la détermination de la législation applicable (let. b) ou encore la totalisation, pour l'ouverture et le maintien du droit aux prestations, ainsi que pour le calcul de celles-ci, de toutes périodes prises en considération par les différentes législations nationales (let. c). Selon l'art. 1er par. 1 de l'annexe II de l'ALCP - intitulée « Coordination des systèmes de sécurité sociale », fondée sur l'art. 8 ALCP précité et faisant partie intégrante de celui-ci (art. 15 ALCP) - en relation avec la section A de cette annexe, les parties contractantes appliquent entre elles en particulier le règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté (ci-après : règlement n° 1408/71), ainsi que le règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 fixant les modalités d'application du règlement n° 1408/71 précité. Une décision n° 1/2012 du Comité mixte du 31 mars 2012 (RO 2012 2345) a actualisé le contenu de l'annexe II à l'ALCP avec

effet, pour la Suisse, au 1er avril 2012 en prévoyant, en particulier, que les parties appliquent désormais entre elles le Règlement (CE) n° 883/2004 (RS 0.831.109.268.1) du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, modifié par le Règlement (CE) n° 988/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009. L'annexe II de l'ALCP a donc été modifiée dans ce sens.

b. En l'occurrence, l'assuré est ressortissant d'un État partie à l'ALCP, de sorte que la question litigieuse doit être examinée au regard de la coordination européenne des systèmes nationaux de sécurité sociale. Comme son droit à une rente d'invalidité est né décembre en 2012, le règlement n° 883/2004 lui est applicable.

A/1559/2019 - 21/24 - Selon son art. 44 ch. 1, le règlement distingue entre les « législations de type A » et les « législations de type B ». Est une « législation de type A » toute législation en vertu de laquelle le montant des prestations d'invalidité est indépendant de la durée des périodes d'assurance ou de résidence et qui était expressément incluse par l'État membre compétent dans l'annexe VI. La « législation de type B » reprend toute autre législation. La Suisse a une législation de « type B » pour ce qui concerne le calcul des rentes, dès lors qu'elle tient uniquement compte des périodes de cotisations payées au régime suisse. Par renvoi de l'art. 46 ch. 1 du règlement (CE) 833/2004, l'art. 50 de ce règlement s'applique, selon lequel les institutions compétentes déterminent le droit aux prestations en vertu de toutes les législations des États membres auxquels l'intéressé a été soumis, lorsqu'une demande de liquidation a été introduite. Ainsi, s'applique au droit aux prestations en l'occurrence la législation suisse, à savoir la LAI et ses règlements, ainsi que, par renvoi, la LAVS. Le calcul autonome des rentes ne constitue pas une discrimination au sens de l'art. 2 ALCP (ATF 131 V 371 consid. 6, 8.2 et 9.4; ATF 131 V 390 consid. 7.3.1; ATF 130 V 51 consid. 5.4).

c. Il se pose la question de savoir si l'intéressé peut être mis au bénéfice des dispositions éventuellement plus favorables de la Convention de sécurité sociale du 11 septembre 1975 entre la Suisse et le Portugal (RS 0.831.109.654.1) en lieu et place de celles de l'ALCP, qui renvoient à la législation nationale. Les périodes d'assurance étrangères ne sont en effet prises en compte que dans la mesure où une convention de sécurité sociale le prévoit expressément (n° 5043 des Directives de l'office fédéral des assurances sociales [OFAS] sur les rentes de l'assurance vieillesse, survivants et invalidité fédérale [DR]). La Suisse a conclu, notamment avec le Portugal, un système de convention de « type A », en vertu duquel l'invalidé qui en remplit les conditions reçoit, en lieu et place de deux rentes partielles versées par les assurances des deux pays concernés (rentes calculées au prorata des périodes d'assurance accomplies), une seule rente d'invalidité ; celle-ci est versée par l'assurance à laquelle l'assuré était affilié lors de la survenance de l'invalidité, qui prend en compte, pour la détermination de l'échelle de rente, la totalité des périodes de cotisations, y compris celles qui ont été accomplies dans l'autre État ; étant précisé que le calcul du revenu moyen déterminant ne tient compte que des seuls gains réalisés en Suisse (voir ATF 130 V 247 consid. 4 ; FF 1973 II 78 ; OFAS, Principales règles concernant les rentes AVS et AI dans les conventions internationales conclues par la Suisse, RCC 1982, pp. 341 et 342).

d. En matière de sécurité sociale, sous le titre « Relation avec les accords bilatéraux en matière de sécurité sociale », l'art. 20 ALCP prévoit que « sauf disposition contraire découlant de l'annexe II, les accords de sécurité sociale bilatéraux entre la Suisse et les États membres de la Communauté européenne sont

A/1559/2019 - 22/24 - suspendus dès l'entrée en vigueur du présent accord, dans la mesure où la même matière est régie par le présent accord ». Selon l'art. 8 du règlement n°

833/2004, celui-ci se substitue à toute convention de sécurité sociale applicable entre les Etats membres. Certaines dispositions de convention de sécurité sociale entre les Etats membres conclues avant la date d'application du règlement restent valables, pour autant qu'elles soient plus favorables et qu'elles découlent de circonstances historiques spécifiques et ont un effet limité dans le temps. Ces dispositions doivent alors figurer à l'annexe II. L'annexe II ne contient aucune réserve concernant la convention Suisse-Portugal. e. Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 133 V 329 consid. 8.6.4), la mise au bénéfice d'une disposition plus favorable d'une convention bilatérale de sécurité sociale est subordonnée à la condition que l'assuré ait exercé son droit à la libre circulation avant l'entrée en vigueur de l'ALCP en date du 1er juin 2002 (cf. également Alicja ZAPEDOWSKA, Sécurité sociale : La dynamique entre une convention bilatérale et l'ALCP, Centre d'études juridiques européennes, 25 avril 2016, p. 2). Le Tribunal fédéral a donc exclu l'application d'une disposition plus favorable d'une convention bilatérale, lorsque le droit à la libre circulation avait été exercé postérieurement au 1er juin 2002. f. En l'occurrence, il est établi que le recourant est entré en Suisse en 2007, soit postérieurement à l'entrée en vigueur de l'ALCP, ce qui exclut l'application d'une disposition plus favorable d'une convention bilatérale Suisse (pour des cas similaires, dans lesquels les assurés avaient exercé leur droit à la libre circulation après le 1er juin 2002, cf. ATAS/657/2018 du 10 juillet 2018 et ATAS/1033/2017 du 16 novembre 2017). Le calcul de la rente d'invalidité se détermine donc exclusivement en application de la législation suisse. En vertu de celle-ci, il n'y a pas lieu de prendre en compte les périodes d'assurance accomplies dans un autre Etat contractant (ATF 130 V 51 consid. 4-5 ; art. 29bis ss LAVS). Partant, c'est à bon droit que l'intimé a calculé la rente d'invalidité – et la rente complémentaire pour enfant – en fonction uniquement de la période durant laquelle le recourant a cotisé en Suisse. 16. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision du 19 mars 2019 réformée, en ce sens que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité du 1er décembre 2012 au 31 mars 2016, puis dès le 1er février 2018. Pour le reste, la décision est confirmée et le recours rejeté. 17. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui est accordée à titre de participation à ses frais et dépens, à charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 - RFPA ; RS E 5 10.03).

A/1559/2019 - 23/24 - 18. La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice, un émolument de CHF 500.- est mis à charge de l'intimé (art. 69 al. 1 bis LAI).

A/1559/2019 - 24/24 - 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.