

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2648/2022

ATAS/88/2024

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 13 février 2024

Chambre 2

En la cause

Monsieur A_____
représenté par Me Marc MATHEY-DORET, avocat

recourant

contre

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
GENÈVE**

intimé

**Siégeant : Blaise PAGAN, Président ; Anny FAVRE et Christine TARRIT-
DESHUSSES, Juges assesseurs**

EN FAIT

- A.** **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1983, est marié depuis le _____ 2021 à B_____, née C_____ le _____ 1991. Les conjoints sont parents de quatre enfants dont l'aînée (D_____) est née le _____ 2015, le puîné (E_____), le _____ 2018, le troisième (F_____) le 2019 et la cadette (G_____), le _____ 2023. Tous les membres de la famille sont de nationalité kosovare. Sans formation autre que la scolarité primaire et secondaire accomplie dans son pays d'origine, l'assuré est arrivé en Suisse en 2002 et a exercé, dès 2003, plusieurs emplois successifs de commis de cuisine. Entre 2003 et 2006, il a également été employé en tant que jardinier-paysagiste, activité qu'il a exercée parallèlement à celle de commis de cuisine entre 2003 et 2004.
- b.** À l'époque où il était employé par H_____ SA, société exploitant un restaurant sous l enseigne « Brasserie I_____ » (ci-après : la Brasserie), l'assuré a été victime, le 2 août 2016, d'un accident professionnel. Après s'être tenu debout sur un fourneau pour nettoyer la hotte d'aspiration, il avait glissé et était tombé _____ sur le côté gauche. L'arrêt de travail et le traitement médical qui en avaient découlé avaient été pris en charge par SWICA Assurances SA (ci-après : SWICA), assureur-accidents de la Brasserie.
- c.** Dans un rapport du 6 août 2016, les docteurs J_____ et K_____, respectivement médecin cheffe de clinique et médecin interne auprès du service des urgences des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), ont posé le diagnostic principal de lésion traumatique de muscles et de tendons de l'épaule et du bras, d'étirement probable de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche sans signe de rupture.
- d.** Dans un rapport du 7 septembre 2016, relatant une arthro-IRM (ci-après : imagerie par résonance magnétique) de l'épaule gauche de l'assuré, pratiquée le même jour, le docteur L_____, spécialiste FMH en radiologie, a conclu à l'absence d'une rupture évidente de la coiffe des rotateurs.
- e.** Le 23 septembre 2016, la Brasserie a licencié l'assuré pour le 31 octobre 2016.
- f.** Dans un rapport du 17 novembre 2016 adressé au médecin-conseil de SWICA, le docteur M_____, expert mandaté par cet assureur et spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a constaté que, l'assuré avait présenté des contusions multiples avec persistance de douleurs à l'épaule gauche suite à la chute du 9 août 2016. Cependant, un examen arthro-IRM de l'épaule gauche, effectué le 7 septembre 2016, avait montré qu'il n'y avait pas de lésion anatomique démontrable. Une incapacité de travail en tant que plongeur d'une durée de plus de trois mois n'était pas justifiée. En l'absence de lésion somatique démontrée, due à l'événement du 2 août 2016, le *statu quo sine* était atteint six mois après.

g. Le 5 décembre 2016, SWICA a informé l'assuré qu'elle ne lui verserait plus d'indemnités journalières à compter du 6 décembre 2016. Aussi était-il invité à s'annoncer auprès de l'assurance-chômage.

h. Dans un rapport du 13 juin 2017, le Dr M_____, mandaté une nouvelle fois par SWICA, a posé les diagnostics de capsulite rétractile gauche et de *status* après contusion de l'épaule gauche, de la hanche gauche et du genou gauche. Dix mois après l'accident du 2 août 2016, l'assuré gardait d'importantes douleurs à l'épaule gauche avec une importante limitation de la mobilité de celle-ci. L'état clinique était compatible avec une capsulite rétractile et il existait un lien de causalité probable entre cette affection et l'événement en cause. L'état actuel de l'épaule gauche n'était pas compatible avec une reprise du travail en tant que plongeur. Le cas n'était pas stabilisé. En l'état actuel, l'assuré ne pouvait pas faire usage de son membre supérieur gauche mais il était apte, en théorie, à exercer une activité mono-manuelle droite.

i. Par courrier du 3 juillet 2017, SWICA a informé l'assuré qu'elle prendrait en charge prochainement les indemnités journalières à 100% dès le 6 décembre 2016 à titre rétroactif.

j. Dans un rapport du 3 juillet 2017, le docteur N_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a indiqué que l'assuré présentait des douleurs d'épaule d'origine difficilement « tractables » (NDR : « traçables ») au vu de la clinique et de l'imagerie. Cependant, une capsulite en phase 1 à 2 semblait peu probable au vu de la rotation externe symétrique et de l'absence d'anomalies détectées à l'IRM.

k. Selon une note du 11 juillet 2017 de SWICA, rédigée lors d'un entretien téléphonique avec l'assuré, ce dernier avait « recommencé le travail [depuis] une semaine ».

l. Le 8 août 2017, lors d'un nouvel entretien téléphonique, l'assuré a informé SWICA qu'il était à nouveau en arrêt de travail depuis le 28 juillet 2017. En effet, ses douleurs s'étaient intensifiées avec la reprise du travail.

B. a. Le 5 septembre 2017, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

b. Le 16 octobre 2017, le restaurant O_____ a complété un « questionnaire pour l'employeur » à l'attention de l'OAI. Du 1^{er} juin au 31 juillet 2017, l'assuré avait travaillé à plein temps dans cet établissement. Le dernier jour de travail effectif avait été le 31 juillet 2017. Engagé en qualité d'aide de cuisine, il devait se charger de la mise en place et faire les salades. Il avait été licencié pour le 31 juillet 2017 en raison de son inadéquation au poste. L'assuré pouvait travailler mais son épaule le dérangeait.

c. Dans un rapport du 2 octobre 2017, établi à la demande de SWICA, le docteur P_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a indiqué que depuis sa

chute du 2 août 2016 sur l'épaule et le coude gauches, l'assuré se plaignait de douleurs et de limitations fonctionnelles. Cliniquement, on était en présence d'une épaule gelée (capsulite). Une infiltration gléno-humérale avait été effectuée en septembre 2017.

d. Dans un rapport du 25 octobre 2017, le Dr P_____ a informé l'OAI qu'il avait revu l'assuré le jour-même, six semaines après une infiltration gléno-humérale de l'épaule gauche. Malheureusement, l'effet de cette infiltration n'avait duré qu'une dizaine de jours.

Le Dr P_____ a joint à son envoi un rapport de consultation du 29 août 2017 dans lequel il indiquait avoir examiné l'assuré pour son problème d'épaule gauche. Il avait noté, à cette occasion, un « examen très difficile », ponctué de « réactions pathologiques de défense ». Le bilan paraclinique ne révélait pas de lésion. L'assuré était en arrêt de travail depuis un an. Il présentait en premier lieu une épaule gelée pour laquelle le Dr P_____ avait introduit le protocole habituel (comprenant balnéothérapie, infiltration gléno-humérale et exercices d'auto-mobilisation).

e. Dans un rapport d'expertise du 12 juin 2018, établi à la demande de SWICA, le docteur Q_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a estimé que l'assuré avait présenté, dans les suites de l'accident du 2 août 2016, une contusion à l'épaule, à la hanche et au genou gauches. S'agissant de l'épaule gauche, il convenait de déterminer l'origine des douleurs et des limitations des amplitudes articulaires alléguées à l'épaule gauche en l'absence de toute lésion démontrée à l'imagerie pendant près de deux années. L'interrogatoire comme l'examen clinique, ne fournissaient pas d'argument en faveur d'une étiologie précise. Les imageries répétées, ne montraient aucun signe lésionnel, de nature traumatique ou malade. Tous les traitements et mesures de rééducation s'étaient soldés par un échec et avaient abouti, ce jour, à une quasi-paralysie du membre supérieur gauche. Selon le Dr Q_____, cela était en contradiction notamment avec :

- la reprise de la profession habituelle en juin 2017 et l'intensité des douleurs alléguées au jour de l'expertise du 13 juin 2017 du Dr M_____ où « le moindre mouvement de son épaule gauche [était] perçu comme douloureux[x] » ;
- les dosages plasmatiques médicamenteux, en ce sens que le traitement antalgique était « miséreux » (codéine non détectable, diclofénac en dessous de la plage d'efficacité) et sans commune mesure avec les douleurs et le traitement allégués ;
- une trophicité de la musculature de la coiffe des rotateurs gauche, identique à celle du côté droit. Une amyotrophie massive aurait été attendue en cas de quasi-paralysie ;
- une musculature brachiale et antébrachiale gauche dans la norme et dont le périmètre était identique aux mesures relevées sur le bras droit, membre

dominant. Là aussi, une amyotrophie massive aurait été attendue en cas de quasi-paralysie ;

- l'absence de toute lésion cutanée aux creux axillaires, qui aurait été attendue en cas de paralysie de l'épaule ;
- l'impossibilité d'effectuer une rotation interne de l'épaule gauche mais la possibilité de remonter son pantalon avec une prise en rotation interne à gauche ;
- l'absence de signe de dégénérescence musculaire à l'IRM. Une involution graisseuse aurait été attendue en cas de paralysie.

Selon le Dr Q_____, l'amplification par l'assuré des signes était massive. Par ailleurs, il n'était pas retrouvé de symptomatologie neurologique ou vasculaire ou au rachis pouvant évoquer un diagnostic différentiel. Un syndrome douloureux complexe régional de type II n'était pas retenu. En conclusion, l'examen effectué ne permettait pas de déterminer une étiologie somatique avec la symptomatologie alléguée par l'assuré. L'accident avait causé une contusion de l'épaule gauche, mais cette atteinte avait cessé de déployer ses effets au 1^{er} juin 2017, date de la reprise du travail de l'assuré, sans qu'il existât de séquelles somatiques. S'agissant de la hanche et du genou gauche, le *statu quo ante vel sine* avait été atteint le 2 septembre 2016. Il n'y avait pas, là non plus, de séquelles somatiques. Les conclusions de l'expertise du 13 juin 2017 ne pouvaient plus être suivies.

f. Le 7 septembre 2018, l'assuré a été engagé en qualité de plongeur à plein temps par l'entreprise R_____ Sàrl, exploitant un restaurant sous l'enseigne « le R_____ » (ci-après : le R_____). À ce titre, il était assuré pour les accidents professionnels et non professionnels auprès d'Allianz Suisse Société d'Assurances SA (ci-après : ALLIANZ).

g. Par décision du 21 septembre 2018, SWICA a mis fin à la prise en charge des indemnités journalières et des frais de traitement avec effet au 31 mai 2017, tout en renonçant à demander le remboursement des frais de traitement qui avaient été payés au-delà de cette date.

h. Le 22 novembre 2018, l'assuré a été victime d'un accident non professionnel. Selon la déclaration de sinistre complétée le 30 novembre 2018 par le R_____, cet événement, qui avait causé une atteinte à l'épaule gauche, était survenu au domicile de l'assuré. Sous « description de l'accident », il était mentionné : « Eaux escaliers ».

i. Dans un rapport du 26 novembre 2018, les docteurs K_____ et S_____, respectivement médecin cheffe de clinique et médecin interne auprès du service des urgences des HUG, ont indiqué que l'assuré, connu pour une tendinite du sus-épineux à gauche s'était présenté le 23 novembre 2018 pour des douleurs de l'épaule gauche suite à un traumatisme. Selon ses dires, l'assuré était descendu un escalier rapidement et avait raté une marche. Après quoi, il avait butté fortement

contre un mur avec son épaule gauche. Selon ces deux médecins, le diagnostic principal était une lésion musculaire au niveau de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche.

j. Dans un rapport du 24 janvier 2019, le docteur T_____, chef de clinique auprès du service de chirurgie orthopédique des HUG, a relaté une consultation donnée le même jour. À l'IRM du 10 janvier 2019, on notait une tendinopathie du sus-épineux, de l'infra-épineux sans lésion transfixiante ainsi qu'un tendon du long chef du biceps légèrement subluxant. Dans ce contexte, une intervention pour une arthroscopie, comprenant une ténodèse du long chef du biceps et une révision du sous-scapulaire était envisageable.

k. Le 22 février 2019, l'assuré a bénéficié d'une infiltration à l'épaule gauche sous contrôle échographique.

l. Dans un rapport du 20 mars 2019 à ALLIANZ, le Dr T_____ a diagnostiqué des lésions traumatiques des sus-épineux, infra-épineux et sous-scapulaire, ainsi que du long chef du biceps de l'épaule gauche.

m. Dans un rapport du 12 juin 2019, le docteur U_____, médecin-conseil d'ALLIANZ et spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a rapporté avoir examiné l'assuré le 4 juin 2019. À cette occasion, l'assuré lui avait indiqué que la reprise d'une activité lucrative en septembre 2018 s'était révélée difficile en raison des douleurs qu'il ressentait à l'épaule gauche. Par la suite, il avait présenté, en novembre 2018, un premier traumatisme. « En voulant essayer de remettre une caisse », celle-ci lui était tombée sur l'avant-bras gauche. Le second traumatisme était survenu lorsqu'il avait chuté dans les escaliers le 22 novembre 2018. Actuellement, il se plaignait d'épisodes de réveil nocturnes, se déplaçait en mettant souvent la main dans sa poche (pour atténuer les secousses) et veillait à ne pas soulever de charge supérieure à 1 kg du côté gauche. Il ne conduisait pas de voiture « depuis cet événement initial ». À l'examen, le Dr U_____ ne notait pas d'amyotrophie des douleurs au niveau de l'insertion du tendon du biceps. L'assuré se présentait avec une attitude de pseudo-paralysie du membre supérieur gauche. Dans la discussion du cas, le Dr U_____ a indiqué qu'on ne trouvait pas, sur les IRM antérieures (à celle du 10 janvier 2019) de lésion sur le tendon du sous-scapulaire. Celle-ci était apparue lors du dernier examen (IRM du 10 janvier 2019) faisant suite à deux épisodes traumatiques dont une chute. Sur le plan de la relation de causalité, les lésions transfixiantes de la partie supérieure du sous-scapulaire étaient d'origine traumatique. On retenait une aggravation déterminante de l'état antérieur de cette épaule après le traumatisme à la charge d'ALLIANZ.

n. Dans un rapport reçu le 10 juillet 2019 par l'OAI, la docteure V_____, médecin interne auprès du service de chirurgie orthopédique des HUG, a indiqué que d'un point de vue strictement orthopédique, les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail consistaient en une tendinopathie du supra-épineux sans

lésion transfixiante, une tendinopathie du long chef du biceps et une arthrose acromio-claviculaire.

o. Par décision du 26 juillet 2019, SWICA a rejeté l'opposition que l'assuré avait formée contre la décision du 21 septembre 2018.

p. Dans un compte rendu opératoire du 21 janvier 2020, le Dr T_____ a posé, pour l'épaule gauche, les diagnostics de :

- tendinopathie du long chef du biceps, associés à une lésion SLAP 2 du labrum ;
- tendinopathie du sus-épineux ;
- arthropathie acromio-claviculaire.

L'intervention avait consisté, sous arthroscopie de l'épaule gauche, en une ténodèse infra-pectorale du long chef du biceps, un débridement du sus-épineux, une acromioplastie et une résection du centimètre externe de la clavicule.

q. Dans un rapport du 3 février 2020, intitulé « lettre de sortie », les docteurs W_____ et X_____, respectivement chef de clinique et médecin interne auprès du service de chirurgie orthopédique des HUG ont fait état de suites post-opératoires favorables.

r. Dans un rapport du 7 mai 2020, relatif à une consultation du même jour, le Dr T_____ a indiqué qu'après avoir opéré l'assuré le 21 janvier 2020, il avait revu celui-ci le 20 avril 2020 en raison de nouvelles douleurs qui étaient apparues suite à un faux-mouvement effectué début avril 2020. Alors qu'il avait tenté d'attraper un objet en hauteur, il avait ressenti un claquement suivi d'une légère tuméfaction en regard du biceps, et des douleurs évaluées à 3-4/10 à la mobilité et à 1/10 au repos. Depuis le 20 avril 2020, la mobilité évoluait favorablement avec la physiothérapie en cours. Au *status*, on notait un signe de Popeye avec une douleur à l'insertion infra-pectorale du long chef du biceps, une élévation antérieure active à 130° et passive à 140°, une rotation externe active à 20° et une rotation interne aux fesses avec une force globale à M4. Il avait suspecté, le 20 avril 2020, une possible rupture secondaire de la ténodèse du long chef du biceps, malgré une bonne mobilité. Le 7 mai 2020, une échographie avait confirmé cette rupture de la ténodèse. Cependant, le Dr T_____ ne retenait pas d'indication opératoire pour effectuer une nouvelle ténodèse du long chef du biceps qui serait, de son point de vue, plus délétère. Il avait expliqué à l'assuré que l'évolution serait favorable avec de la physiothérapie, et que les douleurs et la tuméfaction diminueraient. Subsisterait alors uniquement un signe de Popeye qui serait permanent mais avec « peu d'impaction sur la force ».

s. Dans un rapport du 7 août 2020 à l'OAI, le docteur Y_____, spécialiste FMH en médecine interne, a renvoyé au rapport du 7 mai 2020 du Dr T_____ pour le *status* détaillé. Interrogé sur l'évolution de son patient depuis le début de la prise en charge, le Dr Y_____ a indiqué qu'il y avait une persistance des douleurs de l'épaule gauche en cas de port de charges lourdes, une

amélioration de la mobilisation active et un changement de diagnostic depuis le 10 avril 2020 (rupture secondaire de la ténodèse du long chef du biceps). Invité à détailler les restrictions et limitations de santé qui découlaient de l'atteinte (des atteintes) à la santé, le Dr Y_____ a renvoyé au rapport du 7 mai 2020 du Dr T_____. D'un point de vue strictement médical, l'assuré était capable d'exercer à plein temps une activité professionnelle adaptée à son état de santé. Le traitement prescrit consistait en la poursuite de la physiothérapie en piscine, l'accomplissement d'exercices à domicile et la prise d'antalgiques (Tilur retard, en réserve en cas de douleurs). Un examen médical complémentaire n'était pas nécessaire pour évaluer les conséquences de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail.

t. Dans un rapport du 1^{er} octobre 2020 à l'OAI, la docteure Z_____, du service de chirurgie orthopédique des HUG, a indiqué qu'elle avait relevé, lors de la consultation du 16 août 2020, une persistance des douleurs de l'épaule à la mobilisation ainsi qu'une douleur à la palpation de l'articulation acromio-claviculaire et du biceps. Outre une limitation des amplitudes articulaires, il existait un déficit de force global et le test de Jobe était douloureux. Invitée à décrire l'évolution de l'état de santé depuis le début de la prise en charge, la Dre Z_____ a indiqué que cette prise en charge remontait à l'intervention du 21 janvier 2020. Depuis lors, l'évolution était stagnante et il fallait ajouter un changement de diagnostic (lâchage de la ténodèse du long chef du biceps, traité de manière conservatrice). Invitée à détailler les restrictions, limitations de santé qui découlaient de l'atteinte (des atteintes) à la santé, la Dre Z_____ a répondu qu'il existait une limitation du port de charges, une restriction concernant les mouvements de l'épaule de grande amplitude et/ou répétitifs. D'un point de vue strictement médical, l'assuré était capable d'exercer à plein temps une activité adaptée à son état de santé, à savoir une activité épargnant son épaule gauche. Le traitement se poursuivait avec des médecins rééducateurs. Invitée à dire si un examen complémentaire s'avérait nécessaire, la Dre Z_____ a indiqué qu'en fonction de l'évolution, ce point était à discuter avec le médecin rééducateur en charge du suivi.

u. Dans un rapport du 12 janvier 2021, le docteur AA_____, du service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), renvoyant aux rapports des 6 août 2016 (Dre J_____), 25 octobre 2017 (Dr P_____), 10 juillet 2019 (Dre V_____), 7 mai 2020 (Dr T_____), 7 août 2020 (Dr Y_____) et 1^{er} octobre 2020 (Dre Z_____) a retenu que depuis l'accident du 6 août 2016, l'activité de plongeur dans la restauration n'était plus raisonnablement exigible et que l'évolution, lente et prolongée, était à mettre en rapport avec la capsulite rétractile puis avec l'atteinte d'une partie de la coiffe des rotateurs, associée à une arthrose acromio-claviculaire. Ces trois atteintes étaient incapacitantes. Le début de l'incapacité de travail durable – qui était totale – remontait au 6 août 2016. Celle-ci restait d'actualité dans l'activité habituelle de plongeur dans la restauration. En

revanche, dans une activité adaptée, c'est-à-dire n'impliquant, pour le membre supérieur gauche, ni port de charges, ni geste au-dessus de l'horizontale, ni geste répétitif ou d'utilisation intensive, la capacité de travail exigible était entière depuis le 7 août 2020, avec aptitude à la réadaptation dès « août 2020 ».

v. Le 19 janvier 2021, l'OAI a reçu d'ALLIANZ notamment :

- un rapport du 5 août 2020 du Dr Y_____ à ALLIANZ, indiquant que la durée du traitement, actuellement basée sur de la physiothérapie et des antalgiques, serait de douze mois. Pour le reste, le Dr Y_____ a répondu par la négative à la question de savoir si des mesures concrètes pouvaient avoir une incidence positive sur la performance au poste de travail. En revanche, il estimait souhaitable une intervention de cet assureur auprès de l'employeur pour l'attribution d'un poste de travail adéquat. Enfin, ce médecin a indiqué qu'il fallait s'attendre à un dommage résiduel, à savoir la persistance d'une impotence partielle de l'épaule gauche, contre-indiquant le port de charges lourdes ;
- un rapport du 17 août 2020 du Dr T_____, relatant une consultation donnée le 3 août 2020. L'évolution était favorable selon l'assuré, avec une situation meilleure qu'avant l'intervention chirurgicale du 21 janvier 2020. Cependant, il présentait encore des douleurs, majoritairement la nuit, évaluées à 3-4/10 au niveau de l'épaule ainsi que des douleurs occasionnelles au niveau du biceps irradiant jusque dans l'avant-bras. Après avoir procédé à l'examen physique de l'assuré, le Dr T_____ avait proposé à celui-ci d'être réévalué par le docteur AB_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, pour une suite de prise en charge. Le Dr T_____ a précisé que du point de vue chirurgical, il n'y avait pas d'autre traitement concernant les douleurs qui, selon lui, étaient surtout dues à des contractures musculaires. Aussi proposait-il de poursuivre la rééducation. À son sens, il était actuellement difficile de pratiquer un travail de force au vu de la situation du membre supérieur gauche ;
- une « note de suite » du 1^{er} septembre 2020 du Dr AB_____. Les séances de physiothérapie aux Bains de Cressy portaient sur un travail de mobilité et de renforcement. On notait cependant, de la part de l'assuré, une exclusion de son bras (auto-exclusion). Certaines amplitudes n'étaient pas évaluables car l'assuré se défendait. Le test de Jobe n'était pas évaluable non plus. Les critères d'un CRPS (syndrome douloureux régional complexe) n'étaient pas remplis. Le Dr AB_____ avait encouragé l'assuré à intégrer son bras dans ses activités quotidiennes mais le patient était « peu preneur » de ce qu'on lui expliquait, restant focalisé sur le lâchage de sa ténotomie ;
- un rapport du 9 novembre 2020 dans lequel le Dr T_____ estimait que le cas n'était pas encore stabilisé au niveau du traitement et que l'assuré pouvait encore montrer des améliorations au niveau des douleurs et de la mobilité.

C'est pourquoi, il lui avait proposé de poursuivre le suivi avec les rééducateurs et la reprise de la physiothérapie – précédemment interrompue en raison de la situation du COVID-19.

- C. a.** Par projet de décision du 11 mars 2021, l'OAI a envisagé d'octroyer à l'assuré une rente d'invalidité limitée dans le temps.

Le 6 août 2017, à l'échéance du délai d'attente d'un an, l'incapacité de gain de l'assuré, qui était entière, lui ouvrait droit, en principe, à une rente entière d'invalidité. Toutefois, comme la demande de prestations avait été déposée le 25 août 2017, la rente ne pouvait être versée qu'à partir du 1^{er} février 2018 (demande tardive).

Le degré d'invalidité de l'assuré à compter du 7 août 2020, date à laquelle il avait recouvré une capacité de travail entière dans une activité adaptée, était fixé à 10.05%, soit un taux insuffisant pour permettre le maintien d'une rente.

Le revenu d'invalidité avait en effet été évalué à CHF 49'699.- en se référant à l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS ; tableau TA1 [tirage « skill level »], secteur privé, ligne « total », activité de niveau 1 : CHF 4'371.- en 2018 = CHF 52'452.- pour un horaire de 40h./sem. = CHF 54'681.- pour un horaire de 41.7 h. /sem = CHF 55'222.- en 2020 après indexation selon l'ISS [54'681 x 2'759 / 2'732]) après réduction supplémentaire de 10% à prendre en considération sur le salaire annuel de CHF 55'222.-.

Vu le parcours professionnel peu régulier, le revenu sans invalidité avait lui aussi été évalué sur une base statistique (ESS 2018, TA1, tous secteurs confondus [total], activité de niveau 1 : CHF 55'222.- en 2020 selon le même calcul).

Ainsi, la rente entière était supprimée trois mois après l'amélioration de l'état de santé intervenue le 7 août 2020, soit dès le 1^{er} novembre 2020, en raison d'un taux d'invalidité inférieur à 40%.

Pour le surplus, des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées.

- b.** Le 1^{er} avril 2021, l'assuré, représenté par un avocat, a fait part de son désaccord avec ce projet de décision en tant qu'il envisageait de supprimer son droit à la rente au 1^{er} novembre 2020. En effet, l'existence d'une amélioration de l'état de santé conduisant à une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée était contestée. Aussi l'assuré a-t-il conclu à l'octroi d'une rente entière non limitée dans le temps.

- c.** Le 26 avril 2021, l'assuré a complété son précédent courrier en soutenant que l'absence d'amélioration de son état de santé ressortait non seulement des rapports des 7 mai, 17 août et 9 novembre 2020 du Dr T_____, mais aussi d'un rapport de consultation du 17 mars 2021 de ce même médecin, relatif à une consultation du 11 février 2021, faisant mention d'une évolution stagnante (à une année de l'intervention du 21 janvier 2020) et d'un prochain bilan IRM pour faire le point sur la situation.

L'assuré a fait valoir, en outre, que son droit à des mesures d'ordre professionnel ne pouvait pas être écarté. En effet, les travaux impliquant des contraintes physiques, à l'instar de son activité de commis de cuisine/plongeur, ne lui étaient plus accessibles et il ne disposait pas de formation susceptible de lui ouvrir accès à des activités adaptées à son état de santé. En tout état de cause, le fait de retenir une exigibilité complète sans diminution de rendement lui paraissait illusoire. Aussi l'assuré a-t-il conclu, principalement, à l'octroi d'une rente entière non limitée dans le temps, subsidiairement, à un complément d'instruction sur le plan médical après stabilisation de l'état de santé ainsi qu'à l'octroi de mesures de réadaptation.

d. Le 29 septembre 2021, l'OAI a reçu, de la part d'ALLIANZ :

- un rapport du 15 février 2021 des docteurs AC_____ et AD_____, respectivement médecin cheffe de clinique et médecin interne auprès du service de radiologie des HUG, relatif à une IRM de l'épaule gauche de l'assuré, pratiquée le même jour, concluant à une discrète augmentation de la fissuration interstitielle à l'enthèse du tendon du supra-épineux en comparaison avec une précédente IRM du 2 septembre 2019. Pour le reste, il n'y avait ni nouvelle rupture des tendons de la coiffe, ni lésion transfixiante, ni anomalie de la ténodèse du long chef du biceps, ni hématome au niveau de la jonction myotendineuse. Une lésion de l'enthèse distale du « LCBB » ne pouvait pas être exclue et devait être explorée par une IRM du coude si nécessaire ;
- un rapport du 7 juin 2021 du Dr T_____ au Dr Y_____, relatif à une consultation de suivi du 30 mars 2021. Selon ce médecin, l'IRM du 15 février 2021 montrait un tendon du biceps toujours fixé, sans autre lésion et sans inflammation. On notait cependant encore une inflammation avec fissuration du sus-épineux qui ne présentait toutefois pas de lésion transfixiante qui pouvait pousser à effectuer une nouvelle chirurgie. On était donc face à un patient qui présentait de fortes douleurs avec une IRM qui était plutôt rassurante. Enfin, le Dr T_____ a estimé que contrairement à l'avis émis par l'OAI, on n'était pas du tout dans une situation qui aurait été stabilisée ou améliorée. L'assuré souffrait encore beaucoup de son épaule, raison pour laquelle il serait réorienté non seulement vers le Dr AB_____ pour un bénéficiaire d'un suivi en rééducation, mais aussi vers « [les] collègues de l'antalgie » afin de faire un premier bilan concernant ses douleurs ;
- un rapport du 9 juin 2021 du Dr Y_____ à ALLIANZ, reprenant en substance les informations qu'il avait données le 5 août 2020 à cet assureur, à ceci près qu'il qualifiait désormais d'indéfinie la durée présumée du traitement et qu'il répondait par la négative à la question de savoir si ALLIANZ devait intervenir auprès de l'employeur pour l'attribution d'un poste de travail adéquat. De plus, l'assuré était dans l'attente d'un deuxième avis chirurgical, prévu en juillet 2021 ;

- un rapport du 15 juin 2021 de la docteure AE_____, spécialiste FMH en neurologie, relatant une consultation donnée la veille. Cliniquement, il existait des signes de lésion du long chef du biceps avec déplacement du biceps distalement (syndrome de Popeye), une diminution de la mobilité de l'épaule gauche ainsi que des troubles de sensibilité subjectifs de territoire non précis au membre supérieur gauche. L'examen électroneuromyographique (ci-après : ENMG) était normal. Ainsi, les douleurs et le défaut de mobilité du membre supérieur gauche étaient vraisemblablement à mettre sur le compte d'un problème articulaire/tendineux de l'épaule gauche et également de douleurs chroniques post-traumatiques ;
- un rapport du 18 juin 2021 du Dr AB_____ au Dr T_____, concluant à la persistance d'importantes douleurs limitant l'examen clinique. L'assuré gardait son bras collé au corps pendant tout l'examen. Sur le plan de la rééducation, il n'y avait rien d'autre à proposer. Le facteur limitant était la douleur et il y avait certainement une sensibilisation centrale. Une prise en charge par les « consultants de la douleur », comme le Dr T_____ l'avait proposé, semblait la meilleure option ;
- une liasse de certificats d'arrêts de travail du Dr Y_____ des 22 janvier, 25 février, 23 mars, 3 mai, 7 juin, 2 et 26 juillet et 24 août 2021, attestant une incapacité totale de travail ininterrompue du 1^{er} février au 30 septembre 2021, pour cause d'accident.

e. Par courrier du 11 février 2022, l'assuré a transmis à l'OAI un rapport du 7 décembre 2021 du Dr T_____, relatif à une consultation du 30 novembre 2021. La radiographie du jour était sans particularité, et l'IRM de février 2021, qui avait été analysée une nouvelle fois, ne montrait pas de lésion transfixiante ni de déchirure nouvelle. Par ailleurs, « cet examen » confirmait que le tendon du biceps était toujours inséré en continu et qu'il n'y avait pas de nouvelle lésion à ce niveau. Une ENMG à laquelle l'assuré s'était soumis excluait des lésions neurologiques. On était donc en présence d'une situation stagnante au niveau des douleurs, avec des douleurs d'allure nociplastique. Dans ce contexte, d'un point de vue chirurgical, il n'y avait pas de prise en charge à envisager. Selon le Dr T_____, il fallait poursuivre le suivi par la consultation de la douleur chronique. Par ailleurs, au vu de la situation actuelle, l'assuré n'était plus capable d'effectuer un travail physique.

Tirant argument de ce rapport, l'assuré a soutenu que son état de santé ne s'était nullement amélioré et qu'il n'était plus en mesure d'exercer une activité professionnelle physique.

f. Par avis du 2 mars 2022, le SMR a estimé sur la base des éléments rapportés le 7 décembre 2021 par le Dr T_____ que même si l'état de santé de l'assuré ne s'était pas notablement amélioré, il ne s'était pas non plus aggravé. Ainsi, le rapport du 12 janvier 2021 du SMR restait valable.

g. Par décision du 17 juin 2022, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à une rente entière du 1^{er} février 2018 au 31 octobre 2020 en précisant que les éléments médicaux produits à l'appui de la contestation du projet de décision du 11 mars 2021 ne lui permettaient pas de modifier son appréciation.

Aussi la caisse de compensation Gastrosocial (ci-après : la caisse ou la caisse de compensation) a-t-elle octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1^{er} février 2018 au 31 octobre 2020, complétée, sur une partie de sa durée, par des rentes pour les enfants D_____, E_____ et F_____. En effet, étant donné que le titre de séjour B de ces enfants mentionnait le 9 novembre 2021 comme date d'entrée sur le territoire suisse et que la convention de sécurité sociale conclue avec la République du Kosovo, entrée en vigueur le 1^{er} septembre 2019, ne déployait pas d'effet rétroactif, les rentes pour les trois enfants précités ne pouvaient être servies que pour la période du 1^{er} septembre 2019 au 31 octobre 2020.

D. a. Le 22 août 2022, l'assuré a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans) d'un recours contre cette décision, concluant, principalement, à son annulation, au versement d'une rente entière d'invalidité non limitée dans le temps et de rentes pour enfant à partir du 1^{er} février 2018 pour D_____, du 29 avril 2018 pour E_____ et du 5 août 2019 pour F_____ et, subsidiairement, à la mise en œuvre d'une expertise et de mesures de réadaptation professionnelle.

À l'appui de sa position, il a fait valoir en synthèse que la stagnation de son état de santé depuis l'intervention du 21 janvier 2020, reconnue notamment par le SMR dans son rapport du 2 mars 2022, entrainait en contradiction avec la prétendue amélioration de son état de santé à partir du 7 août 2021 sur laquelle reposait la suppression de sa rente au 31 octobre 2020. En ce qui concernait les enfants, il était erroné de faire référence à une date d'entrée en Suisse le 9 novembre 2021 dans la mesure où ils étaient nés tous trois à Genève.

b. Par réponse du 17 novembre 2022, l'intimé a conclu au rejet du recours en faisant valoir que l'atteinte à la santé n'était pas à elle seule déterminante et ne devait être prise en considération que dans la mesure où elle se traduisait par une incapacité de gain. Or, il ressortait des avis du SMR qu'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues était exigible à 100%, sans diminution de rendement. Ainsi, ni l'amélioration de l'état de santé en août 2020, ni le calcul du taux d'invalidité n'étaient contestables. En raison du large éventail d'activités non qualifiées existant dans les secteurs de la production et des services, un nombre significatif d'entre elles étaient adaptées aux empêchements du recourant « sans déterminations complémentaires ». Partant, des mesures d'ordre professionnel n'étaient ni nécessaires ni adéquates. S'agissant de la date du début de l'octroi de la rente pour enfants, ce point était de la compétence exclusive de la caisse de compensation dont on ne connaissait pas encore la détermination. Aussi l'intimé

a-t-il réservé ses conclusions concernant les rentes pour enfant, dans l'attente de l'écriture de la caisse de compensation.

c. Par pli du 8 décembre 2022, l'intimé a transmis à la chambre de céans l'écriture du 6 décembre 2022 de la caisse de compensation en précisant qu'il s'y rapportait intégralement.

Dans ladite écriture, la caisse de compensation a exposé qu'il ressortait des renseignements obtenus de l'office cantonal de la population et des migrations (ci-après : OCPM) que les enfants D_____, E_____ et F_____ étaient entrés sur le territoire suisse le 9 novembre 2021. Dans la mesure où les documents des autorités (attestations de domicile) étaient contraignants et obligatoires pour les caisses de compensation pour ouvrir un droit aux prestations, il n'y avait aucune raison d'accepter une autre période que celle mentionnée dans ces documents. Cependant, dans la mesure où la convention de sécurité sociale conclue avec la République du Kosovo, entrée en vigueur le 1^{er} septembre 2019, permettait aux ressortissants de ce pays de percevoir des rentes de l'AVS et de l'AI même en cas de résidence à l'étranger, c'était à bon droit que les rentes pour les enfants D_____, E_____ et F_____ avaient été versées à compter du 1^{er} septembre 2019.

d. Par courrier du 9 février 2023, le recourant a informé la chambre de céans que concernant l'aspect médical du dossier, une expertise administrative avait été mise en œuvre dans le cadre du litige l'opposant à ALLIANZ. Il s'agissait d'un mandat bidisciplinaire – orthopédique et neurologique – confié à ASIM *Begutachtungen*, à Bâle. Le but de celui-ci était notamment de définir les limitations et leur impact sur la capacité de travail. Sur la base de ces explications, le recourant a proposé de suspendre l'instruction de la cause, dans l'attente de ce document.

En ce qui concernait les dates à partir desquelles les rentes pour enfant étaient versées, il y avait lieu de constater que les données de l'OCPM n'étaient corroborées par aucun élément factuel en tant qu'elles retenaient que l'entrée des enfants du recourant sur le territoire suisse remontait au 9 novembre 2021 seulement. Au contraire, il ressortait des pièces produites à l'appui du recours que les enfants étaient nés à Genève et qu'ils résidaient dans le canton depuis leur naissance.

e. Le 13 février 2023, la chambre de céans a invité le recourant à lui transmettre le rapport d'expertise dès qu'il l'aurait reçu.

f. Le 25 avril 2023, le recourant a transmis à la chambre de céans une copie – ainsi qu'une traduction en français – du rapport d'expertise rendu le 8 février 2023 par le professeur AF_____, spécialiste FMH en médecine interne (et médecin ayant participé à la conférence de consensus interdisciplinaire du 11 janvier 2022) et les deux médecins chargés des spécialités médicales concernées, soit le docteur AG_____, spécialiste en neurologie, et le professeur AH_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie.

Selon les conclusions consensuelles des trois experts précités, il n'existait pas de séquelles résiduelles de l'accident du 22 novembre 2018. Le lien de causalité entre cet événement et les troubles dont le recourant se plaignait aujourd'hui était certes possible mais n'était pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante. Cet accident avait causé une aggravation temporaire de l'état antérieur, dont la guérison était intervenue au plus tard à la fin du mois de juin 2019.

Se référant au dit rapport d'expertise, le recourant a indiqué qu'il en contestait tant l'appréciation médicale que les conclusions dans le cadre du litige l'opposant à ALLIANZ. Il demeurait par ailleurs dans l'attente d'éléments médicaux dont il entendait se prévaloir auprès de cet assureur.

g. Le 27 avril 2023, la chambre de céans a imparti un délai au recourant pour produire d'éventuels rapports médicaux supplémentaires.

h. Le 17 mai 2023, le recourant a indiqué qu'il n'avait pas de tels rapports supplémentaires à produire mais qu'en tout état, le rapport d'expertise du 8 février 2023 ne revêtait pas de rôle déterminant dans la mesure où il n'avait trait qu'à la problématique de la causalité examinée selon les critères spécifiques à l'assurance-accidents.

i. Par ordonnance du 22 mai 2023, la chambre de céans a requis d'ALLIANZ la production du dossier relatif à l'accident du 22 novembre 2018.

j. Le 6 juin 2023, ALLIANZ a transmis ce dossier (ci-après : le dossier LAA) à la chambre de céans.

k. Le 12 juin 2023, la chambre de céans a imparti un délai aux parties pour consulter le dossier LAA.

l. Par pli du 20 juin 2023, la caisse de compensation a indiqué que dans la mesure où le dossier LAA ne renfermait que des explications de nature médicale, elle n'avait pas de remarques à formuler.

m. Par écriture du 26 juin 2023, l'intimé a indiqué en substance qu'il renvoyait à un avis récent du SMR, du 19 juin 2023, qui estimait que le rapport d'expertise du 8 février 2023 ne contenait pas d'élément médical objectif permettant de remettre en question la précédente appréciation du cas.

Dans l'avis précité, le SMR a relevé que les experts avaient constaté de meilleures amplitudes articulaires de l'épaule gauche comparativement à celles décrites dans le rapport du 17 mars 2021 du Dr T_____. En outre, ils n'avaient pas constaté d'amyotrophie du membre supérieur gauche mais relevé que les membres supérieurs étaient de taille égale. Ainsi, en tant que l'assuré affirmait ne plus utiliser son membre supérieur gauche, il existait une incohérence entre ses plaintes et les constatations cliniques des experts. Cet aspect était renforcé par le fait que malgré la tristesse, les troubles du sommeil (dus à la douleur), de la concentration et de la mémoire, le recourant avait déclaré aux experts qu'il s'était rendu seul à l'expertise à Bâle en voiture et qu'il retournerait à Genève dans la journée.

n. Par courrier du 4 juillet 2023, le recourant s'est déterminé au sujet de l'avis du 19 juin 2023 du SMR en contestant que ses plaintes fussent exagérées et dépourvues de substrat organique. À l'appui de sa position, il a renvoyé notamment aux rapports de consultation du Dr T_____ des 7 mai, 17 août et 9 novembre 2020, et du 17 mars 2021, tout en relevant que selon les experts bâlois mandatés par ALLIANZ, l'obligation de prester de cet assureur avait été reconnue jusqu'au 30 juin 2019. Dans la mesure où une chronicisation des douleurs avait été constatée à tout le moins depuis l'accident du 22 novembre 2018, il n'existait aucun élément objectif permettant de retenir que les lésions traumatiques observées ne jouaient plus aucun rôle à ce jour. Au contraire, cette chronicisation des douleurs témoignait du fait que les lésions objectivées demeuraient invalidantes. Aussi le recourant a-t-il persisté dans ses conclusions.

o. Le 25 juillet 2023, le recourant a versé à la procédure un rapport du 19 juillet 2023 du docteur AI_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie. À l'interrogatoire du patient, il existait des douleurs quasi permanentes avec une légère diminution de la mobilité et une gêne pour dormir. À l'examen, on retrouvait une douleur à la palpation de l'articulation acromio-claviculaire, et à la mobilisation de l'épaule avec des signes de conflit (Yocum positif, Jobe positif, Palm up positif, Bear Hug positif), une mobilité limitée à 155° en élévation, 65° en rotation externe et une rotation interne à L5. La force musculaire était diminuée et il existait des dysesthésies à la percussion du creux sus-claviculaire. Après avoir rappelé les conclusions des précédentes IRM des 10 janvier 2019 et 15 février 2021, Le Dr AI_____ a également évoqué une nouvelle IRM pratiquée le 6 juillet, concluant notamment à la présence d'une structure liquidienne kystique située derrière le muscle coraco-brachial et devant le muscle sous-scapulaire, pouvant évoquer un kyste arthrosynovial versus une bursite à ce niveau.

Tirant argument du rapport du Dr AI_____, le recourant a fait valoir que les constatations de ce médecin attestaient sans équivoque des atteintes somatiques qui expliquaient ses plaintes.

p. Le 27 juillet 2023, la chambre de céans a transmis à l'intimé, pour information, une copie du courrier du 25 juillet 2023 et de son annexe.

q. Les autres faits seront mentionnés, si nécessaire, dans la partie « en droit » du présent arrêt.

EN DROIT

1.

1.1 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.

1.2 À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (ci-après : AI), à moins que la loi n'y déroge expressément.

1.3 La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10).

1.4 Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA ; art. 62 al. 1 LPA). Lorsque le délai échoit un samedi, un dimanche ou un jour férié selon le droit fédéral ou cantonal, son terme est reporté au premier jour ouvrable qui suit (art. 38 al. 3 LPGA et 17 al. 3 LPA).

1.5 Datée du 17 juin 2022, la décision litigieuse a été reçue le 20 juin 2022. Ayant commencé à courir le 21 juin 2022, le délai de recours a été suspendu du 15 juillet au 15 août 2022 (art. 38 al. 4 let. b LPGA, applicable par renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA) et est arrivé à échéance le 22 août 2022, le dernier jour du délai tombant sur un dimanche (21 août 2022). Posté le 22 août 2022, le recours a été interjeté en temps utile. Celui-ci respecte également les exigences de forme prévues par l'art. 61 let. b LPGA (*cf.* aussi l'art. 89B LPA), de sorte qu'il est recevable.

- 2.** Le 1^{er} janvier 2022, les modifications de la LAI et de la LPGA du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705), y compris les ordonnances correspondantes, sont entrées en vigueur.

En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (*cf.* ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, est déterminant le moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Si elle est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 9C_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2. et les références).

Dans les cas de révision selon l'art. 17 LPGA, conformément aux principes généraux du droit intertemporel (*cf.* ATF 144 V 210 consid. 4.3.1), il convient d'évaluer, selon la situation juridique en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, si une modification déterminante est intervenue jusqu'à cette date. Si tel est le cas,

les dispositions de la LAI et celles du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201) dans leur version valable jusqu'au 31 décembre 2021 sont applicables. Si la modification déterminante est intervenue après cette date, les dispositions de la LAI et du RAI dans leur version en vigueur à partir du 1^{er} janvier 2022 sont applicables. La date pertinente de la modification est déterminée par l'art. 88a RAI ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_55/2023 du 11 juillet 2023 consid. 2.2 ; 8C_644/2022 du 8 février 2023 consid. 2.2.3).

En l'occurrence, la décision litigieuse a certes été rendue après le 1^{er} janvier 2022. Toutefois, la question litigieuse est de savoir si un motif de révision est survenu, selon l'art. 88a RAI, à compter du 1^{er} novembre 2020, de sorte que les dispositions applicables seront citées dans la teneur qui était la leur avant le 1^{er} janvier 2022.

3. Le litige porte d'une part sur le *dies a quo* des rentes pour enfant de D_____, E_____ et F_____, liées à celles de leur père, et d'autre part sur la question de savoir si ce dernier a droit à une rente d'invalidité au-delà du 31 octobre 2020.

- 4.

4.1 L'art. 17 al. 1 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'AI 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 RAI, si la capacité de gain d'un assuré s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès que l'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 (al. 1). 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 ; l'art. 29^{bis} RAI est applicable par analogie (al. 2). Selon l'art. 29^{bis} RAI, si la rente a été supprimée du fait de l'abaissement du degré d'invalidité et que l'assuré, dans les trois ans qui suivent, présente à nouveau un degré d'invalidité ouvrant le droit à une rente en raison d'une incapacité de travail de même origine, on déduira de la période d'attente que lui imposerait l'art. 28 al. 1 let. b LAI, celle qui a précédé le premier octroi.

4.2 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'art. 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 134 V 131 consid. 3 ; 130 V 343 consid. 3.5). Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à une accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_622/2015 consid. 4.1). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; 112 V 371 consid. 2b ; 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).

Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; 130 V 343 consid. 3.5.2).

Si les conditions de la révision sont données, les prestations sont, conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA, modifiées pour l'avenir dans le sens exigé par le nouveau degré d'invalidité. Chaque loi spéciale peut fixer le point de départ de la modification ou encore exclure une révision en s'écartant de la LPGA (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 806/04 du 15 mars 2005 consid. 2.2.).

Dans le domaine de l'AI, le point de départ d'une modification du droit aux prestations est fixé avec précision. En cas de modification de la capacité de gain, la rente doit être supprimée ou réduite avec effet immédiat si la modification

paraît durable et par conséquent stable (phr. 1 de l'art. 88a al. 1 RAI) ; on attendra en revanche trois mois au cas où le caractère évolutif de l'atteinte à la santé, notamment la possibilité d'une aggravation, ne permettrait pas un jugement immédiat (phr. 2 de la disposition ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 666/81 du 30 mars 1983 consid. 3, *in* RCC 1984 p. 137 s.). En règle générale, pour examiner s'il y a lieu de réduire ou de supprimer la rente immédiatement ou après trois mois, il faut examiner pour le futur si l'amélioration de la capacité de gain peut être considérée comme durable (arrêt du Tribunal fédéral 9C_32/2015 du 10 septembre 2015 consid. 4.1). L'OAI doit réduire ou supprimer la rente avec effet à la fin du mois au cours duquel le délai de trois mois a expiré (voir arrêt du Tribunal fédéral 9C_900/2013 du 8 avril 2014 consid. 6.5 dans le même sens).

4.3 Selon les règles générales du droit des assurances sociales, l'assureur doit établir les faits pertinents. En vertu du principe inquisitoire énoncé à l'art. 43 al. 1 LPGA, il est tenu de procéder d'office aux investigations nécessaires et de recueillir les renseignements requis, les renseignements fournis oralement devant être consignés par écrit. En principe, il incombe à l'assureur de prouver une modification importante du degré d'invalidité lorsqu'il veut réduire ou supprimer une rente (arrêt du Tribunal fédéral 8C_481/2013 du 7 novembre 2013 consid. 3.1 non publié *in* : ATF 139 V 585). Si une modification des faits déterminante pour le droit aux prestations n'est pas établie au degré de la vraisemblance prépondérante, la situation juridique qui prévalait jusqu'alors est maintenue conformément au principe du fardeau matériel de la preuve (arrêt du Tribunal fédéral 8C_481/2013 du 7 novembre 2013 consid. 2.4 et les références ; pour un cas d'application : *cf.* notamment l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_333/2015 du 17 juillet 2015 consid. 3.2).

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).
6. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

7. 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).

8.

8.1 Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). 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 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 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

8.2 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 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3).

8.3 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.

8.3.1 Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

8.3.2 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 ; 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

8.3.3 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 ; 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).

9.

9.1 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). 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).

9.2 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).

10.

10.1 En l'espèce, il n'est ni contesté, ni contestable, qu'à l'issue du délai d'attente d'un an, soit en août 2017, le recourant était totalement incapable d'exercer la moindre activité, qu'il pouvait en principe prétendre à une rente entière dès le 1^{er} août 2017 mais qu'en raison du dépôt de sa demande de prestations seulement le 25 août 2017, la rente ne pouvait lui être versée qu'à compter du 1^{er} février 2018 (cf. art. 29 al. 1 et 3 LAI).

10.2 Est en revanche contesté le point de départ du versement des rentes pour enfant de D_____, E_____ et F_____ : alors que la caisse de compensation ayant fixé le *dies a quo* au 1^{er} septembre 2019, date de l'entrée en vigueur de la Convention de sécurité sociale entre la Confédération suisse et la République du Kosovo, conclue le 8 juin 2018 (ci-après : la Convention CH-RKS – RS 0.831.109.475.1), le recourant estime pour sa part qu'au vu du domicile de ses

enfants en Suisse depuis leur naissance, la rente pour l'enfant D_____, née le 11 décembre 2015, devrait être versée, comme celle de son père, dès le 1^{er} février 2018, alors que pour E_____ (né le 29 avril 2018) et F_____ (né le 5 août 2019), ce seraient leurs dates de naissance respectives qui feraient foi. Aussi convient-il d'examiner ci-après les règles topiques en la matière.

10.2.1 Selon l'art. 35 al. 1 LAI, les hommes et les femmes qui peuvent prétendre une rente d'invalidité ont droit à une rente pour chacun des enfants qui, au décès de ces personnes, auraient droit à la rente d'orphelin de l'assurance-vieillesse et survivants (*cf.* art. 25 de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants du 20 décembre 1946 [LAVS - RS 831.10]).

Aux termes de l'art. 35 al. 4 LAI, la rente pour enfant est versée comme la rente à laquelle elle se rapporte. Les dispositions relatives à un emploi de la rente conforme à son but (art. 20 LPGA) ainsi que les décisions contraires du juge civil sont réservées. Le Conseil fédéral peut édicter des dispositions spéciales sur le versement de la rente, en dérogation à l'art. 20 LPGA, notamment pour les enfants de parents séparés ou divorcés.

En règle générale, le droit à la rente pour enfant prend naissance en même temps que le droit du père ou de la mère à une rente d'invalidité. Pour les enfants nés après l'ouverture du droit à la rente d'invalidité, le droit à la rente est ouvert le premier jour du mois de leur naissance. Cette règle s'applique également lorsque la filiation a été établie après coup, par reconnaissance ou par jugement (art. 252 al. 2 du Code civil suisse du 10 décembre 1907 [CC - RS 210] ; Michel VALTERIO, Commentaire de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, n. 15-16 *ad* art. 35).

En complément à l'art. 35 LAI, l'art. 6 al. 2 LAI prévoit que les étrangers ont droit aux prestations, sous réserve de l'art. 9 al. 3, aussi longtemps qu'ils conservent leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse, mais seulement s'ils comptent, lors de la survenance de l'invalidité, au moins une année entière de cotisations ou dix ans de résidence ininterrompue en Suisse. Aucune prestation n'est allouée aux proches de ces étrangers s'ils sont domiciliés hors de Suisse.

L'art. 6 al. 2 LAI constitue une règle de droit interne qui s'applique sous réserve des dispositions de l'accord sur la libre circulation des personnes (ALCP) avec l'UE ; de la Convention AELE et des autres conventions internationales de sécurité sociale conclues par la Suisse. Demeure également réservé l'arrêté fédéral du 4 octobre 1962 concernant le statut des réfugiés et des apatrides dans l'assurance-vieillesse et survivants et dans l'assurance-invalidité (Aréf.). L'art. 6 al. 2 LAI vise donc les assurés qui ne tombent pas sous le coup de ces réglementations (Michel VALTERIO, Commentaire de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, n. 5 *ad* art. 6).

L'art. 5 § 1 de la Convention CH-RKS prévoit, en relation avec ses art. 2 et 3, que les ressortissants des États contractants qui sont ou qui ont été soumis aux dispositions légales de l'un des États contractants, ainsi que les membres de leur famille et leurs survivants, qui ont droit à des prestations en espèces au titre de la LAVS ou de LAI, perçoivent ces prestations intégralement, sans aucune restriction, tant qu'elles résident sur le territoire de l'un des États contractants.

Selon l'art. 5 § 2 de la Convention CH-RKS, les rentes ordinaires de l'assurance-invalidité suisse accordées aux assurés dont le taux d'invalidité est inférieur à 50%, ainsi que les rentes extraordinaires et les allocations pour impotent de l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité suisse, ne sont versées qu'aux personnes qui sont domiciliées en Suisse et qui y résident habituellement.

Les directives concernant les rentes de l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité fédérale (ci-après : DR) précisent :

« Si le parent titulaire de la rente principale est de nationalité suisse, ressortissant de l'UE/AELE ou d'un état lié à la Suisse par une convention de sécurité sociale, le droit à la rente pour enfant existe indépendamment de la nationalité et du domicile de l'enfant. Pour le droit à la rente pour enfant, sont donc déterminants la nationalité et le domicile du parent titulaire de la rente principale [DR, n° 3342.1].

Par contre, aucun droit à la rente pour enfant n'existe pour le parent titulaire de la rente principale ressortissant d'un État non lié par une convention (font exception les réfugiés reconnus : *cf.* n° 3342.1) lorsque l'enfant n'a pas son domicile et sa résidence habituelle en Suisse et pour autant qu'il ne possède pas la nationalité suisse (ou UE/AELE) [DR, n° 3342.2] ».

10.2.2 Selon l'art. 13 LPGA, le domicile d'une personne est déterminé selon les art. 23 à 26 du code civil (al. 1). Une personne est réputée avoir sa résidence habituelle au lieu où elle séjourne un certain temps même si la durée de ce séjour est d'emblée limitée (al. 2).

En vertu de l'art. 25 CC, l'enfant sous autorité parentale partage le domicile de ses père et mère ou, en l'absence de domicile commun des père et mère, le domicile de celui de ses parents qui détient la garde ; subsidiairement, son domicile est déterminé par le lieu de sa résidence (al. 1). Le domicile de l'enfant sous tutelle est au siège de l'autorité de protection de l'enfant (al. 2).

Au sens des art. 13 al. 1 LPGA et 23 al. 1, 1^e phrase, CC, le domicile civil de toute personne est au lieu où elle réside avec l'intention de s'y établir. La notion de domicile contient deux éléments : d'une part, la résidence, soit un séjour d'une certaine durée dans un endroit donné et la création en ce lieu de rapports assez étroits et, d'autre part, l'intention de se fixer pour une certaine durée au lieu de sa résidence qui doit être reconnaissable pour les tiers et donc ressortir de circonstances extérieures et objectives. Cette intention implique la volonté manifestée de faire d'un lieu le centre de ses relations personnelles et

professionnelles. L'intention de se constituer un domicile volontaire suppose que l'intéressé soit capable de discernement au sens de l'art. 16 CC. Cette exigence ne doit pas être appréciée de manière trop sévère (ATF 127 V 237 consid. 2c) et peut être remplie par des personnes présentant une maladie mentale, dans la mesure où leur état leur permet de se former une volonté (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 282/91 du 21 octobre 1992 consid. 2a). Le domicile d'une personne se trouve ainsi au lieu avec lequel elle a les relations les plus étroites, compte tenu de l'ensemble des circonstances. Le lieu où les papiers d'identité ont été déposés ou celui figurant dans des documents administratifs, comme des attestations de la police des étrangers, des autorités fiscales ou des assurances sociales constituent des indices qui ne sauraient toutefois l'emporter sur le lieu où se focalise un maximum d'éléments concernant la vie personnelle, sociale et professionnelle de l'intéressé (ATF 141 V 530 consid. 4.3 et les références).

Du point de vue des assurances sociales, il n'est dès lors pas déterminant pour fonder un domicile en Suisse que la personne concernée dispose d'une autorisation d'établissement ou de résidence dans le pays (ATF 125 III 100 consid. 3 ; Margit MOSER-SZELESS *in* : Commentaire romand de la LPGA, 2018, n. 10 *ad* art. 13). La jurisprudence est cependant plus restrictive avec les personnes disposant d'une autorisation de séjour saisonnière ou de courte durée (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 9C_492/2015 du 9 février 2015 consid. 6.3). Dans un arrêt du 31 août 2009, le Tribunal fédéral a cependant estimé que le fait qu'une ressortissante étrangère ait reçu une autorisation seulement cinq ans après le début de son séjour en Suisse ne faisait pas obstacle à la constitution d'un domicile dès son entrée en Suisse, sa situation n'étant pas comparable à celle d'un travailleur saisonnier (arrêt du Tribunal fédéral 9C_914/2008 du 31 août 2009 consid. 6.2).

Par résidence habituelle au sens de l'art. 13 al. 2 LPGA, il convient de comprendre la résidence effective en Suisse (« *der tatsächliche Aufenthalt* ») et la volonté de conserver cette résidence ; le centre de toutes les relations de l'intéressé doit en outre se situer en Suisse (ATF 119 V 111 consid. 7b et la référence). La notion de résidence doit être comprise dans un sens objectif, de sorte que la condition de la résidence effective en Suisse n'est en principe plus remplie à la suite d'un départ à l'étranger (ATF 141 V 530 consid. 5.3).

10.2.3 En l'occurrence, il sied de relever en premier lieu que pour la période qui précède l'entrée en vigueur, au 1^{er} septembre 2019, de la convention CH-RKS, la situation du recourant est régie par l'art. 6 al. 2 LAI.

Il s'ensuit que pour la période qui précède cette date, le versement de la rente d'invalidité est subordonné notamment à l'existence d'un domicile en Suisse. À cet égard, la chambre de céans constate que la caisse de compensation a admis – à tout le moins de manière implicite – que le recourant remplissait cette condition déjà en février 2018, bien qu'il ressorte des informations du registre de l'office cantonal de la population et des migrations (ci-après : OCPM) qu'il ne possédait pas de titre de séjour avant le 3 avril 2019 et que la date de son entrée

sur le territoire suisse ne remonterait qu'au 29 mars 2019. On constate cependant que cette dernière information est contredite par une attestation délivrée le 4 octobre 2017 par cette même autorité, certifiant que le recourant, domicilié 42, avenue Blanc, 1202 Genève, « réside sur le territoire de notre canton [et qu'il] a déposé une demande d'autorisation de séjour actuellement à l'examen auprès de nos services » (dossier AI, doc. 21). En tenant compte également du parcours professionnel de l'intéressé à Genève durant de nombreuses années – qui est documenté, entre autres, par ses extraits de compte individuel remontant à avril 2003 (*cf.* dossier AI, doc. 92) – et de ses adresses genevoises successives, qui ressortent notamment des communications fiscales couvrant les périodes d'imposition 2016 à 2021 (*cf.* pièces 4 à 8 recourant), le fait que la caisse de compensation ait retenu que le recourant avait son domicile et sa résidence habituelle en Suisse au moment de la naissance de son droit à la rente n'apparaît nullement critiquable au regard de la jurisprudence précitée (*cf.* ci-dessus : consid. 10.2.2).

Est en revanche contestable le fait que la caisse de compensation ait retenu que la présence des enfants D_____, E_____ et F_____ sur le territoire suisse ne serait pas antérieure au 9 novembre 2021, le seul motif invoqué étant que cette information est inscrite au registre de l'OCPM. On relève toutefois que les extraits de ce même registre indiquent que D_____, E_____ et F_____ sont tous trois nés à Genève et qu'il existe en outre suffisamment d'indices concordants dans d'autres pièces du dossier pour constater que ces enfants – qui sont nés avant le mariage de leurs parents et ont tous été reconnus en Suisse par leur père (pièces 1 à 3 recourant) – vivent depuis leur naissance avec leurs parents dans le canton de Genève où ils ont vu le jour (*cf.* dossier AI, doc. 21 précité et doc. 43, p. 5/44 [anamnèse sociale établie par le Dr Q_____] ; pièces 4 à 8 recourant et les références aux allocations familiales, charges de famille, assurance-maladie et frais médicaux des enfants qu'elles comportent ; pièces 9 à 22 recourant, relatives aux nombreuses consultations pédiatriques des trois enfants aux HUG dès leur plus jeune âge, en particulier la pièce 12 et ses références aux père et mère). Ainsi, l'éventualité que les domicile et résidence habituelle des enfants se situent en Suisse depuis leur naissance apparaît nettement plus vraisemblable (au sens d'une « vraisemblance prépondérante » ; *cf.* consid. 9.1) que l'hypothèse de leur arrivée en Suisse le 9 novembre 2021 seulement, celle-ci n'étant corroborée par aucun élément factuel. En conséquence, c'est à tort que la décision litigieuse fixe le point de départ du versement des rentes pour enfant en fonction de la date d'entrée en vigueur de la Convention CH-RKS (1^{er} septembre 2019).

Compte tenu de ces éléments et des principes exposés plus haut (consid. 10.2.1), la décision litigieuse devra être réformée en ce sens que la rente en faveur de D_____ est due dès le 1^{er} février 2018, celle en faveur de E_____ dès le 1^{er} avril 2018 et celle en faveur de F_____ dès le 1^{er} août 2019.

-
11. Reste à déterminer si et depuis quand le recourant présente une capacité de travail résiduelle dans une activité lucrative adaptée, à quel taux, et si les conditions étaient réunies pour que l'intimé supprime son droit à la rente d'invalidité au 31 octobre 2020.

11.1 Selon l'intimé le recourant présente une capacité de travail de 100%, sans diminution de rendement dans une activité adaptée depuis le 7 août 2020, ce que le recourant conteste.

La chambre de céans constate que la date du 7 août 2020, retenue par le SMR dans son rapport du 12 janvier 2021, est calquée sur le rapport du 7 août 2020 du Dr Y_____, dont les conclusions sont reprises par le SMR en tant qu'il y est fait état d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée. Ce même rapport du SMR apparaît également fondé sur le rapport du 1^{er} octobre 2020 de la Dre Z_____, que ce soit pour la capacité de travail de 100% dans une activité adaptée, également attestée par cette praticienne, ou pour les limitations fonctionnelles auxquelles une activité adaptée doit répondre (épargne de l'épaule gauche). Constitue ainsi une activité adaptée, selon le SMR, toute activité n'impliquant, pour le membre supérieur gauche ni port de charges, ni geste au-dessus de l'horizontale, ni geste répétitif.

Il sied toutefois de constater que les rapports précités des Dr Y_____ et Z_____, sur lesquels le SMR se fonde, ne se prononcent pas sur d'éventuelles douleurs de l'épaule gauche même au repos, le premier de ces médecins évoquant des douleurs persistantes en cas de port de charges lourdes et la seconde des douleurs à la mobilisation. Quant au Dr T_____, la chambre de céans constate que si ce médecin se montrait encore optimiste concernant l'évolution des douleurs dans son rapport du 7 mai 2020, (également cité par le SMR dans son rapport du 12 janvier 2021) en indiquant qu'avec la physiothérapie, les douleurs et la tuméfaction diminueraient, on note qu'il ressort notamment de son rapport du 17 août 2020 que les douleurs ne se manifestent pas seulement en cas de sollicitation de l'épaule gauche mais aussi la nuit, et qu'elles irradient jusque dans l'avant-bras. Quelques mois plus tard, le Dr T_____ rapporte également des douleurs en cas de « position immobile prolongée » (cf. rapport du 17 mars 2021) et évoque un patient qui « souffre encore beaucoup de cette épaule » (rapport du 7 juin 2021), ce qui lui fait dire que « malgré ce qui été émis par l'AI, nous ne sommes pas du tout dans une situation qui a été stabilisée [ou] améliorée » (rapport du 7 juin 2021) mais « face à une situation stagnante au niveau des douleurs [...] avec des douleurs d'allure nociplastique » (rapport du 7 décembre 2021). Aussi le Dr T_____ en conclut qu'il faut poursuivre le suivi par la consultation de la douleur chronique et que le patient, au niveau de la situation actuelle, n'est « plus capable d'effectuer un travail physique » (rapport du 7 décembre 2021).

Dans son avis du 2 mars 2022, le SMR, se fondant sur le rapport du 7 décembre 2021 du Dr T_____ et l'absence de lésion neurologique à l'ENMG

du 14 juin 2021 (Dr AE_____), considère que l'état de santé de l'assuré ne s'est pas notablement amélioré, mais ne s'est pas non plus aggravé, de sorte que son rapport du 12 janvier 2021 reste valable.

La chambre de céans constate que si les conclusions du premier rapport du SMR (du 12 janvier 2021) apparaissent cohérentes au regard des rapports médicaux qui y sont cités, on ne saurait en dire autant du second rapport du SMR, du 2 mars 2022, dans la mesure où la « situation stagnante au niveau des douleurs » décrite par le Dr T_____ se réfère à une manifestation des douleurs plus générale (y compris la nuit et en cas de position immobile prolongée) qui ne ressortait pas des rapports médicaux sur la base desquels le SMR a conclu qu'il existait, dès le 7 août 2020, une capacité de travail entière dans une activité adaptée (c'est-à-dire n'impliquant, pour le membre supérieur gauche, ni port de charges, ni geste au-dessus de l'horizontale, ni geste répétitif ou d'utilisation intensive). Or, cette appréciation de la capacité de travail n'est pas nécessairement équivalente à l'incapacité d'effectuer un travail physique attestée par le Dr T_____ dans son rapport du 7 décembre 2021, surtout si les douleurs se manifestent malgré une épargne de l'épaule gauche. En effet, à l'examen du volet neurologique du rapport d'expertise du 8 février 2023 d'ASIM *Begutachtungen*, on constate que l'expert AG_____ explique que les critères diagnostiques des douleurs nociplastiques (CIM-10 ; M25.51) – qui ont été évoquées par le Dr T_____ dans son rapport du 7 décembre 2021 mais non investiguées par le SMR/l'intimé – sont réalisés. En ce qui concerne les conséquences fonctionnelles de ces douleurs et des autres diagnostics retenus par le Dr AG_____ et les co-experts (*status* après chute dans les escaliers le 22 novembre 2018 ; *status* après contusion du 2 août 2016 ; *status* après arthroscopie de l'épaule gauche [...] le 21 janvier 2020 ; arthrose acromioclaviculaire), le Dr AG_____ rejoint certes pour l'essentiel le SMR en retenant que le recourant ne peut pas soulever ou porter d'objet lourds et que les travaux au-dessus de la tête ne sont pas possibles. Cependant, même si les experts AG_____, AF_____ et AH_____ ne se prononcent pas sur la capacité de travail du recourant, le Dr AG_____ n'en aborde pas moins en ces termes une question que le SMR n'a pas intégrée à son appréciation de la capacité de travail dans une activité adaptée, à savoir : « la douleur affecte négativement la qualité de vie [...]. La symptomatologie douloureuse affecte négativement la concentration et la mémoire. Le sommeil est perturbé par la douleur » (*cf.* rapport d'expertise neurologique, p. 11).

Cette symptomatologie douloureuse n'est donc pas discutée par le SMR, notamment sous l'angle de son influence – ou non – sur le taux d'activité et/ou le rendement exigible de la part du recourant dans une activité adaptée.

Dans son avis du 19 juin 2023, le SMR fait au contraire le choix de maintenir ses conclusions du 12 janvier 2021 en se focalisant sur le fait que les experts bâlois d'ASIM ont rapporté que l'intensité des troubles ne pouvait pas être expliquée par les résultats cliniques et radiologiques et que le recourant a déclaré être venu seul

à l'expertise à Bâle en voiture. Cette argumentation n'emporte toutefois pas la conviction dès lors que les éventuelles incohérences rapportées n'impliquent pas nécessairement que les plaintes soient dépourvues de substrat organique. On rappellera tout d'abord à ce sujet que l'expert neurologue AG_____ admet que la symptomatologie douloureuse affecte négativement la concentration et la mémoire et que le sommeil est perturbé par la douleur. Force est par ailleurs de constater que le caractère inexplicable, aux dires des experts AG_____, AF_____ et AH_____, de l'intensité des troubles au regard des résultats cliniques et radiologiques est apprécié à la lumière de documents d'imagerie assez anciens, remontant à deux ans et plus (IRM des 10 janvier 2019, 2 septembre 2019 et 15 février 2021 ; cf. expertise neurologique, p. 10). Or, selon le rapport du 19 juillet 2023 du Dr AI_____, une IRM réalisée le 6 juillet 2023, soit à quelques mois d'intervalle du rapport d'expertise bidisciplinaire du 8 février 2023, révélait une évolution par rapport à l'IRM du 15 février 2021, prenant la forme d'une petite fissuration profonde de l'enthèse du sous-scapulaire avec un clivage intra-tendineux, et d'une fissuration profonde de l'enthèse du muscle sus-épineux, sans lésion transfixiante. Dans son rapport du 19 juillet 2023, le Dr AI_____ note par ailleurs la présence d'une structure liquidienne kystique située derrière le muscle sous-scapulaire et devant le muscle sous-scapulaire, pouvant évoquer un kyste arthrosynovial *versus* une bursite à ce niveau.

Il ressort ainsi du rapport du Dr AI_____ que la situation de l'épaule gauche du recourant était encore tout récemment sujette à des évolutions sur le plan des tendinopathies et que ce praticien pose également un diagnostic différentiel dont il n'a jamais été question dans les rapports précédemment versés au dossier (kyste arthrosynovial *versus* bursite). Il sied de constater que ces développements récents, qui attestent du caractère évolutif de l'atteinte à l'épaule gauche, vont dans le sens de la non-stabilisation du cas déjà rapportée par le Dr T_____ le 7 juin 2021. Sachant toutefois que le rapport du Dr AI_____ a été rendu postérieurement à la décision litigieuse, se pose la question de savoir dans quelle mesure il y a lieu d'en tenir compte.

Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5, arrêt du Tribunal fédéral 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.3). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération, dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral I 321/04 du 18 juillet 2005 consid. 5). On rappellera par ailleurs qu'une amélioration de la capacité de gain ou de la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré

n'est déterminante pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où l'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 (art. 88a al. 1 RAI ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.2).

En l'espèce, le rapport du 6 juillet 2023 du Dr AI_____ ne se prononce ni sur les répercussions éventuelles des modifications constatées à l'épaule gauche sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée, ni sur le moment à partir duquel ces modifications se sont produites et ont déployé leurs éventuels effets. Malgré cela, les diagnostics nouveaux que ce rapport comporte – et sur lesquels l'intimé ne s'est pas déterminé – jettent un doute sur l'incohérence des plaintes que le SMR a invoquée dans son avis du 19 juin 2023 pour motiver le maintien de ses précédentes conclusions, lesquelles, on l'a vu, ne tenaient déjà pas compte, dans l'avis du 2 mars 2022, des douleurs d'allure nociplastique rapportées le 7 décembre 2021 par le Dr T_____ et confirmées par l'expert AG_____. Étant donné que le SMR ne s'est prononcé ni sur le diagnostic de douleurs d'allure nociplastique posé par le Dr T_____, ni sur son influence éventuelle sur les limitations fonctionnelles et la capacité de travail du recourant, la conclusion de l'intimé qu'une amélioration de la capacité de travail du recourant s'est produite le 7 août 2020 dans la mesure retenue par le SMR n'est en l'état pas établie. En outre, le fait que le rapport IRM du 15 février 2021 des radiologues AC_____ et AD_____ ait révélé des changements – certes légers à l'épaule gauche – en comparaison avec une précédente IRM du 2 septembre 2019 suggère qu'il existait, déjà en 2021, une situation évolutive (dans le même sens : cf. le rapport du 7 juin 2021 du Dr T_____) qui se serait poursuivie après la décision litigieuse, comme tend à l'illustrer l'IRM du 6 juillet 2023 relatée par le Dr AI_____. Dans ces conditions, il est douteux que depuis l'accident du 22 novembre 2018, la situation du recourant ait été stabilisée de manière durable à un moment donné, au point que les exigences de l'art. 88a RAI soient remplies (pour une problématique similaire : cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 4).

11.2 En l'état actuel de l'instruction, les doutes qui entourent la fiabilité et la pertinence des appréciations effectuées par le SMR (cf. ci-dessus : consid. 11.1) font qu'une modification au sens de l'art. 17 LPGA n'est pas établie au degré de la vraisemblance prépondérante (cf. ci-dessus : consid. 4.3). En lien avec cette problématique, on soulignera par ailleurs que les experts d'ASIM *Begutachtungen* ne se prononcent pas sur la capacité de travail du recourant, que ce soit dans son activité habituelle ou une activité adaptée. Dans ces conditions, compte tenu du caractère insuffisant de l'instruction, il incombera à l'intimé de mettre en œuvre une expertise indépendante au sens de l'art. 44 LPGA – comportant à tout le moins des volets orthopédiques et neurologiques – pour déterminer si les

conditions de la révision sont réunies, c'est-à-dire si et le cas échéant à partir de quand la rente d'invalidité du recourant doit être réduite, voire supprimée.

12. Compte tenu de ce qui précède, le recours doit être partiellement admis ; la décision du 17 juin 2022 sera non seulement réformée – en ce sens que la rente en faveur de D_____ est due dès le 1^{er} février 2018, celle en faveur de E_____ dès le 1^{er} avril 2018 et celle en faveur de F_____ dès le 1^{er} août 2019 (ci-dessus : consid. 10) – mais aussi annulée, en tant qu'elle supprime la rente d'invalidité du recourant (et les rentes pour enfant) à partir du 1^{er} novembre 2020, et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
13. Le recourant, représenté par un avocat, a droit à des dépens qui seront fixés à CHF 2'500.- (art. 61 let. g LPGA).

Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement au sens des considérants.
3. Réforme la décision du 17 juin 2022 en ce sens que la rente en faveur de D _____ est due dès le 1^{er} février 2018, celle en faveur de E _____ dès le 1^{er} avril 2018 et celle en faveur de F _____ dès le 1^{er} août 2019.
4. Annule la décision du 17 juin 2022 en tant qu'elle supprime la rente d'invalidité du recourant et les rentes pour enfant à partir du 1^{er} novembre 2020.
5. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
6. Condamne l'intimé à payer au recourant la somme de CHF 2'500.- à titre de participation à ses frais et dépens.
7. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
8. 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

Le président

Christine RAVIER

Blaise PAGAN

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