

# **GE\_GERICHTE ATAS/231/2026 vom 17. März 2026**

GE Cour de justice, 2026-03-17, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_231\\_2026](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_231_2026)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/231/2026 du 17 mars 2026

IT: GE\_GERICHTE ATAS/231/2026 del 17 marzo 2026

## **Erwägungen**

### **E. 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.

### **E. 1.2**

À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. La procédure devant la chambre de céans est ainsi régie par les dispositions de la LPGA et de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA – E 5 10).

### **E. 1.3**

Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA ; art. 62 al. 1 LPGA). Posté le 10 septembre 2025, le recours a été interjeté en temps utile. Comme il respecte également les conditions de forme prévues par l'art. 61 let. b LPGA (art. 89B LPA), il est recevable.

### **E. 2**

Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité.

A/3088/2025 - 21/41 -

### **E. 3**

novembre 2021 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI – RS 831.201 ; RO 2021 706). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (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 1er 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2 et les références). En cas de premier octroi d'une rente échelonnée ou limitée dans le temps et en cas de révision, si la modification déterminante s'est produite avant le 1er janvier 2022, les dispositions de la LAI et celles du RAI dans leur version valable jusqu'au 31 décembre 2021 s'appliquent. Si la modification déterminante s'est produite après le 31 décembre 2021, les dispositions de la LAI et celles du RAI dans leur version entrée en vigueur le 1er janvier 2022 s'appliquent. La date de la modification

déterminante est déterminée selon l'art. 88a RAI (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_658/2022 du 30 juin 2022 consid. 3.2 ; Circulaire sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance-invalidité [CIRAI], valable dès le 1er janvier 2022, ch. 9102).

### **E. 3.1**

Le 1er janvier 2022, sont entrées en vigueur les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705) ainsi que celles du

### **E. 3.2**

L'assuré, dont la capacité de gain ou la capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, a droit à une rente d'invalidité s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI). Le droit à la rente prend cependant naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations (art. 29 al. 1 LAI).

### **E. 3.3**

En l'occurrence, il ressort de la décision litigieuse que le recourant a déposé sa demande de prestations le 22 octobre 2019, qu'il présente une capacité de travail nulle dans l'activité de nettoyeur en bâtiment depuis le 5 juin 2019 et que sa capacité de travail était de 100% dès le 1er avril 2021 dans une activité adaptée. Dans la mesure où tant la naissance éventuelle du droit à la rente, en juin 2020, que la modification de la capacité de gain, en avril 2021 (ci-après : consid. 8), sont antérieures au 1er janvier 2022, les dispositions de la LAI et celles du RAI dans leur version valable jusqu'au 31 décembre 2021 s'appliquent. Partant, les

A/3088/2025 - 22/41 - dispositions légales et réglementaires topiques seront citées, ci-après, dans la teneur qui était la leur jusqu'à cette date.

### **E. 4.1**

L'art. 17 al. 1 LPGA dispose que la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, lorsque le taux d'invalidité de l'assuré : a. subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage, ou b. atteint 100%. Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA, applicable par analogie (ATF 148 V 321 consid. 7.3.1 ; 145 V 209 consid. 5.3 ; 125 V 413 consid. 2d).

#### **E. 4.1.1**

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 144 I 103 consid. 2.1 ; 134 V 131 consid. 3 ; 130 V 343 consid. 3.5). Si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels s'améliore, ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression

de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où 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).

#### **E. 4.1.2**

La base de comparaison déterminante dans le temps pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente est constituée par la dernière décision entrée en force 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 (ATF 147 V 167 consid. 4.1 et la référence). Cependant l'octroi rétroactif d'une rente d'invalidité limitée dans le temps présuppose, en règle générale, l'existence de motifs de révision, c'est-à-dire un changement ayant une incidence sur le droit à la rente intervenu avant même que la décision de rente ne soit rendue (ATF 148 V 321 consid. 7.3.1 ; 145 V 215 V 215 consid. 8.2 ; 145 V 209 consid. 5.3). Dans le cas de l'octroi rétroactif d'une rente temporaire ou échelonnée, les bases de comparaison déterminantes sont, d'une part, la date du début du droit à la rente et, d'autre part, la date de la

A/3088/2025 - 23/41 - modification du droit à la rente compte tenu du délai de trois mois de l'art. 88a RAI (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_51/2024 du 2 juillet 2024 consid. 2.4 et les références).

#### **E. 4.2**

Aux termes des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, 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. 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).

#### **E. 4.3**

Selon l'art. 4 al. 2 LAI, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Ce moment doit être déterminé objectivement, d'après l'état de santé ; des facteurs externes fortuits n'ont pas d'importance. Il ne dépend en particulier ni de la date à laquelle une demande a été présentée, ni de celle à partir de laquelle une prestation a été requise, et ne coïncide pas non plus nécessairement avec le moment où l'assuré apprend, pour la première fois, que l'atteinte à sa santé peut ouvrir droit à des prestations d'assurance (ATF 126 V 5 consid. 2b ; 126 V 157 consid. 3a ; 118 V 79 consid. 3a et les références). En matière de rentes d'invalidité, l'invalidité est réputée survenue lorsque les conditions de l'art. 28 al. 1 LAI sont réalisées (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_510/2020 du 2 novembre 2020 consid. 2.2). Contrairement à l'assurance-invalidité, l'assurance-accidents est chargée du traitement de l'atteinte à la santé (cf. art. 10 de la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 ; RS 832.20) et le droit à une rente de cette assurance ne dépend pas de la durée de l'incapacité de travail, mais du moment à partir duquel il n'y a plus lieu d'attendre de la

continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et du terme d'éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité. Les offices AI n'ont, quant à eux, pas à attendre l'issue des mesures thérapeutiques, ni la stabilisation du cas, mais sont tenus d'évaluer la capacité de gain des assurés bien avant, soit à l'aune des conditions de l'art. 28 al. 1 LAI (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_239/2020 du 19 avril 2021 consid. 8.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_438/2011 du 31 juillet 2012 consid. 4.3).

#### **E. 4.4**

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.

A/3088/2025 - 24/41 - 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).

#### **E. 4.5**

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 I 654/00 du

#### **E. 4.6**

L'évaluation de l'invalidité s'effectue à l'aune d'un marché équilibré du travail. Cette notion, théorique et abstraite, sert de critère de distinction entre les cas relevant de l'assurance-chômage ou de l'assurance-invalidité. Elle présuppose un équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre d'une part et un marché du travail structuré (permettant d'offrir un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des sollicitations intellectuelles que physiques) d'autre part (ATF 110 V 273 consid. 4b). Le caractère irréaliste des possibilités de travail doit alors découler de l'atteinte à la santé – puisqu'une telle atteinte est indispensable à la reconnaissance de l'invalidité (art. 7 et 8 LPGA) – et non de facteurs psychosociaux ou socioculturels qui sont étrangers à la définition juridique de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 6.1 et la référence). 5.

5.1 Sous la note marginale « conditions d'assurance », l'art. 6 LAI dispose que les ressortissants suisses et étrangers ainsi que les apatrides ont droit aux prestations conformément aux dispositions ci-après. L'art. 39 est réservé (al. 1). 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 (al. 2). Selon l'art. 36 LAI, le droit à une rente ordinaire naît seulement si l'assuré compte au moins trois années de cotisation au moment de la survenance de l'invalidité. La jurisprudence précise qu'en tant que l'art. 36 LAI subordonne l'octroi d'une rente ordinaire de l'assurance-invalidité à une durée minimale de cotisations (depuis le 1er janvier 2008 : trois années de cotisations au lieu

d'une année de cotisations avant cette date), il s'agit d'une condition qui s'applique quelle que soit la nationalité de la personne assurée. Il convient donc de bien distinguer

A/3088/2025 - 25/41 - l'art. 6 al. 2 LAI, disposition qui fixe les conditions supplémentaires auxquelles doivent répondre les ressortissants étrangers pour pouvoir bénéficier des prestations de l'assurance-invalidité, de l'art. 36 al. 1 LAI, disposition qui fixe une condition spécifique pour l'octroi d'une rente ordinaire de l'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_36/2015 du 29 avril 2015 consid. 4 ; Michel VALTERIO, Commentaire de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité, 2018, n. 15 ad art. 6 LAI). 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 apatrides dans l'assurance-vieillesse et survivants et dans l'assurance-invalidité (Michel VALTERIO, op. cit., n. 5 ad art. 6 LAI). 5.2 En application des principes figurant aux art. 29 al. 1 et 29ter de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants du 20 décembre 1946 (LAVS – RS 831.10) et de l'art. 50 du règlement sur l'assurance-vieillesse et survivants du 31 octobre 1947 (RAVS – 831.101), la condition de durée minimale de cotisations de trois années – prévue par l'art. 36 LAI – est réalisée lorsque la personne a été assurée obligatoirement ou facultativement pendant plus de deux années et onze mois au total. Cette condition est considérée comme étant réalisée lorsque durant cette période, la personne : - a versé la cotisation minimale ; - ou en tant que personne sans activité lucrative, était mariée ou vivait sous le régime du partenariat enregistré avec une personne qui a versé au moins le double de la cotisation minimale ; - ou encore, a droit à la prise en compte de bonifications pour tâches éducatives ou pour tâches d'assistance (ATAS/349/2025 du 15 mai 2025 consid. 6.2). La condition de la durée minimale de cotisations doit être remplie au moment de la survenance de l'invalidité. Les périodes accomplies après ce terme n'entrent pas en ligne de compte (RCC 1959, p. 449), y compris en cas de modifications du degré d'invalidité concernant le même cas d'assurance (ATF 136 V 369 consid. 3.1). Si au moment où l'invalidité est réputée survenue (art. 28 al. 1 LAI), la personne assurée ne présente pas une durée de cotisation suffisante, la possibilité de bénéficier des cotisations de son conjoint, ayant versé au moins le double de la cotisation minimale (art. 3 al. 3 LAVS), n'est possible que pour la période à partir de laquelle la personne assurée était assujettie à l'assurance-invalidité suisse (art. 1b LAI cum art. 1a al. 1 LAVS ; ATF 125 V 253 consid. 2). Cela s'explique par le fait que ce n'est qu'à partir de cet assujettissement que la personne assurée est réputée avoir payé elle-même des cotisations par l'intermédiaire de son conjoint (art. 2 LAI cum art. 3 al. 3 LAVS ;

A/3088/2025 - 26/41 - arrêt du Tribunal fédéral 8C\_287/2024 du 17 décembre 2024 consid. 3.2.5 in fine). S'agissant des mesures de réadaptation, le droit à celles-ci prend naissance au plus tôt au moment de l'assujettissement à l'assurance obligatoire ou facultative et s'éteint au plus tard à la fin de cet assujettissement (art. 9 al. 1bis LAI). Conformément à cette disposition, dès que la personne concernée n'est plus couverte par l'assurance obligatoire ou facultative, son droit aux prestations s'éteint ; elle perd donc son droit aux mesures de réadaptation en même temps qu'elle cesse d'être assurée (au sens de l'art. 1b LAI en relation avec les art. 1a et 2 LAVS). En d'autres termes, la condition d'assurance doit être réalisée dès et aussi longtemps que la personne concernée entend bénéficier de mesures de réadaptation (ATF 143 V 261 consid. 5.2.1). 5.3 La Convention de sécurité sociale entre la

Confédération suisse et la République du Kosovo du 8 juin 2018, entrée en vigueur le 1er septembre 2019 (ci-après : la convention du 8 juin 2018 ; RS 0.831.109.475.1) s'applique aux ressortissants des États contractants qui sont ou qui ont été soumis aux dispositions légales de l'un des États contractants, ainsi qu'aux membres de leur famille et à leurs survivants (art. 3 let. a) et étend ses effets à la LAI (art. 2 § 1 let. b). L'art. 2 § 2 de cette convention prévoit que, sauf disposition contraire, les traités et autres accords internationaux en matière de sécurité sociale conclus par l'un ou l'autre des États contractants avec un État tiers, ou une législation supranationale de sécurité sociale, ainsi que les dispositions d'application qui s'y rapportent, ne font pas partie des dispositions légales mentionnées au § 1. Par ailleurs, à moins que la convention n'en dispose autrement, les ressortissants de l'un des États contractants, les membres de leur famille et leurs survivants ont, en ce qui concerne l'application des dispositions légales de l'autre État contractant, les mêmes droits et obligations que les ressortissants de cet État, les membres de leur famille et leurs survivants (art. 4 § 1). Selon l'art. 15 § 1 de la convention du 8 juin 2018, lorsque les périodes d'assurance accomplies par une personne selon les dispositions légales suisses ne permettent pas, à elles seules, de remplir les conditions requises pour avoir droit à une rente ordinaire de l'assurance-invalidité suisse, l'institution d'assurance compétente y ajoute, afin de déterminer la naissance du droit aux prestations, les périodes d'assurance accomplies selon les dispositions légales kosovares, pendant lesquelles des cotisations ont été versées, pour autant qu'elles ne se superposent pas aux périodes d'assurance accomplies selon les dispositions légales suisses. Lorsqu'une personne visée à l'art. 3, let. a, ne satisfait pas aux conditions requises pour la naissance du droit, malgré l'application des dispositions du § 1, l'institution suisse prend aussi en considération les périodes d'assurance et les périodes qui leur sont assimilées accomplies dans un État tiers qui a conclu une convention de sécurité sociale avec la Suisse, pour autant que ladite convention prévoit la totalisation des périodes d'assurance pour déterminer la naissance du droit à une rente ordinaire de l'assurance-invalidité suisse (art. 15 § 2 de la convention du 8 juin 2018). Toutefois, si les périodes d'assurance accomplies selon les dispositions légales suisses sont inférieures à un an, les §§ 1 et 2 ne s'appliquent pas (art. 15 § 3 de la convention du 8 juin 2018). L'art. 35 § 3 de la convention susvisée précise que, pour déterminer le droit aux prestations en application de convention, il est tenu compte des périodes d'assurance accomplies selon la législation de l'un des États contractants et des événements assurés intervenus avant la date d'entrée en vigueur de la présente convention.

6.

6.1 Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler (ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les références). En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). 6.2 Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (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 125 V 351 consid. 3). 6.3 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b). 6.3.1 Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu,

A/3088/2025 - 28/41 - 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 135 V 465 consid. 4.4 et les références ; 125 V 351 consid. 3b/bb). 6.3.2 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 LPG) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1). 6.3.3 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 (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 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). 6.3.4 On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25

mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire.

A/3088/2025 - 29/41 - Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références). 7.

7.1 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 pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités revêtent une importance significative ou entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3). 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 135 V 39 consid. 6.1 et la référence). 7.2 Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel il appartient au juge d'établir d'office l'ensemble des faits déterminants pour la solution du litige et d'administrer, le cas échéant, les preuves nécessaires (art. 43 al. 1 et 61 let. c LPG). En principe, les parties ne supportent ni le fardeau de l'allégation ni celui de l'administration des preuves. Cette maxime doit cependant être relativisée par son corollaire, soit le devoir de collaborer des parties, lequel comprend l'obligation d'apporter, dans la mesure où cela est raisonnablement exigible, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués (ATF 138 V 86 consid. 5.2.3 ; 125 V 193 consid. 2). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse (ATF 124 V 372 consid. 3 ; RAMA 1999 n. U 344 p. 418 consid. 3). Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références). 8.

8.1 En l'espèce, il est rappelé que le recourant a été victime de lésions méniscales aux deux genoux, survenues le 5 juin 2019 dans le cadre d'un accident professionnel (chute d'une échelle d'une hauteur de 2 à 2.5 mètres avec réception sur les pieds puis les genoux). Par décision du 11 janvier 2021 confirmée sur

A/3088/2025 - 30/41 - opposition le 27 janvier 2021, la SUVA a retenu que le recourant était apte à reprendre son activité habituelle à 50% dès le 11 janvier 2021, puis à 100% dès le 1er mars 2021. À la suite du recours interjeté contre cette décision, la SUVA a conclu à l'admission partielle de celui-ci, en se fondant sur l'appréciation du 26 avril 2021 de la Dre J\_\_\_\_\_. Celle-ci retenait que si l'ancienne activité de nettoyeur ne pouvait plus être exercée, une activité adaptée pouvait être exercée à 100% dès le 11 janvier 2021. Dans l'arrêt du 25 janvier 2022 (ATAS/38/2022), annulant la décision sur opposition précitée, la chambre de céans a considéré que l'état de santé de l'assuré n'était pas stabilisé fin décembre 2020 et qu'il n'était pas non plus établi qu'il puisse exercer une activité – même

adaptée à ses limitations fonctionnelles –, que ce soit à 50% dès le 11 janvier 2021, ou à 100% dès le 1er mars 2021, raison pour laquelle il incombait à la SUVA de mettre en œuvre une expertise afin d'évaluer l'évolution de l'état de santé et la capacité de travail de l'assuré dès janvier 2021. Dans les suites de cet arrêt, l'expert O \_\_\_\_\_, désigné par la SUVA, s'est prononcé sur un état de fait dont le principal élément nouveau consistait en une allogreffe du ménisque interne, effectuée le 23 novembre 2021 au genou gauche, et le projet d'une intervention identique au genou droit – non encore effectuée à la date du rapport d'expertise, soit le 28 octobre 2022. Selon cet expert, le caractère favorable de l'évolution du genou gauche après la greffe, constaté au moment de l'expertise, ne dispensait pas d'une réévaluation de l'état orthopédique un an après la greffe du côté gauche – et un an après la greffe à venir du côté droit. Cela étant, l'absence de stabilisation du cas n'empêchait pas, dès avril 2021, la reprise à plein temps d'une activité adaptée, c'est-à-dire sédentaire, exercée préférentiellement en position assise, avec une limite au niveau du port de charges (10-15 kg portés sur quelques dizaines de mètres et quelques fois par jour), sans montées/descentes itératives d'escaliers, ni position d'agenouillement/accroupissement, ni activité en terrain accidenté. Faisant siennes les conclusions de l'expert O \_\_\_\_\_, le SMR a estimé, par avis du 29 octobre 2024, que la capacité de travail de l'intéressé avait été nulle dans toute activité du 5 juin 2019 au 31 mars 2021 mais qu'elle était à nouveau entière, depuis le 1er avril 2021, dans toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues par cet expert. Le 24 juin 2025, le SMR a confirmé son avis du 29 octobre 2024 en précisant que l'incapacité totale de travail de six mois, consécutive aux greffes méniscales du genou gauche (23 novembre 2021) et droit (9 janvier 2024), ne changeait pas la date médico-théorique de l'aptitude à la réadaptation (1er avril 2021). Enfin, le SMR a estimé, par avis du 7 juillet 2025, que les éléments médicaux ressortant des rapports du Dr L \_\_\_\_\_ – produits le 2 juillet 2025 par le recourant au cours de la procédure d'audition – lui permettaient de confirmer que celui-ci présentait une capacité de travail nulle dans son activité habituelle mais entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles mentionnées dans son avis du 29 octobre 2024, de sorte que les conclusions prises dans cet avis étaient toujours d'actualité.

A/3088/2025 - 31/41 - 8.2 La chambre de céans constate que la position du SMR, plus particulièrement l'exigibilité pleine et entière de l'exercice d'une activité adaptée, est calquée sur le rapport d'expertise du Dr O \_\_\_\_\_ et que ce document remplit lui-même les réquisits permettant d'en reconnaître la valeur probante. En outre, les avis du SMR ne sont pas mis en doute par d'autres rapports médicaux versés au dossier, hormis l'attestation du 4 décembre 2022 du Dr I \_\_\_\_\_ mentionnant une capacité de travail nulle dans toute activité. On comprend toutefois à la lecture de ce rapport que l'inexigibilité de toute activité – même adaptée – est motivée par les doutes que le Dr I \_\_\_\_\_ exprimait au sujet d'une technique nouvelle (allogreffe méniscale), ainsi que la crainte que l'assuré, en travaillant, développe une arthrose qui le ferait sortir des critères d'éligibilité à une greffe méniscale au genou droit. Force est toutefois de constater qu'à l'époque de l'attestation du Dr I \_\_\_\_\_, le Dr L \_\_\_\_\_, qui avait lui-même réalisé la greffe méniscale au genou gauche, était d'avis contraire en tant qu'il estimait que l'assuré pouvait uniquement exercer un travail adapté en position assise, avec des périodes en position debout comprises entre un minimum de 20 minutes et ce, depuis 2021 (cf. rapport du 17 janvier 2023 du Dr L \_\_\_\_\_). En outre, l'inexigibilité de toute activité, attestée par le Dr I \_\_\_\_\_, est contredite par le rapport d'expertise et le complément d'expertise du Dr O \_\_\_\_\_. Or, le Dr I \_\_\_\_\_ n'explique pas quel élément objectivement vérifiable aurait été ignoré par cet expert. De plus, il n'évoque

aucun argument médical permettant de justifier une incapacité de travail de l'assuré dans toute activité. On relèvera enfin que dans son rapport du 24 septembre 2025, consécutif à l'examen de l'assuré effectué le 1er septembre 2025, le Dr E\_\_\_\_\_ a constaté que « les interventions réalisées [étaient] exceptionnelles et le résultat médical [...] largement au-delà des espérances », ce qui lui permettait de confirmer la pleine exigibilité de l'exercice d'une activité adaptée à plein temps (cf. décision sur opposition du 28 octobre 2025 de la SUVA, p. 9). Dans ces conditions, les avis précités du SMR peuvent se voir reconnaître valeur probante. Le recourant fait valoir que son état n'était pas stabilisé le 1er avril 2021. Cette objection n'est toutefois pas pertinente, sachant que les offices AI n'ont pas à attendre l'issue des mesures thérapeutiques, ni la stabilisation du cas, mais sont tenus d'évaluer la capacité de gain des assurés bien avant, soit à l'aune des conditions de l'art. 28 al. 1 LAI (cf. ci-dessus : consid. 4.3). Partant, la chambre de céans considérera qu'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le recourant présentait une capacité de travail nulle dans toute activité du 5 juin 2019 au 31 mars 2021 mais entière dans une activité adaptée, ce dès le 1er avril 2021. 8.3 Dans la mesure où le recourant présentait, le 5 juin 2020, soit à l'issue du délai d'attente d'une année (art. 28 al. 1 let. c LAI), une incapacité de gain totale, il aurait droit, en principe, à une rente entière d'invalidité du 1er juin 2020 jusqu'au

A/3088/2025 - 32/41 - 30 juin 2021, soit trois mois après l'amélioration de sa capacité de gain, survenue en avril 2021 (cf. art. 88a al. 1 RAI). La décision litigieuse retient toutefois que l'absence d'une durée de cotisations de trois années le 5 juin 2020, soit au moment de la survenance de l'invalidité, fait obstacle à l'octroi d'une telle rente ordinaire limitée dans le temps (cf. art. 36 LAI). 8.3.1 Cette position de l'intimé apparaît fondée. Il ressort en effet des indications de l'employeur que le recourant n'a commencé son activité qu'en octobre 2018 (dossier AI, doc. 2). Bien que cette information soit contredite par l'extrait du CI au 25 juin 2025, lequel atteste d'une activité salariée du recourant de juin 2018 à septembre 2019 en faveur de cet employeur et d'aucune autre période de cotisation pour le surplus (dossier AI, doc. 144), il n'en demeure pas moins que la période comprise entre juin 2018 et septembre 2019 ne représente que quinze mois de cotisations. En d'autres termes, le recourant ne comptait pas trois années de cotisations au moment de la survenance de son invalidité. S'agissant des cotisations versées par son épouse, l'extrait du CI la concernant révèle que celle-ci cotise depuis 2013 (dossier AI, doc. 153). On rappellera toutefois que la possibilité de bénéficier des cotisations de son conjoint, ayant versé au moins le double de la cotisation minimale (art. 3 al. 3 LAVS) n'est possible que pour la période à partir de laquelle la personne assurée est assujettie à l'assurance invalidité suisse (cf. ci-dessus : consid. 5.2), ce qui correspond, en l'espèce, au 24 mars 2018, date de l'arrivée du recourant en Suisse. Il s'ensuit que ce dernier n'atteignait pas de toute manière la durée minimale de cotisations de trois ans le 5 juin 2020. À noter que cette conclusion est valable également en prenant en compte d'éventuelles cotisations que le recourant aurait payées au Kosovo, conformément aux art. 15 et 35 de la convention du 8 juin 2018 (cf. ci-dessus : consid. 5.3) puisqu'il ressort d'une lettre du 29 avril 2025 de la sécurité sociale de la République du Kosovo que le recourant ne compte aucune période de cotisation dans ce pays (cf. dossier AI, doc. 135-136). 8.3.2 À titre subsidiaire, il convient d'examiner si le recourant a droit au versement d'une rente extraordinaire d'invalidité fondé sur la convention du 8 juin 2018 précitée. Selon son art. 17 § 1, tout ressortissant kosovar a droit, aux mêmes conditions qu'un ressortissant suisse, à une rente extraordinaire de survivant ou d'invalidité, ou à une rente extraordinaire de vieillesse succédant à une rente extraordinaire de survivant ou

d'invalidité, si, immédiatement avant la date à partir de laquelle il demande la rente, il a résidé en Suisse de manière ininterrompue pendant cinq ans au moins. Selon l'art. 4 § 1, à moins que la présente convention n'en dispose autrement, les ressortissants de l'un des États contractants, les membres de leur famille et leurs survivants ont, en ce qui concerne l'application des dispositions légales de l'autre État contractant, les mêmes droits et obligations que les ressortissants de cet État, les membres de leur famille et leurs survivants.

A/3088/2025 - 33/41 - En l'occurrence, le recourant est arrivé en Suisse le 24 mars 2018 et a déposé une demande AI le 22 octobre 2019, en vue de l'octroi d'une rente qui n'aurait pas pu naître avant le 1er juin 2020 (cf. ci-dessus : consid. 8.3). Ainsi, même dans l'hypothèse où les termes « date à partir de laquelle il demande la rente » de l'art. 17 § 1 de la convention du 8 juin 2018 ne viseraient pas la date du dépôt de la demande mais celle de la naissance du droit à la rente, la condition d'une résidence ininterrompue en Suisse pendant cinq ans au moins ne serait pas réalisée. On constate par ailleurs que l'art. 17 § 1 précité subordonne également le droit d'un ressortissant kosovar à une rente extraordinaire de l'invalidité « aux mêmes conditions » que les ressortissants suisses. En vertu des art. 39 al. 1 LAI et 42 al. 1 1re phrase LAVS, les ressortissants suisses qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse ont droit à une rente extraordinaire s'ils ont le même nombre d'années d'assurance que les personnes de leur classe d'âge, mais n'ont pas droit à une rente ordinaire parce qu'ils n'ont pas été soumis à l'obligation de verser des cotisations pendant une année entière au moins. Ainsi, la Suisse garantit l'octroi de la rente extraordinaire aux personnes kosovares domiciliées et résidant habituellement sur son territoire, aux mêmes conditions qu'à ses propres ressortissants. Dans la mesure où une rente extraordinaire serait octroyée à un ressortissant suisse, elle doit également pour éviter une discrimination directe fondée sur la nationalité, être accordée à une personne de nationalité kosovare pouvant se prévaloir du principe d'égalité de traitement, comme si cette personne possédait la nationalité suisse. En revanche, un ressortissant kosovar, qui ne compte pas un nombre d'années d'assurance égal à celui des personnes de sa classe d'âge, ne peut pas prétendre à une rente extraordinaire d'invalidité. Cela, sans subir aucune inégalité de traitement, car un ressortissant suisse se trouvant dans la même situation que lui (lacune d'assurance) ne peut pas non plus prétendre à une rente extraordinaire (cf. ATAS/37/2025 précité). En ce qui concerne la nécessité de présenter le même nombre d'années d'assurance que les personnes de la même classe d'âge, cette exigence ne vise pas toutes les années d'assurance dès la naissance, mais seulement celles pour lesquelles la loi prévoit une obligation générale de cotiser, telles qu'elles sont en principe déterminantes pour le calcul d'une rente ordinaire. Il s'agit donc des années d'assurance accomplies dès le 1er janvier qui suit la date où la personne a eu 20 ans révolus (cf. art. 2 LAI en corrélation avec l'art. 3 al. 1 LAVS dans sa teneur en vigueur du 1er janvier 1997 au 31 décembre 2023 ici applicable ; ATF 131 V 390 consid. 2.4 ; ATAS/37/2025 précité). Il est admis que le recourant s'est constitué un domicile en Suisse (art. 1a al. 1 let. a LAVS) au plus tôt en mars 2018 lorsqu'il est arrivé dans ce pays, alors qu'il

A/3088/2025 - 34/41 - était âgé de 26 ans. Il apparaît ainsi que l'intéressé compte une lacune d'assurance du fait de son non-assujettissement à l'AVS/AI pendant une certaine période de sa vie à compter du 1er janvier suivant la date où il a eu 20 ans révolus. Au vu de ces éléments, le recourant n'a pas droit non plus droit à une rente extraordinaire d'invalidité. 8.3.3 Dans la mesure où la condition de la durée minimale de cotisations doit être remplie au moment de la survenance de l'invalidité et que les périodes accomplies

après ce terme n'entrent pas en ligne de compte, y compris en cas de modification du degré d'invalidité (cf. ci-dessus : consid. 5.2), on pourrait en soi se dispenser d'examiner le degré d'invalidité que l'intimé a fixé à 0% après le recouvrement, par le recourant, le 1er avril 2021, d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée. En effet, un degré d'invalidité par hypothèse plus élevé à cette date, ne permettrait pas de remédier à l'absence d'une durée de cotisations suffisante. Sachant toutefois que le recourant conclut à l'octroi de mesures de réadaptation (cf. ci-après : consid. 10), que la condition d'assurance prévue pour celles-ci (art. 9 al. 1bis LAI) ne prête en l'occurrence pas à discussion et que l'existence d'une perte de gain de 20% environ constitue l'une des conditions pour un reclassement au sens de l'art. 17 LAI (ATF 139 V 399 consid. 5.3), il s'impose d'examiner le calcul du degré d'invalidité effectué par l'intimé (cf. ci-après : consid. 9.4).

## **E. 9**

avril 2001 consid. 1).

### **E. 9.1**

Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu réaliser s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 8 al. 1 et art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 128 V 29 consid. 1 ; 104 V 135 consid. 2a et 2b).

### **E. 9.2**

Pour déterminer le revenu hypothétique que l'assuré aurait pu réaliser sans l'atteinte à la santé (revenu sans invalidité), ce n'est pas le revenu de sa dernière activité qui est déterminant, mais le revenu qu'il aurait réalisé au degré de la vraisemblance prépondérante s'il n'était pas devenu invalide (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_887/2017 du 7 juin 2018 consid. 4.2 ; Madeleine RANDACHER, in KIESER / KRADOLFER / LENDFERS [éd.], ATSG-Kommentar, 2024, n. 20 ad art. 16 LPGA). Partant de la présomption que l'assuré aurait continué d'exercer son activité sans la survenance de son invalidité, ce revenu se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en prenant

A/3088/2025 - 35/41 - en compte également l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente ; des exceptions ne peuvent être admises que si elles sont établies au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 139 V 28 consid. 3.3.2 et les références ; 135 V 297 consid. 5.1 et les références ; 134 V 322 consid. 4.1 et les références). À cet égard, le fardeau de la preuve incombe à la partie pour qui la dérogation au salaire réalisé en dernier lieu avant l'atteinte à la santé est plus favorable. Il peut s'agir alternativement de l'assuré (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_818/2018 du 5 avril 2019 consid. 4.2.1 et la référence) ou de l'office AI (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_225/2019 du

### **E. 9.3**

Quant au revenu d'invalidé, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 143 V 295 consid. 2.2 ; 135 V 297 consid. 5.2 et les références). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table TA1 de l'ESS, à la ligne « total secteur privé » (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa), étant précisé que, depuis l'ESS 2012, il y a lieu d'appliquer la table TA1\_skill\_level (ATF 142 V 178). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 126 V 75 consid. 3b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_58/2021 du 30 juin 2021 consid. 4.1.1). La valeur statistique médiane s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C\_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C\_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3). Il convient de se référer à la version de l'ESS publiée au moment déterminant de la décision querellée (ATF 143 V 295 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_655/2016 du 4 août 2017 consid. 6.3). Toutefois, lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers (secteur 2 [production] ou 3 [services]), voire à des branches particulières. Tel est notamment le cas lorsqu'avant l'atteinte à la santé, l'assuré a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte. En outre, lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de la table TA1 (secteur privé) pour se référer à la table TA7 (secteur privé et secteur public [Confédération] ensemble), respectivement T17 (à partir de 2012) si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalidé et que le secteur en question est adapté et exigible (ATF 133 V 545 et les références citées ; arrêts du Tribunal fédéral 8C\_124/2021 du 2 août 2021 consid. 4.4.1 ; 8C\_111/2021 du 30 avril 2021 consid. 4.2.1 et les références).

A/3088/2025 - 37/41 -

### **E. 9.3.1**

Pour les personnes assurées qui, après la survenance de l'atteinte à la santé, ne peuvent plus effectuer que des travaux légers et non exigeants sur le plan intellectuel, il convient de se baser sur le salaire mensuel brut moyen (ligne « total ») des hommes (ou des femmes) pour des activités simples et répétitives, c'est-à-dire sur le niveau de compétence 1, qui est le plus bas (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_695/2015 du 19 novembre 2015 consid. 4.2 et les références ; cité in Ulrich MEYER / Marco REICHMUTH, op. cit., n. 101 ad art. 28a LAI). Le cas échéant, il y a lieu d'adapter le salaire statistique à l'évolution des salaires nominaux en appliquant soit le chiffre définitif de l'indice suisse des salaires nominaux (ISS) publié au moment déterminant de la décision litigieuse, soit la plus récente estimation trimestrielle

(ATF 143 V 295 consid. 4.1.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_659/2022 du 2 mai 2023 consid. 7.2).

### **E. 9.3.2**

La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références ; 135 V 297 consid. 5.2 ; 134 V 322 consid. 5.2 et les références). Il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération ; il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidité, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret (ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références). D'éventuelles limitations liées à la santé, déjà comprises dans l'évaluation médicale de la capacité de travail, ne doivent pas être prises en compte une seconde fois dans l'appréciation de l'abattement, conduisant sinon à une double prise en compte du même facteur (ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références ; 146 V 16 consid. 4.1 et ss et les références). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration ; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75

A/3088/2025 - 38/41 - consid. 6 ; 123 V 150 consid. 2 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5).

### **E. 9.4**

En l'espèce, l'intimé a fixé le degré d'invalidité du recourant à 0% en 2020 sur la base du raisonnement et des calculs suivants : il convenait de déterminer le revenu avec invalidité sur la base de l'ESS et d'établir la comparaison suivante : en se référant à la table TA1 (tirage « skill level »), secteur privé, tous secteurs confondus (ligne « total »), un homme pouvait réaliser, dans une activité simple et répétitive (niveau 1), un revenu mensuel de CHF 5'261.- selon l'ESS 2020, soit CHF 63'132.- par année. En tenant compte de la durée hebdomadaire normale de travail s'élevant à 41.7 heures, le revenu avec invalidité se montait à CHF 5'484.- par mois, respectivement CHF 65'815.- par année (CHF 63'132.- x 41.7 / 40 = CHF 65'815.-). Vu le taux d'activité raisonnablement exigible (100%), l'absence de diminution de rendement dans une activité adaptée et la prise en compte d'un abattement de 10% au titre des limitations fonctionnelles, le revenu avec invalidité se montait à CHF 59'234.-. S'agissant du revenu annuel brut sans invalidité, le recourant réalisait, selon les indications de l'employeur, un salaire de CHF 3'900.-, versé en treize mensualités, correspondant à CHF 50'700.- par an en 2018 (cf. dossier AI, doc. 10). Après

indexation de ce montant à l'ISS (table T39), cela représentait CHF 51'552.- en 2020 (soit  $50'700 \times 2'298 / 2'260$ ). En comparant le revenu avec invalidité (CHF 59'234.-) au revenu sans invalidité (CHF 51'552.-), la perte de gain était nulle (- CHF 7'682.-) et le degré d'invalidité ne l'était pas moins (0%). S'agissant du revenu avec invalidité, la chambre de céans considère qu'il ne prête pas le flanc à la critique, à ceci près qu'il convient de se référer à l'année 2021 (durant laquelle l'incapacité de travail totale dans toute activité a fait place, dès le mois d'avril, à une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée). Partant, en indexant le revenu statistique annuel de CHF 65'815.- à l'ISS de l'année 2021, lequel affiche une baisse de 0.7% par rapport à 2020, on obtient CHF 65'328.- (soit  $65'815 \times 2'281 / 2'298$ ), respectivement CHF 58'795.- après abattement (non critiquable) de 10%. Concernant le revenu sans invalidité, il sied de relever qu'en tant que nettoyeur, le recourant était soumis à la CCT du secteur du nettoyage pour la Suisse romande, étendue par arrêté du Conseil fédéral du 14 mars 2018 (FF 2018 1505) et entré, en 2021, dans la catégorie N2 (« nettoyage spécifique et de chantier » pour un nettoyeur sans qualification, depuis plus de 2 ans dans la branche). À ce titre, ladite CCT lui garantissait un salaire minimum de CHF 21.90 par heure pour l'année en question. Compte tenu du nombre hebdomadaire d'heures de travail prévu contractuellement (40 heures ; dossier AI, doc. 10, p. 95), du nombre de semaines par an (52) et de son droit à un 13e salaire, calculé à raison de 8.33% (cf. art. 9 CCT), ce salaire conventionnel représentait CHF 49'346.- (soit  $21.90 \times$

$A/3088/2025 - 39/41 - 40 \times 52 \times 108.33\%$ ) en 2021 et CHF 48'896.- en 2018 et 2019 (soit  $CHF 21.70 \times 40 \times 52 \times 108.33\%$ ). En conséquence, la prise en compte, par l'intimé, du salaire effectivement versé par l'employeur (CHF 50'700.- par an en 2018) n'appelle pas de parallélisation (cf. ci-dessus : consid. 9.2) et s'avère correcte, à ceci près que le salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé était celui de 2019 (CHF 50'700.- également). En indexant ce revenu à l'ISS de l'année 2021, on obtient CHF 50'744.- (soit  $50'700 \times 2'281 / 2'279$ ). En comparant le revenu avec invalidité (CHF 58'795.-) au revenu sans invalidité (CHF 50'744.-), la perte de gain (- CHF 8'051.-) et le degré d'invalidité restent nuls. À cet égard, la décision litigieuse apparaît donc correcte dans son résultat. 10. Il convient encore d'examiner si le recourant peut prétendre à une mesure d'ordre professionnel. 10.1 Selon l'art. 7 al. 1 LAI, l'assuré doit entreprendre tout ce qui peut être raisonnablement exigé de lui pour réduire la durée et l'étendue de l'incapacité de travail (art. 6 LPG) et pour empêcher la survenance d'une invalidité (art. 8 LPG). Il existe dans l'assurance-invalidité un principe général selon lequel l'assuré qui demande des prestations doit d'abord entreprendre tout ce que l'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer les conséquences de son invalidité (ATF 141 V 642 consid. 4.3.2 et les références ; 140 V 267 consid. 5.2.1 et les références). Un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente (sur le principe de l'obligation de diminuer le dommage, cf. ATF 123 V 230 consid. 3c ; 117 V 275 consid. 2b ; 117 V 394 consid. 4b et les références). La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente que le droit à des mesures de réadaptation (art. 21 al. 4, 1ère phrase, LPG). Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'invalidité ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) ; que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). Il découle de la systématique légale et de l'art. 8 al. 1 let. b LAI qu'en tant que mesures de réadaptation, les mesures d'ordre professionnel

(art. 15 ss LAI) ne sont pas seulement soumises aux conditions qui leur sont spécifiques mais aussi aux conditions générales de la règle de base de l'art. 8 LAI (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_485/2021 du 23 décembre 2021 consid. 5.2). Lorsqu'une absence de réadaptation professionnelle n'est pas due à des difficultés de recherches d'emploi elles-mêmes liées à l'état de santé, mais à des problèmes

A/3088/2025 - 40/41 - étrangers à l'invalidité (difficultés linguistiques par ex.), les conditions pour des mesures de réadaptation ne sont pas remplies au regard de l'art. 8 al. 1 let. a LAI (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C\_485/2021 précité consid. 5.4 et la référence).  
10.2 En l'occurrence, le droit du recourant à une mesure d'ordre professionnel doit être nié. Son degré d'invalidité est de 0% et il est établi, d'un point de vue médical, que son état de santé ne l'empêche pas d'exercer à plein temps, sans diminution de rendement, une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, c'est-à-dire sédentaire, exercée de préférence en position assise, sans lourdes charges (pas plus de 10-15 kg portés sur quelques dizaines de mètres et quelques fois par jour) et n'impliquant ni montées/descentes itératives d'escaliers, ni travail en terrain accidenté, ni positions d'agenouillement/d'accroupissement. En effet, selon la jurisprudence, les postes de travailleurs auxiliaires, n'impliquant pas de formation particulière, qui tiennent compte de limitations fonctionnelles comparables à celles ici en cause sont disponibles en nombre suffisant sur le « marché équilibré du travail » (ci-dessus : consid. 4.6) et ce indépendamment de l'âge, si bien que la question du caractère exploitable de la capacité de travail résiduelle du recourant ne se pose pas (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_485/2021 précité, consid. 5.3, et 8C\_73/2016 du 25 avril 2016 consid. 5.2.1).

## **E. 11**

Il s'ensuit que le recours ne peut qu'être rejeté. Un émolument de CHF 200.- sera mis à la charge du recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art. 69 al. 1bis LAI).

\*\*\*\*\*

A/3088/2025 - 41/41 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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