RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2274/2021 **ATAS/726/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 19 août 2022

3ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à CHÂTELAINE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Pierre-Bernard PETITAT

recourant

contre

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

intimé

Siégeant : Karine STECK, Présidente; Christine LUZZATTO et Andres PEREZ, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), ressortissant syrien né en 1971, marié et père de cinq enfants (dont deux majeurs), titulaire d'un permis F, est arrivé en Suisse le 21 janvier 2015 avec sa famille, en provenance de son pays d'origine.

b. En septembre 2017, l'assuré a déposé une première demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI), dans laquelle il a invoqué un « pied tombant » consécutif à une lésion du nerf sciatique à l'âge de 3 ans, des céphalées, en relation avec un accident de moto, et un hématome cérébral à l'âge de 19 ans.

c. Interrogée par l'OAI, la doctoresse B_____, spécialiste FMH en médecine interne, a répondu en date du 13 novembre 2017 que, depuis l'âge de 3 ans environ, l'assuré présentait un « pied tombant » du côté droit, en raison d'une parésie du nerf sciatique droit probablement liée à une injection intramusculaire ratée d'antibiotiques. Depuis la petite enfance, ce pied tombant avait occasionné une atteinte de tous les muscles de la jambe, ce qui se traduisait par une perte de force, une boiterie et un pied en équin. L'atteinte était incapacitante, vu la diminution de force et la boiterie importantes qui obligeaient son patient à utiliser une canne. L'assuré avait déjà subi une arthrodèse talonaviculaire du pied droit et d'autres interventions chirurgicales étaient prévues. Par ailleurs, l'assuré souffrait régulièrement de maux de tête, suite à un accident en 1990, ayant nécessité le drainage d'un hématome intra-cérébral. En raison des difficultés à la marche, le médecin préconisait d'éviter tout travail en position debout ou nécessitant des déplacements. En revanche, une activité exercée en position assise, n'impliquant que peu de déplacements (idéalement à temps partiel), lui paraissait possible. La Dresse B_____ a joint à sa réponse la copie d'un rapport rédigé le 30 novembre 2015 par le Professeur C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, préconisant une intervention chirurgicale (arthrodèse talo-naviculaire).

d. Dans un bref avis daté du 6 février 2018, le service médical régional de l'AI (SMR), retenant que l'assuré présentait une parésie du nerf sciatique inférieur droit, opérée le 12 décembre 2016 par arthrodèse talo-naviculaire, a estimé que, moyennant le respect de certaines limitations fonctionnelles (éviter la marche prolongée ou sur du terrain accidenté, la position debout statique et le port de charges supérieures à 10 kg), l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail et ce, depuis novembre 2017, date du rapport de la Dresse B_____. Selon le SMR, le « début de l'incapacité de travail durable » remontait quant à lui au 30 novembre 2015, date à laquelle l'assuré avait consulté le Prof. C_____.

Dans un avis subséquent émis le 23 avril 2018, le SMR a précisé que l'atteinte au pied droit existait depuis que l'assuré était âgé de trois ans et que les migraines, présentes depuis ses 19 ans, s'étaient améliorées grâce à un traitement.

L'opération chirurgicale réalisée en 2016 n'avait donné lieu à aucune complication.

e. L'OAI a alors indiqué qu'il se proposait de rejeter la demande de prestations, projet auquel l'intéressé s'est opposé le 6 mars 2018, en produisant, entre autres, un nouveau rapport de la Dresse B_____ (daté du 28 février 2018).

f. Invitée par l'OAI à préciser si l'intéressé pourrait s'affilier à l'AVS en tant que personne non active, la caisse cantonale genevoise de compensation a répondu, par courriel du 1er juin 2018, que, dans la mesure où l'intéressé ne remplissait pas les conditions légales, il n'entrait pas dans le cercle des cotisants et ne pouvait donc être affilié à l'AVS en tant que personne sans activité lucrative.

g. Par décision du 5 juin 2018, l'OAI a nié à l'intéressé le droit à toute prestation.

L'OAI a noté que l'atteinte à la santé était antérieure à l'entrée en Suisse de l'intéressé, lequel ne comptabilisait donc pas trois ans de cotisations au moment de la survenance de l'invalidité, le 30 novembre 2016. Il ne remplissait donc pas les conditions d'assurance, ce qui excluait tout droit à une rente ordinaire d'invalidité.

En effet, l'atteinte au pied remontait à l'âge de 3 ans et les migraines à l'âge de 19 ans. Par ailleurs, le degré d'invalidité ne s'élevait qu'à 10%, de sorte que l'assuré ne pouvait prétendre une mesure de reclassement. Enfin, une rente extraordinaire d'invalidité – destinée aux personnes handicapées de naissance ou aux invalides précoces – n'entrait pas en considération en l'espèce.

Cette décision est entrée en force.

B. **a.** Le 19 novembre 2020, l'assuré a déposé auprès de l'OAI une nouvelle demande de prestations, dans laquelle il a invoqué un pied tombant multi opéré, des lombalgies et des migraines.

b. Invité par l'OAI à lui transmettre tout rapport propre à démontrer une aggravation de son état de santé depuis la décision rendue en 2018, l'assuré a notamment produit :

- deux rapports rédigés les 14 mai 2018 et 7 août 2019 par le Prof. C_____, dont il ressortait qu'il avait souffert, huit mois après sa deuxième opération (arthrodèse de la cheville), d'une pseudarthrose, d'une arthrose sous-talienne, d'un abductus du médio-tarse et d'une rotation externe du pied et qu'une troisième intervention (reprise de l'arthrodèse tibio-talienne, avec cure de pseudarthrose) avait été réalisée le 14 novembre 2019 ;
- un rapport du 8 décembre 2020 de la Dresse B_____, confirmant l'existence, depuis l'âge de 3 ans, d'une paresthésie du nerf sciatique droit ayant occasionné un pied tombant et expliquant qu'en raison du caractère stigmatisant de sa démarche, l'assuré avait souhaité régler le problème par chirurgie (quand bien même il pouvait marcher normalement); son patient estimait que les trois interventions subies après son arrivée en Suisse

(arthrodèse talonaviculaire en décembre 2016, arthrodèse sous-talienne et, enfin, reprise de l'arthrodèse tibio-talienne avec cure de pseudarthrose par plaque) avaient péjoré sa situation au niveau somatique; depuis la dernière opération, l'assuré, dont les articulations tibio-taliennes et sous-taliennes étaient « bloquées », voyait encore son périmètre de marche limité et souffrait de douleurs néanmoins diminuées; cependant, suite aux diverses interventions et à la modification de la statique du pied et de la marche, son patient avait développé de fréquentes lombalgies, ainsi que des douleurs thoraciques d'origine pariétale; par ailleurs, il souffrait d'intenses migraines et une imagerie avec révélé des lésions post-traumatiques frontales et temporo-polaires du côté droit; selon le médecin, la capacité de travail de son patient était limitée dans certaines activités, impliquant une position debout ou des déplacements susceptibles de majorer les douleurs.

c. Le 11 mai 2021, le docteur D_____, médecin auprès du SMR, a estimé que ces éléments ne permettaient pas de considérer comme plausible une aggravation de l'état de santé de l'intéressé. En effet, dans son rapport de février 2018, le médecin-traitait faisait déjà état d'une diminution de la force du membre inférieur droit, de douleurs dorsolombaires chroniques et de la nécessité d'éviter position debout et déplacements.

d. Par décision du 21 juin 2021, l'OAI a nié à l'assuré le droit à toute prestation.

L'OAI a considéré que l'intéressé – toujours apte à exercer à 100% une activité adaptée depuis novembre 2017, selon le SMR – n'avait pas rendu plausible une aggravation de son état de santé dans le cadre de sa nouvelle demande. L'incapacité de travail avait débuté antérieurement à son entrée en Suisse, de sorte qu'il ne remplissait toujours pas les conditions d'assurance. Par ailleurs, l'assuré ne pouvait non plus prétendre des mesures d'ordre professionnel, dans la mesure où aucune invalidité durable ne pouvait être reconnue et que de telles mesures n'étaient pas propres à améliorer sa capacité de gain.

C. **a.** Par courrier du 5 juillet 2021, l'assuré a déclaré contester la décision du 21 juin.

b. Invité par la Cour de céans à régulariser son recours, l'assuré, par courrier du 4 août 2021 a précisé que son « opposition vise un réexamen de son cas pour recevoir le statut AI en prenant en considération sa situation actuelle ».

Il souligne que « l'Hospice général et la Fondation IPT ont essayé de [l']intégrer dans le marché du travail genevois, mais en vain à cause de [son] état de santé. Pour toutes ces raisons, [il] ne demande pas une reconnaissance de statut AI en vue de réclamer des indemnités, mais une reconnaissance confirmant [son] statut actuel d'incapacité de travail ».

Le recourant produit notamment les documents suivants :

- Dans un certificat établi le 23 juillet 2021, le Prof. C_____ indique avoir reçu l'assuré en consultation la première fois le 10 octobre 2015, pour un pied tombant séquellaire et une lésion iatrogène du nerf sciatique, suite à une injection toxique d'antibiotiques à l'âge de trois ans. À l'époque, une chirurgie (arthrodèse talo-naviculaire) a été proposée et réalisée dans un autre établissement. Une deuxième intervention a été pratiquée en 2017 (arthrodèse tibio-talienne droite). Il a revu l'assuré le 9 mai 2018, suite à des complications en lien avec ces deux opérations et une troisième intervention a été pratiquée le 14 novembre 2019 (cure de pseudarthrose de la cheville, arthrodèse sous-talienne, ostéomie de fermeture médiale et nouvelle arthrodèse talo-naviculaire). L'évolution subséquente s'est révélée plutôt favorable, même si des séquelles subsisteront. Afin d'améliorer les choses, il convient que l'assuré porte à vie des chaussures orthopédiques. Lors de la dernière consultation de l'assuré, en juin 2021, la situation était stabilisée sur le plan orthopédique. Le patient l'a toutefois informé qu'une tentative de réinsertion professionnelle avait échoué en raison de douleurs aux niveaux du dos, du bassin, de la hanche et du pied. En raison de ces douleurs quotidiennes, il convient de privilégier un travail purement sédentaire. La capacité résiduelle de travail dans un métier physique est nulle.
- Dans un document daté du 29 juillet 2021, la Dresse B_____ explique qu'avec la croissance, l'atteinte a touché toutes les musculatures de la jambe droite, engendrant une perte de force et une boiterie, avec un pied en équin. En raison d'une gêne au niveau de la mobilité et de préoccupations d'ordre esthétique, l'assuré a souhaité recourir à la chirurgie dès son arrivée en Suisse, essentiellement dans le but d'avoir une démarche moins stigmatisante. Les différentes interventions chirurgicales qu'il a subies se sont malheureusement soldées, selon lui, par une perte de fonctionnalité et de nouvelles douleurs dorsolombaires. Par ailleurs, au niveau neurologique, son patient souffre, plusieurs fois par année, de fortes migraines évoluant par poussées, peut-être favorisées par des séquelles post-traumatiques au niveau frontal droit (accident de moto à l'âge de 19 ans, avec hématome drainé). Enfin, en 2018-2019, l'assuré a présenté un polype au niveau de la vessie, qui a été traité et dont il ne s'est plus plaint depuis lors, ainsi que de douleurs thoraciques (liées à des problèmes œsogastriques), dont il ne se plaint plus non plus.

c. Entendu par la Cour de céans le 26 août 2021, le recourant a expliqué les difficultés qu'il rencontre. Il admet que l'atteinte à sa santé est antérieure à son arrivée en Suisse, mais allègue que lorsqu'il vivait en Syrie, il pouvait encore travailler, car il disposait d'environ 90% de force au niveau de son pied. Selon lui, c'est après son arrivée en Suisse que sa situation s'est péjorée et que deux interventions chirurgicales ont « mal tourné », nécessitant une troisième opération. C'est la raison pour laquelle il demande que son cas soit réexaminé.

Le recourant se dit prêt à travailler, mais souhaiterait que l'OAI l'aide à trouver un emploi adapté à son état de santé. En effet, il a travaillé pour IPT. Il s'est vu confier des tâches de scannage et de mise sous pli. Il a également dû porter des cartons et rester assis, ce qui a entraîné, après une semaine, des douleurs aux niveaux du dos, de la hanche, de la cheville et des genoux. Très motivé à trouver un travail afin de s'intégrer, il aimerait qu'on l'aide à définir un poste adapté.

d. L'intimé conclut au rejet du recours.

Il rappelle que le recourant – arrivé en Suisse en juin 2015 – s'est déjà vu nier, par décision entrée en force du 5 juin 2018, le droit aux prestations, faute de remplir les conditions d'assurance, position que l'intimé maintient.

À l'appui de sa nouvelle demande, le recourant a produit des pièces témoignant d'une aggravation de son état de santé qui, selon le SMR, remonte au 24 avril 2017, date à laquelle ont été mis en évidence une arthrose sous-talienne et un rétrolisthésis L4. Néanmoins, selon le Prof. C_____, le recourant dispose d'une pleine capacité de travail dans toute activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

De l'avis émis le 25 octobre 2021 par la doctoresse E_____, du SMR, et produit par l'intimé, il ressorte que l'assuré a été opéré le 12 décembre 2016 afin d'améliorer sa marche et que l'évolution a été défavorable. Le SMR retient que l'atteinte du pied droit, antérieure à l'arrivée en Suisse, s'est aggravée dans les suites de l'opération du 12 décembre 2016, avec l'apparition d'une arthrose sous-talienne, puis d'une pseudarthrose tibio-talienne, lesquelles ont nécessité deux nouvelles opérations et entraîné des douleurs, des troubles de la marche et des lombalgies. Le SMR date cette aggravation du 24 avril 2017, date de la mise en évidence de l'arthrose sous-talienne et du rétrolisthésis L4. Il relève dans le même temps que, dans son dernier rapport, le Prof. C_____ fait néanmoins état d'une stabilisation de l'état de santé et d'une capacité de travail entière dans une activité sédentaire, adaptée aux limitations fonctionnelles affectant le pied droit et la colonne lombaire. Ces limitations se recoupent avec celles retenues précédemment, si ce n'est que s'y ajoute la nécessité d'alterner les positions.

e. Dans sa réplique, le recourant a conclu, sous suite de frais et dépens, principalement, à l'annulation des décisions des 21 juin et « 4 octobre » (sic) 2021, à l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement d'une rente extraordinaire, de mesures d'ordre professionnel et de mesures auxiliaires, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire.

En substance, le recourant note que le SMR admet une aggravation de son état de santé dès le 24 avril 2017. Il soutient que dite aggravation doit être assimilée à la survenance d'une « nouvelle invalidité » lui ouvrant droit à des prestations.

En outre, le recourant reproche à l'intimé et à son service médical – lesquels l'ont jugé pleinement capable d'exercer une activité sédentaire adaptée à ses limitations

– de ne pas avoir examiné son droit à d'éventuelles mesures d'ordre professionnel.

Enfin, il fait grief à l'intimé de n'avoir entrepris aucune instruction sous l'angle médical pour justifier son refus de prendre en charge des moyens auxiliaires et d'avoir omis de prendre en considération le certificat du 23 juillet 2021, dans lequel le Prof. C_____ préconise le port de chaussures orthopédiques avec lit plantaire incorporé.

f. Dans sa duplique, l'intimé a fait remarquer que le recourant, dans la mesure où il conteste la décision refusant la prise en charge de semelles orthopédiques qui lui a été notifiée en octobre 2021 - soit postérieurement à la décision litigieuse -, développe une argumentation qui excède l'objet du litige.

Par ailleurs, l'intimé souligne que, s'agissant des diagnostics et des limitations fonctionnelles en découlant, le SMR s'est fondé sur les éléments relevés par le chirurgien traitant lui-même. En effet, dans son rapport du 23 juillet 2021, le Prof. C_____ fait état d'une évolution « plutôt favorable » du pied opéré, ne nécessitant aucune reprise chirurgicale. Ce même médecin confirme que, lors de la dernière consultation, la situation était stabilisée au plan orthopédique et préconise, compte tenu des douleurs quotidiennes, un travail purement sédentaire.

EN DROIT

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

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

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable.

3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu des conclusions (et de la motivation) formées au stade de la réplique, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

4. 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).

5. En cas de changement de règles de droit, la législation applicable reste, en principe, celle en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se

sont produits et le juge se fonde, en règle générale, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 et les références).

En l'occurrence, la décision querellée a été rendue antérieurement au 1er janvier 2022, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées ci-après dans leur ancienne teneur.

6. Dans sa réplique du 11 décembre 2021, l'assuré conclut, entre autres, à l'octroi de « mesures » (recte : moyens) auxiliaires, déplorant le refus de l'OAI de prendre en charge des chaussures orthopédiques qui lui ont été prescrites par le Prof. C_____.

6.1 Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours (ATF 125 V 413 consid. 1a p. 414; 119 Ib 33 consid. 1b p. 36 et les références citées).

6.2 En vertu de l'art. 56 al. 1 LPGA, seules les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont susceptibles d'un recours devant les tribunaux de première instance en matière d'assurances sociales. Par ailleurs, selon l'art. 89B LPA, le recours est adressé en deux exemplaires à la chambre des assurances sociales de la Cour de justice soit par une lettre, soit par un mémoire signé, comportant : a) les nom, prénoms, domicile ou résidence des parties ou, s'il s'agit d'une personne morale, toute autre désignation précise; b) un exposé succinct des faits ou des motifs invoqués; c) des conclusions (al. 1). Le cas échéant, la décision attaquée et les pièces invoquées sont jointes (al.2).

Si le juge qui est saisi d'un recours ne doit pas se montrer strict lorsqu'il apprécie la forme et le contenu de l'acte de recours, l'intéressé doit néanmoins manifester clairement et par écrit sa volonté de contester une décision déterminée ; à défaut, l'écriture qu'il produit ne peut être considérée comme une déclaration de recours et il faut considérer qu'aucune procédure de recours n'a été engagée (ATF 116 V 356 consid. 2b et les références ; arrêt du Tribunal fédéral I 501/02 28 janvier 2003 consid. 2.2).

En l'occurrence, l'assuré a interjeté recours devant la juridiction de céans contre la décision du 21 juin 2021. L'objet du litige, circonscrit par cette décision, porte sur le droit à une rente d'invalidité et à des mesures d'ordre professionnel, dans le cadre d'une nouvelle demande de prestations déposée le 19 novembre 2020. Il porte plus particulièrement sur le point de savoir si l'intimé était fondé à nier (implicitement) la survenance d'un nouveau cas d'assurance, en relation avec l'aggravation de l'état de santé invoquée par le recourant.

En revanche, le litige ne porte pas sur le refus de l'administration de prendre en charge des chaussures orthopédiques, la décision du 4 octobre 2021 à laquelle se réfère le recourant n'ayant de toute évidence fait l'objet d'aucun recours dans le délai légal et étant donc entrée en force. La conclusion du recourant visant à l'octroi de moyens auxiliaires est donc irrecevable.

7. En vertu de l'art. 6 al. 2 LAI, les étrangers ont droit aux prestations, sous réserve de l'art. 9 al. 3 (ressortissants étrangers de moins de 20 ans), aussi longtemps qu'ils conservent leur domicile et leur résidence habituelle 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. Demeurent réservées les dispositions dérogatoires des conventions bilatérales de sécurité sociale conclues par la Suisse avec un certain nombre d'États pour leurs ressortissants respectifs. À cet égard, on précisera d'emblée qu'il n'existe pas de convention bilatérale de sécurité sociale entre la Suisse et la Syrie.

L'art. 36 LAI prescrit que 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 durée minimale de cotisations de trois années vaut pour toutes les nouvelles rentes d'invalidité pour lesquelles la réalisation du cas d'assurance (survenance de l'invalidité) est intervenue à compter de l'entrée en vigueur de la 5ème révision de l'AI. Ce n'est à cet égard pas la date du prononcé de l'office AI ou de la décision qui est déterminante (Office fédéral des assurances sociales, Directives concernant les rentes de l'assurance vieillesse, survivants et invalidité fédérale [ci-après : DR], état au 1er janvier 2021, ch. 3004).

En application des principes figurant aux art. 29 al. 1 LAVS et 50 RAVS, la condition de durée minimale de cotisations de trois années 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 : elle a versé la cotisation minimale, ou en tant que personne sans activité lucrative, elle 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 elle a droit à la prise en compte de bonifications pour tâches éducatives ou pour tâches d'assistance.

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). La continuité de la durée minimale de cotisations ne constitue pas une nécessité. Les diverses périodes de cotisations sont additionnées. Lorsqu'au regard de l'extrait de compte individuel AVS, la caisse de compensation ne peut établir la présomption selon laquelle la personne requérante satisfait à la condition de durée minimale de cotisations, elle devra vérifier si cette dernière est remplie au moyen des documents en sa possession (dossier, attestations de l'employeur, pièces officielles, etc). La personne ayant droit la prestation est tenue d'apporter elle-même la preuve qu'elle satisfait à cette

condition, en produisant les certificats et attestations nécessaires, notamment en ce qui concerne sa durée de domicile et d'activité en Suisse (ch. 4204 ss DR).

8. Aux termes de 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. Le moment de la survenance de l'invalidité 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. La LAI ne repose pas sur une notion uniforme du cas d'assurance. Celui-ci doit être envisagé et déterminé par rapport à chaque prestation entrant concrètement en ligne de compte (« System des leistungsspezifischen Versicherungsfalles ») : il convient d'examiner pour chaque prestation pouvant entrer en considération selon les circonstances, au sens de l'art. 4 al. 2 LAI, quand l'atteinte à la santé est susceptible, de par sa nature et sa gravité, de fonder le droit à la prestation particulière (ATF 140 V 246 consid. 6.1 et les arrêts cités ; MEYER/REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenver-sicherung, 3ème éd. 2014, n. 140 ad art. 4). S'agissant du droit à une rente, la survenance de l'invalidité correspond au moment où celui-ci prend naissance, en application de l'art. 29 al. 1 LAI, soit dès que l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins ou dès qu'il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable, mais au plus tôt le 1er jour du mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 2 LAI ; ATF 126 V 59 consid. 2b et références citées).

Selon la Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIIAI) dans sa version valable depuis le 1er janvier 2018, la survenance de l'invalidité ou du cas d'assurance est réalisée au moment où une prestation de l'AI est indiquée objectivement pour la première fois. Elle doit être déterminée séparément pour chaque catégorie de prestations (mesure professionnelle ou médicale, moyen auxiliaire, rente, etc.). Si la personne assurée ne remplit pas à un moment donné les conditions du droit à une prestation, il n'en découle pas qu'elle se verra dans tous les cas et à tout jamais privée du bénéfice de l'octroi de toute prestation. Il peut tout d'abord se produire une succession de causes d'invalidité différentes qui entraînent autant de survenances successives de l'invalidité. Bien plus, une seule et même cause d'invalidité peut entraîner au cours du temps plusieurs cas d'assurance.

Le principe de l'unicité de la survenance de l'invalidité cesse d'être applicable lorsque l'invalidité subit des interruptions notables ou que l'évolution de l'état de santé ne permet plus d'admettre l'existence d'un lien de fait et de temps entre les diverses phases, qui en deviennent autant de cas nouveaux de survenance de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_36/2015 du 29 avril 2015 consid. 5.2 et

les références; voir également arrêt du Tribunal fédéral 9C_697/2015 consid. 3.2; Michel VALTERIO, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI), 2018, n. 3 ad art. 4 p.49 et 50).

Si les causes de l'invalidité sont matériellement différentes, un nouvel événement assuré survient (arrêts du Tribunal fédéral 8C_93/2017 du 30 mai 2017 consid. 4.2 et 9C_592/2015, déjà cité, consid 3.2). Un nouveau cas d'assurance peut survenir même si une première atteinte à la santé est toujours présente et cause une incapacité de travail lorsqu'une nouvelle atteinte à la santé totalement distincte apparaît (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_697/2015, déjà cité, consid. 5).

En revanche, une aggravation de l'état de santé ne justifie pas en principe un nouveau cas d'assurance (arrêts du Tribunal fédéral 9C_592/2015 du 2 mai 2015 consid. 3.2 et 9C_692/2018 du 19 décembre 2018 consid. 4.2.2). Par ailleurs, il n'y a pas d'interruption notable de l'invalidité justifiant un nouveau cas d'assurance lorsque la personne concernée présente une invalidité (partielle) qui, même si elle varie dans le temps, ne disparaît pas entièrement pendant une période donnée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_692/2018 du 19 décembre 2018 consid. 4.2.3).

9. Lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 RAI). Il en va de même en cas de nouvelle demande, conformément à l'art. 87 al. 3 RAI.

L'exigence du caractère plausible d'une modification de l'état de santé susceptible d'influencer les droits de l'assuré doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes, respectivement des demandes de révision dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 125 V 410 cons.2b, 117 V 198 cons. 4b et les références). Lorsqu'elle est saisie d'une demande de révision, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrer en matière. À cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'article 87 al. 3 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 108 cons.2b).

10.

10.1 Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

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

10.2 Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353

consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

11.

11.1 En l'espèce, la procédure clôturée par la décision du 5 juin 2018 portait, notamment, sur le droit à une rente ordinaire d'invalidité sous l'angle des conditions d'assurance prévues par les art. 6 al. 2 et 36 al. 1 LAI. L'office intimé a nié que ces conditions fussent remplies par le recourant, après avoir notamment constaté que ce dernier n'avait pas cotisé pendant trois ans au moment de la survenance de son invalidité, le 30 novembre 2016, ce qui excluait tout droit à une rente ordinaire d'invalidité. L'intimé a également nié le droit à une rente extraordinaire. Enfin, l'intimé a retenu que le recourant ne présentait qu'un degré d'invalidité de 10%, lequel était en toute hypothèse insuffisant pour ouvrir droit à une rente d'invalidité ou à une mesure de reclassement. Cette décision n'a pas été contestée par le recourant et est donc entrée en force.

La question de savoir si, selon l'art. 36 al. 1 LAI, le recourant avait cotisé pendant au moins trois ans au moment de la survenance de l'invalidité, en novembre 2016, a déjà été tranchée par la décision entrée en force du 5 juin 2018. L'autorité intimée et la Cour de céans sont donc liées par cette décision.

Dans la mesure où la décision du 5 juin 2018 retenait, entre autres, que le recourant ne satisfaisait pas aux conditions d'assurance au moment de la survenance de l'invalidité, en novembre 2016 (cf. art. 6 et 36 LAI), l'intéressé ne peut prétendre une rente de l'assurance-invalidité qu'à condition d'admettre un nouveau cas d'assurance, à savoir la survenance d'une atteinte à la santé totalement différente de celle qui prévalait au moment du premier refus et propre, par sa nature et sa gravité, à causer une incapacité de travail de 40% au moins en moyenne sur une année (ATF 136 V 369 consid. 3.1.2-3.2 et les références). Le principe de l'unicité de la survenance de l'invalidité cesse en effet d'être applicable lorsque l'invalidité subit des interruptions notables ou que l'évolution de l'état de santé ne permet plus d'admettre l'existence d'un lien de fait et de temps entre les diverses phases, qui en deviennent autant de cas nouveaux de survenance de l'invalidité (arrêts du Tribunal fédéral 9C_697/2015 du 9 mai 2016, consid. 3.2 ; 9C_36/2015 du 29 avril 2015 consid. 5.1 et 5.2 et les références). Dans le contexte de la présente procédure, la question centrale est donc celle de savoir si l'on est en présence d'un nouveau cas d'assurance. C'est ce qu'il convient d'examiner ci-dessous.

11.2 Dans sa première demande de prestations, le recourant a fait valoir un « pied tombant » consécutif à une lésion du nerf sciatique à l'âge de 3 ans, ainsi que des céphalées, en relation avec un accident de moto et un hématome cérébral à l'âge de 19 ans.

Dans le cadre de l'instruction de cette première demande, l'intimé a notamment obtenu un rapport établi le 13 novembre 2017 par la Dresse B_____, confirmant en substance que, depuis l'âge de 3 ans environ, le recourant présentait un « pied tombant » du côté droit, en raison d'une parésie du nerf sciatique droit, et souffrait par ailleurs de maux de tête réguliers, suite à un accident qu'il avait subi en 1990. La Dresse B_____ avait alors conclu que le recourant, en raison des troubles qu'il présentait lors de la marche, était limité pour effectuer tout travail en position debout ou nécessitant des déplacements, mais qu'en revanche, il devait être en mesure d'exercer une activité adaptée à ses limitations (soit une activité en position assise, n'impliquant que peu de déplacements).

Dans ses avis des 6 février et 23 avril 2018 – sur la base desquels la décision du 5 juin 2018 a été rendue –, le SMR a relevé que l'assuré, souffrant d'une parésie du nerf sciatique inférieur droit, avait été opéré en décembre 2016 par arthrodèse talo-naviculaire du pied droit. Se référant au rapport de la Dresse B_____, le SMR a retenu que, moyennant le respect de certaines limitations fonctionnelles (éviter la marche prolongée ou sur terrain accidenté, la position debout statique et le port de charges supérieures à 10 kg), l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail dans toute activité adaptée.

11.3 Dans sa nouvelle demande du 19 novembre 2020 – objet de la présente procédure –, le recourant invoque des atteintes pratiquement identiques à celles mentionnées dans sa première demande, soit un pied tombant « multi opéré », des lombalgies et des migraines.

11.4 Il ressort en substance des pièces produites à l'appui de cette nouvelle demande que, suite à la première intervention chirurgicale (arthrodèse talo-naviculaire du pied droit) subie en décembre 2016 – dont le SMR a déjà tenu compte dans le cadre de l'instruction de la première demande (cf. avis du 6 février 2018) –, le recourant a développé des douleurs au niveau de la cheville et du dos. Une imagerie réalisée le 24 avril 2017 a mis en évidence, au niveau de la cheville, une arthrose sous-talienne, ainsi qu'au niveau dorsal, un rétrolisthésis de la vertèbre L4. En raison d'un « défaut de congruence » de l'articulation tibio-talienne, à l'origine de l'arthrose constatée sur l'imagerie d'avril 2017, le recourant a été réopéré en octobre 2017 (arthrodèse correctrice tibio-talienne), mais il a continué à souffrir de douleurs, malgré cette seconde intervention. Une nouvelle imagerie effectuée le 11 avril 2018 a montré une pseudarthrose tibio-talienne « post-arthrodèse », ce qui a finalement conduit le Prof. C_____ à réaliser une troisième intervention chirurgicale, en novembre 2019. L'évolution du pied consécutive à cette troisième opération a été jugée « plutôt favorable » par le Prof. C_____, lequel a indiqué qu'une nouvelle intervention lui paraissait superflue (cf. rapport du 23 juillet 2021). Il a néanmoins précisé que des séquelles persisteraient à vie et que seule pouvait être envisagée une profession purement sédentaire.

Après avoir d'abord considéré qu'aucune aggravation de l'état de santé n'avait été rendue plausible (cf. avis du 11 mai 2021), le SMR, dans le cadre d'une appréciation subséquente (du 25 octobre 2021), semble finalement admettre que l'atteinte du pied droit dont souffre le recourant s'est aggravée postérieurement à l'opération de décembre 2016, vu l'apparition d'une arthrose sous-talienne et d'une pseudarthrose tibio-talienne, les douleurs, troubles de la marche et lombalgies en lien avec une modification du schéma de la marche. Toutefois, le SMR estime qu'en dépit de cette aggravation, une pleine capacité de travail demeure exigible dans une activité sédentaire et adaptée aux limitations fonctionnelles, lesquelles se recoupent avec celles retenues précédemment. S'y ajoute seulement la nécessité d'alterner les positions.

Le recourant fait valoir que l'aggravation admise par le SMR doit être assimilée à la survenance d'un nouveau cas d'assurance.

11.5 Cette argumentation ne peut être suivie.

Tout d'abord, il convient de rappeler qu'une aggravation de l'état de santé ne justifie en principe pas la survenance d'un nouveau cas d'assurance (arrêt du Tribunal fédéral 9C_592/2015 du 2 mai 2015 consid. 3.2).

Ensuite, les atteintes mises en évidence par l'imagerie du 24 avril 2017 ne sauraient être assimilées – ce qui serait nécessaire pour admettre un nouveau cas d'assurance – à des atteintes *totalement différentes* de celles qui prévalaient au moment de la décision du 5 juin 2018 et qui seraient propres à causer une incapacité de travail de 40% au moins en moyenne sur une année (ATF 136 V 369 consid. 3.1 et les références). Outre le fait que ces atteintes (arthrose sous-talienne et rétrolisthésis L4) existaient déjà au moment où la décision du 5 juin 2018 a été rendue, il ne ressort pas du dossier que, suite à leur apparition, la capacité de travail du recourant aurait été entravée significativement et pendant plus d'une année. En effet, le rapport de la Dresse B_____ du 8 décembre 2020 n'atteste d'une limitation de la capacité de travail qu'en relation avec l'exercice de professions nécessitant le maintien de la position debout ou des déplacements, ce qui se recoupe avec les limitations retenues par le SMR dans son avis initial du 6 février 2018 et ne semble pas contradictoire avec la conclusion à laquelle le SMR est parvenu à l'époque, soit celle d'une capacité de travail entière dans toute profession adaptée auxdites limitations. Quant au rapport du Prof. C_____ du 23 juillet 2021, il en ressort une évolution « plutôt favorable » du pied, suite à la dernière intervention chirurgicale réalisée en novembre 2019. Le Prof. C_____ se limite à préconiser l'exercice d'une profession purement sédentaire, tout en précisant que la capacité de travail serait nulle dans un métier physiquement astreignant. Il ne ressort pas non plus du rapport précité du Prof. C_____ de restriction sensible de la capacité de travail, à tout le moins dans le cadre d'une activité sédentaire adaptée.

Au degré de la vraisemblance prépondérante et à l'instar de ce qui ressort de l'appréciation du SMR du 25 octobre 2021, qui n'est pas mise en doute par d'autres rapports versés au dossier, la Cour constate que, suite aux trois interventions qu'il a subies, l'assuré demeure capable d'exercer, à plein temps, une activité sédentaire et adaptée à ses limitations fonctionnelles (lesquelles correspondent à celles retenues en 2018, auxquelles s'ajoute simplement la nécessité d'alterner les positions).

Au vu de ce qui précède, la survenance d'un nouveau cas d'assurance, en relation avec l'aggravation de l'état de santé invoquée par le recourant, doit être niée, sans qu'un complément d'instruction ne soit nécessaire, le dossier permettant déjà à la juridiction de céans de se prononcer en connaissance de cause sur ce point (ATF 122 II 464 consid. 4a).

À cela s'ajoute que l'intéressé, au regard de la pleine capacité de travail dont il bénéficie dans toute activité adaptée à ses limitations, ne présente (toujours) qu'un degré d'invalidité de 10% (à cet égard, cf. infra consid. 12.2), taux insuffisant pour ouvrir droit à une rente d'invalidité. Partant, la décision attaquée se révèle fondée en tant qu'elle nie le droit du recourant à une rente ordinaire d'invalidité.

12.

12.1 Le recourant conteste également le refus de l'intimé de lui accorder des mesures d'ordre professionnel, arguant qu'« aucune analyse d'octroi de mesures professionnelles n'a été faite à ce jour par l'assurance et son service SMR dans cette procédure, alors que les deux entités ont relevé dans leurs courriers respectifs que l'on pouvait s'attendre à une capacité de travail entière dans une activité sédentaire respectant [ses] limitations fonctionnelles ».

12.2 Selon l'art. 8 al. 1er LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) 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) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital).

Par reclassement, la jurisprudence entend l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à la personne assurée une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité. En règle générale, l'intéressé n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de réadaptation visé, mais non à celles qui seraient les meilleures dans son cas (ATF 139 V 399 consid. 5.4).

Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20% environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3). La personne assurée qui s'est vu allouer par l'assurance-

invalidité une mesure de reclassement a droit, selon les circonstances, à des mesures supplémentaires de reclassement. Tel est le cas lorsque la formation prise en charge n'est pas de nature à procurer à la personne assurée un revenu satisfaisant et qu'elle doit recourir à des mesures supplémentaires pour obtenir un gain comparable à celui qu'elle obtenait dans son activité antérieure avant la survenance de l'invalidité (ATF 139 V 399 consid. 5.6 et l'arrêt cité).

En l'espèce, la situation du recourant au regard des éléments déterminants pour la prétention en cause n'a pas connu d'évolution significative depuis la décision de refus de rente et de mesures d'ordre professionnel rendue en 2018 : malgré la troisième intervention réalisée en novembre 2019, les répercussions de l'état de santé sur la capacité de travail dans une activité adaptée - toujours exigible à un taux de 100% -, sont restées les mêmes. En outre, le spectre des limitations fonctionnelles en 2021 est similaire à la situation qui prévalait en 2018, une seule limitation (nécessité d'alterner les positions) s'étant ajoutée à celles déjà présentes en 2018. La capacité de gain (théorique) de l'assuré ne s'en trouve dès lors pas modifiée, pas plus que le degré d'invalidité. À défaut d'une modification notable de la capacité de travail et de gain, le taux d'invalidité n'a pas à être fixé à nouveau (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_759/2019 du 31 juillet 2020 consid. 5).

Il en résulte qu'à la date de la décision attaquée du 21 juin 2021, le recourant présentait toujours un degré d'invalidité de 10%, inférieur au seuil minimal de 20% susceptible d'ouvrir droit à une mesure de reclassement.

12.3 En ce qui concerne l'orientation professionnelle, y ont droit les assurés qui, en raison de leur invalidité, sont limités dans le choix d'une profession ou dans l'exercice de leur activité antérieure et qui ont dès lors besoin d'une orientation professionnelle spécialisée (art. 15 LAI ; Circulaire sur les mesures de réadaptation professionnelle, CMRP, p. 16, nos 2001 et 2002). L'orientation professionnelle se démarque des autres mesures d'ordre professionnel (art. 16 ss LAI) par le fait que, dans le cas particulier, l'assuré n'a pas encore fait le choix d'une profession. L'art. 15 LAI suppose que l'assuré soit capable en principe d'opérer un tel choix, mais que seule l'invalidité l'en empêche, parce que ses propres connaissances sur les aptitudes exigées et les possibilités disponibles ne sont pas suffisantes pour choisir une profession adaptée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_882/2008 du 29 octobre 2009 consid. 5.1 et les références).

Le Tribunal fédéral a jugé que lorsque le marché du travail offrait un éventail suffisamment large d'activités légères, dont un nombre significatif étaient adaptées à l'état de santé de l'assuré et accessibles sans formation particulière, il n'existait guère d'obstacle à l'exercice d'un emploi adapté, de sorte que l'octroi d'une mesure d'orientation professionnelle apparaissait superflu (arrêt du Tribunal fédéral 9C_534/2010 du 10 février 2011 consid. 4.3).

En l'espèce, dans la mesure où le recourant pourrait, selon les rapports versés au dossier et l'avis du SMR, exercer toute profession adaptée à son handicap

(permettant d'alterner les positions et d'éviter le maintien de la position debout, ainsi que le port de charges supérieures à 10 kg), on peut raisonnablement considérer que le marché du travail lui offre un nombre suffisant d'activités physiquement peu astreignantes, compatibles avec les limitations énoncées et accessibles sans formation particulière. Cela rend superflu l'octroi d'une mesure d'orientation professionnelle. Pour le reste, le recourant ne désigne aucune autre mesure d'ordre professionnel susceptible d'entrer en considération dans son cas, de sorte que l'intimé était fondé à lui refuser (derechef) l'octroi de mesures d'ordre professionnel.

13. Enfin, le recourant sollicite l'octroi d'une rente extraordinaire d'invalidité.

13.1 L'art. 39 al. 1 et 3 LAI (en relation avec l'art. 42 al. 1 LAVS) réserve le droit à une rente extraordinaire d'invalidité aux citoyens suisses et aux étrangers qui remplissaient déjà les conditions de l'art. 9 al. 3 LAI lorsqu'ils étaient enfants. Peuvent être mises au bénéfice d'une telle rente extraordinaire les personnes invalides de naissance ou dès leur enfance qui sont domiciliées en Suisse (art. 39 al. 1 LAI ; ch. 7106 des Directives concernant les rentes (DR) de l'assurance vieillesse, survivants et invalidité fédérale, édictées par l'Office fédéral des assurances sociales, dans leur teneur en vigueur au 1er juillet 2022).

Les ressortissants d'un pays avec lequel la Suisse n'a pas conclu de convention de sécurité sociale n'ont en principe pas droit aux rentes extraordinaires de l'AI. Le droit à ces rentes n'est en effet ouvert, sous réserve des accords sectoriels avec l'UE et des conventions internationales de sécurité sociale, qu'aux ressortissants suisses (Michel VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI) – Commentaire thématique, 2011, n° 2250).

Une exception est néanmoins prévue à l'art. 39 al. 3 LAI. Celui-ci prévoit qu'ont également droit à une rente extraordinaire les invalides étrangers et apatrides qui remplissaient comme enfants les conditions fixées à l'art. 9 al. 3 LAI. Selon cette dernière disposition, les ressortissants étrangers âgés de moins de 20 ans qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse ont droit à des mesures de réadaptation, même s'ils ne remplissent pas les conditions prévues à l'art. 6 al. 2 LAI, si :

a. lors de la survenance de l'invalidité, leur père ou mère comptait, s'il s'agit d'une personne étrangère, au moins une année entière de cotisations ou dix ans de résidence ininterrompue en Suisse ; et si

b. eux-mêmes sont nés invalides en Suisse ou, lors de la survenance de l'invalidité, résidaient en Suisse sans interruption depuis une année au moins ou depuis leur naissance ; sont assimilés aux enfants nés invalides en Suisse les enfants qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse, mais qui sont nés invalides à l'étranger, si leur mère a résidé à l'étranger deux mois au plus immédiatement avant leur naissance.

Les personnes étrangères invalides de naissance ou depuis leur enfance peuvent ainsi prétendre à une rente extraordinaire d'invalidité au plus tôt dès le mois qui suit leur 18ème anniversaire si elles ont bénéficié ou auraient pu bénéficier jusque-là de mesures de réadaptation, du fait qu'elles remplissaient les conditions de l'art. 9 al. 3 LAI. En revanche, ces personnes n'ont pas droit à une rente extraordinaire de l'AI lorsque, avant leur 20ème anniversaire, elles ne pouvaient prétendre à des prestations en nature, soit parce qu'elles n'étaient pas invalides au sens de la loi, soit parce qu'elles ne remplissaient pas les conditions d'assurance (ch. 7103-7104 DR).

13.2 En l'occurrence, le recourant ne saurait être assimilé à un étranger *invalide* de naissance ou depuis l'enfance, remplissant les conditions de mesures de réadaptation avant l'âge de 20 ans (art. 39 al. 3 LAI). En effet, comme l'intéressé l'a exposé en audience, l'atteinte au pied dont il souffre depuis l'enfance ne l'a pas empêché de travailler alors qu'il vivait encore en Syrie, jusqu'en 2015, de sorte qu'il ne se trouve de toute évidence pas dans la situation d'un assuré dont l'invalidité aurait justifié l'octroi de mesures de réadaptation avant l'âge de 20 ans.

Par ailleurs, comme cela a déjà été relevé, il résulte des pièces versées au dossier qu'en dépit de son handicap, le recourant pourrait exercer à plein temps toute activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, ce dont il résulte un degré d'invalidité de 10%, inchangé depuis la décision entrée en force du 5 juin 2018. Le recourant n'est donc pas invalide au sens de la loi, ce qui exclut non seulement le droit à une rente ordinaire, mais également le droit à une rente extraordinaire.

14. Mal fondé, le recours doit être rejeté.

15. Bien que la procédure ne soit pas gratuite en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu en l'espèce de renoncer à la perception d'un émolument, le recourant étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 12 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative – E 5 10.03).

******

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare irrecevable la conclusion du recourant tendant à l'octroi de moyens auxiliaires.
2. Déclare le recours recevable pour le surplus.

Au fond :

3. Le rejette.
4. Renonce à la perception d'un émolument.
5. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	La présidente
Marie-Catherine SECHAUD	Karine STECK

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