

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3088/2025

ATAS/231/2026

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 17 mars 2026

Chambre 10

En la cause

A_____

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Joanna JODRY, présidente ; Christine TARRIT-DESHUSSES et
Andres PEREZ, juges assesseurs.**

EN FAIT

- A.** **a.** A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1992, marié et père de deux enfants nés en _____ 2023 et _____ 2025, a effectué sa scolarité au Kosovo, pays dont il est ressortissant, sans jamais acquérir de formation certifiante. Après avoir travaillé en tant qu'installateur sanitaire dans son pays d'origine entre mars 2014 et juillet 2017, il est arrivé en Suisse le 24 mars 2018 et a été engagé en qualité d'agent d'entretien à plein temps par B_____ SA (ci-après : l'employeur) à compter du 1^{er} octobre 2018. Les rapports de travail ont pris fin le 30 septembre 2019 à la suite de la résiliation du contrat par l'employeur.
- b.** Selon l'extrait de son compte individuel AVS (ci-après : CI) au 25 juin 2025, les seules cotisations que l'assuré a versées sont celles qui ont été prélevées sur son activité salariée de juin 2018 à septembre 2019. D'après les renseignements fournis le 29 avril 2025 par les autorités de la République du Kosovo à la Caisse suisse de compensation (CSC), l'assuré n'a jamais cotisé aux assurances sociales dans son pays d'origine.
- c.** Le 5 juin 2019, il a été victime d'un accident de chantier. Selon la déclaration de sinistre du 6 juin 2019, adressée à la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après : la SUVA), alors qu'il « était sur l'escalier en train de nettoyer les armoires d'un appartement, il a glissé des escaliers et est tombé. Dans sa chute, il s'est fait mal aux deux genoux ». L'atteinte consistait plus précisément en une « élongation » aux deux genoux.
- d.** Le 12 juin 2019, la SUVA a informé l'assuré de la prise en charge du cas.
- e.** Dans un rapport du 27 juin 2019, consécutif à une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) du genou droit, le docteur C_____, spécialiste en radiologie, a conclu à une fissuration de la corne postérieure du ménisque interne, sans fragment luxé. Il n'y avait pas d'atteinte osseuse ni de lésion ligamentaire et le ménisque externe était intègre.
- f.** Le 4 septembre 2019, ce radiologue a également effectué une IRM du genou gauche. Celle-ci montrait une légère contusion osseuse du condyle fémoral externe et de la patella, sans fracture nette, ainsi qu'une fissuration oblique de la corne postérieure du ménisque interne, sans fragment luxé. Aucune lésion ligamentaire n'était mise en évidence.
- g.** Le 22 octobre 2019, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI), en indiquant qu'il bénéficiait d'un suivi médical depuis son accident professionnel du 5 juin 2019. Selon les certificats d'arrêt de travail produits, sa capacité de travail était nulle depuis lors.
- h.** Le 25 octobre 2019, l'OAI a invité la SUVA à lui transmettre une copie du dossier constitué par ses soins et le détail précis des incapacités de travail qu'elle avait répertoriées.

i. Dans un rapport de consultation du 28 novembre 2019, le docteur D_____, chirurgien du genou et chef de clinique au sein du département de chirurgie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), a indiqué qu'une arthroscopie du genou gauche pour résection de la plica et ménissectomie partielle interne semblait nécessaire.

j. L'intervention au genou gauche s'est déroulée aux HUG le 13 janvier 2020. Dans son compte-rendu opératoire du 16 janvier 2020, le Dr D_____ a indiqué que l'intervention avait consisté en une arthroscopie du genou gauche avec ménissectomie partielle interne, suture des ménisques interne et externe, et résection de la plica.

k. Dans un rapport du 17 mars 2020, le docteur E_____, médecin d'arrondissement de la SUVA et spécialiste en chirurgie orthopédique, a répondu à une suite de questions de la SUVA au sujet de l'intervention du 13 juin 2020. Interrogé sur le point de savoir si l'accident avait entraîné, au degré de la vraisemblance prépondérante, « d'autres lésions structurelles objectivables », il a répondu « ménisque opéré, plica ancienne ». Plus spécifiquement, l'atteinte qui avait fait l'objet de l'intervention du 13 juin 2020 était imputable à l'accident. On pouvait toutefois s'attendre, au degré de la vraisemblance prépondérante, à ce que les séquelles de l'accident ne jouent plus aucun rôle dans un délai d'environ trois mois.

l. Par communication du 20 mars 2020, l'OAI a informé l'assuré que des mesures d'intervention précoce ainsi que des mesures de réadaptation professionnelle n'étaient actuellement pas indiquées.

m. Par décision du 17 avril 2020, la SUVA a interrompu ses prestations d'assurance au 30 avril 2020 (frais de traitement et indemnités journalières), ce sur la base de l'appréciation du Dr E_____. En effet, l'état de santé tel qu'il aurait été sans l'accident du 5 juin 2019 pouvait être considéré comme atteint au plus tard trois mois après l'opération du 13 janvier 2020.

n. Le 28 avril 2020, l'assuré a formé opposition à cette décision.

o. Dans un rapport du 20 avril 2020, relatif à une IRM du genou gauche effectuée le 29 avril 2020, le docteur F_____, spécialiste en radiologie, a conclu à un *status* post-résection partielle du ménisque interne avec impression de petite fissuration radiaire de grade III à la jonction corps-corne postérieure, sans fragment méniscal déplacé. Pour le surplus, il n'y avait ni anomalie méniscale externe ni lésion ligamentaire ou cartilagineuse.

p. À la suite de cette IRM, une nouvelle intervention a été programmée pour le 8 juin 2020. Dans son rapport opératoire, le docteur G_____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a indiqué avoir procédé à l'ablation d'une suture dépassant de la surface supérieure du ménisque et à une synovectomie étendue.

q. Par appréciation du 21 juillet 2020, le Dr E_____ a estimé à la lumière du rapport du 8 juin 2020 du Dr G_____ que ce médecin évoquait une réaction inflammatoire consécutive à la première arthroscopie du 13 janvier 2020. Il se justifiait en conséquence de prendre en charge l'arthroscopie du 8 juin 2020 et de réévaluer la situation médicale pour ses suites.

r. Le 22 juillet 2020, la SUVA a annulé sa décision du 17 avril 2020 et annoncé prendre en charge les frais médicaux et les indemnités journalières au-delà du 30 avril 2020.

B. a. En raison de douleurs récidivantes au genou droit (compartiment fémoro-tibial interne), l'assuré a subi, le 26 août 2020, une nouvelle IRM. Dans le rapport rendu à ce sujet, le docteur H_____, spécialiste en radiologie, a indiqué que les images confirmaient la suspicion d'une fissuration complexe du ménisque interne, étendue de la corne postérieure au segment intermédiaire avec une composante oblique et une composante radiaire. La fissure s'étendait jusqu'au mur postérieur du ménisque avec la présence de kystes et de liquide le long du mur postérieur. Un œdème du cul de sac sous-quadricipital était également mis en évidence.

b. Dans un rapport du 2 septembre 2020, le Dr G_____ a constaté une anomalie du genou droit, soit du côté non opéré, et évoqué la possibilité de douleurs chroniques. La durée du traitement était impossible à évaluer.

c. Le 21 septembre 2020, l'assuré a été examiné par le Dr E_____. Celui-ci a constaté que l'assuré marchait avec difficulté avec une « boiterie d'épargne » du côté droit. La mobilité du genou gauche était décrite comme plutôt satisfaisante. Le genou droit était moins mobile et occasionnait des douleurs au niveau de l'interligne méniscal interne.

Le Dr E_____ a retenu les diagnostics de *status* après contusion des deux genoux en juin 2019 avec lésion méniscale interne des deux côtés, *status* après intervention chirurgicale le 8 juin 2020 pour réintervention et régularisation méniscale interne gauche, lésion méniscale interne droite actuellement symptomatique.

Il a proposé que l'assuré soit envoyé à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) après l'intervention chirurgicale sur son genou droit.

Il a également estimé que l'activité habituelle n'était pas exigible, afin d'épargner au mieux les genoux. En revanche, une « pré-exigibilité » pouvait déjà être proposée avec une limitation de port de charges de plus de 15 kg, l'utilisation d'échelles, d'escaliers et les travaux sur des terrains instables étant déconseillés. Une activité à temps complet et à plein rendement pouvait être envisagée à ces conditions.

d. Le 26 octobre 2020, l'assuré a été opéré d'une déchirure du ménisque interne du genou droit par le Dr G_____. Cette intervention a consisté en une

arthroscopie du genou avec résection de la corne moyenne et la corne postérieure du ménisque interne.

e. L'intéressé a été hospitalisé du 10 novembre au 8 décembre 2020 à la CRR en vue d'une rééducation et d'une évaluation multidisciplinaire et professionnelle. Il s'est soumis à divers examens et traitements médicaux, et a participé à des ateliers professionnels.

Dans une lettre de sortie du 16 décembre 2020, les médecins de la CRR ont relevé une amélioration de la force des quadriceps des deux côtés, sans épanchement ni tuméfaction notable. Certains tests fonctionnels n'avaient cependant pas pu être menés à terme, et, de manière générale, l'évolution objective était modeste, principalement du fait des autolimitations dont l'assuré avait fait preuve. Aucun nouveau diagnostic et, en particulier, aucune psychopathologie n'avaient été retenus pendant le séjour. Il y avait des discordances importantes entre l'ampleur des douleurs et la perception du handicap, d'une part, et les observations médicales, d'autre part. Le suivi auprès des ateliers professionnels de la CRR avait permis de voir l'assuré travailler sur des périodes de deux heures consécutives dans des tâches sollicitant les membres supérieurs, exigeant un niveau d'effort très léger et uniquement en position assise. Les escaliers étaient empruntés prudemment avec l'aide d'une main courante. Les déplacements étaient très lents avec une forte boiterie et un comportement douloureux prononcé. L'assuré n'était pas dans une dynamique de retour au travail et l'évaluation ne traduisait finalement que le niveau d'effort auquel il avait bien voulu consentir. Les facteurs médicaux étaient en principe favorables à un retour dans l'ancienne activité, mais des facteurs personnels et contextuels pouvaient interférer avec la reprise.

À la sortie, les médecins de la CRR ont préconisé une reprise à 50% du 11 janvier au 11 février 2021, puis une réévaluation à cette date.

f. Le 8 janvier 2021, le Dr E_____ a indiqué partager les conclusions de la CRR quant à la reprise du travail à 50% dès le 11 janvier 2021, puis à 100% un mois plus tard.

g. Par décision du 11 janvier 2021, la SUVA, se fondant sur l'appréciation du Dr E_____, a considéré que l'assuré était apte au travail à 50% dès le 11 janvier 2021 et pleinement apte à l'emploi dès le 11 février 2021, s'agissant des suites de l'accident. Toutefois, compte tenu de la rééducation en cours, la SUVA acceptait, à titre exceptionnel, d'octroyer des indemnités journalières sur la base d'une incapacité de travail de 50% du 11 janvier jusqu'au 28 février 2021 au soir. Après quoi, aucune prestation ne serait plus versée.

h. Le 18 janvier 2021, l'assuré a formé opposition à cette décision de la SUVA. Il a souligné qu'à la suite des exercices effectués à la CRR, il avait été confronté à une recrudescence de la douleur dans son genou gauche et à un engourdissement dans la jambe gauche. Le 11 janvier 2021, il avait consulté le

docteur I_____, spécialiste en chirurgie orthopédique, lequel lui avait prescrit des séances de physiothérapie ainsi qu'une IRM.

i. Le 27 janvier 2021, la SUVA a rendu une décision sur opposition, confirmant sa décision du 11 janvier 2021. Au vu des problèmes d'évaluation rencontrés, dus notamment à l'autolimitation et à une cohérence questionnable, il était difficile, selon les médecins de la CRR, de recommander des limitations fonctionnelles précises. En prenant en compte l'ensemble des informations disponibles, l'assuré possédait, au terme du séjour, les capacités fonctionnelles nécessaires à l'exercice de son ancien travail tel que décrit, soit impliquant un effort moyen avec des charges ne dépassant pas 15 à 25 kg. Quand bien même une incapacité de travail totale était encore retenue par le Dr I_____, la SUVA ne voyait pas de raison de s'écarter de la position de la CRR, également partagée par le médecin d'arrondissement. Les limitations étaient considérées comme contextuelles et non médicales.

j. Le 1^{er} mars 2021, l'assuré a déposé un recours auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans) par l'intermédiaire de son conseil. Il a conclu à l'annulation de la décision sur opposition du 27 janvier 2021, au maintien des prestations au-delà du 11 janvier 2021 et à l'instruction, en temps voulu, de son droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI) et à une rente LAA.

Concernant le déroulement de l'accident, il a relevé en substance qu'il pesait plus de 100 kg et était tombé de deux mètres de hauteur depuis une échelle double en nettoyant le dessus d'une armoire de cuisine. L'impact s'était fait sur les deux genoux directement au sol. Le traumatisme était ainsi d'une toute autre ampleur que ce qui avait été mentionné par l'employeur lors de la déclaration de sinistre et repris par la suite par la SUVA, soit une « glissade dans les escaliers ». De plus, comme attesté par le certificat du Dr I_____ du 1^{er} mars 2021, il était toujours en incapacité de travail. Il n'avait d'ailleurs pas pu prendre un emploi à 50% qu'il avait trouvé à partir du 1^{er} février 2021. Enfin, il a rappelé que le rapport de la CRR du 16 décembre 2020 indiquait que la situation médicale et les aptitudes fonctionnelles n'étaient pas stabilisées et ne le seraient pas avant un mois supplémentaire environ. Une réévaluation et un contrôle chez le médecin traitant étaient proposés à un mois environ de la reprise à 50%, soit aux alentours du 11 février 2021. Aucune réévaluation ni aucun examen de ses aptitudes fonctionnelles n'avaient pourtant eu lieu par la suite.

k. Le 30 mars 2021, l'assuré a produit un certificat du 27 mars 2021, dans lequel le Dr I_____, qui le suivait depuis le 11 janvier 2021, considérait que sa capacité de travail était nulle depuis ce premier rendez-vous, et ce pour une durée indéterminée. Le patient se plaignait de douleurs et d'impotences fonctionnelles bilatérales supérieures à droite. Ses plaintes étaient corroborées par le *status*. À la suite de l'examen des IRM antérieures, il avait fait procéder à une nouvelle imagerie des deux genoux le 18 janvier 2021. Ces examens avaient mis en

évidence, pour le genou droit, une lésion complexe du corps et de la corne postérieure du ménisque interne ainsi qu'une chondropathie de grade III du plateau tibial interne. À gauche étaient apparues une méniscopathie de grade III de la corne postérieure du ménisque interne et une chondropathie focale de grade III à la partie antérieure du condyle fémoral interne, sans épanchement intra-articulaire. Les lésions des deux ménisques étaient persistantes, le cas n'était pas stabilisé et l'assuré avait été adressé aux HUG avec proposition de révision chirurgicale. En guise de conclusion, le Dr I_____ a évoqué « la complexité des lésions depuis l'accident, des ébauches évolutives en arthrose, une atteinte à l'intégrité et une invalidité ».

I. La SUVA a répondu au recours le 5 mai 2021 et transmis à la chambre de céans une appréciation du 26 avril 2021 de la docteure J_____, spécialiste en chirurgie générale et traumatique auprès du centre de compétences de la SUVA.

La Dre J_____ a considéré que certains éléments médicaux étaient confus et certains choix des médecins difficiles à comprendre. Elle a également retenu une relation de causalité vraisemblable entre les atteintes méniscales des deux genoux et l'événement du 5 juin 2019.

Elle a trouvé « un peu » surprenant que la CRR retienne une capacité de travail complète de l'intéressé dans son ancienne activité au vu des circonstances. Elle rejoignait plutôt l'avis du médecin d'arrondissement qui, lors de son examen final d'octobre 2020, avait considéré que l'activité ancienne ne serait plus exigible, afin d'épargner au mieux les genoux et éviter l'apparition d'arthrose. Elle recommandait ainsi une activité professionnelle adaptée, soit non contraignante pour les genoux, permettant d'alterner les positions (assise et debout), évitant les montées et descentes multiples d'échelles ou d'escaliers, les marches répétées en terrain accidenté, les agenouillements ou accroupissements et le port répété de charges de plus de 15 kg. Une telle activité était exigible à plein temps et à rendement complet au plus tard dès le 11 janvier 2021, étant donné que la guérison d'une atteinte méniscale opérée était de huit semaines en règle générale.

Concernant l'évolution au-delà du 11 janvier 2021, la Dre J_____ l'a analysée par une comparaison entre les résultats des IRM des 26 août 2020 et 18 janvier 2021, qui avait permis d'objectiver une nette péjoration de l'atteinte cartilagineuse – chondropathie, décrite comme surprenante vu le court intervalle de temps.

Sur la base du rapport de son centre de compétence, la SUVA a considéré que l'état de santé de l'assuré était stabilisé depuis fin décembre 2020. Le recours devait donc être partiellement admis, la décision entreprise annulée et la cause lui être renvoyée pour examen du droit de l'assuré à une rente d'invalidité à compter du 1^{er} janvier 2021, ainsi qu'à une IPAI. Pour le surplus, la SUVA a confirmé l'état de fait retenu dans la décision entreprise.

m. Par avis du 9 juin 2021, le Service médical régional (ci-après : SMR) de l'assurance-invalidité a estimé qu'il ne pouvait pas suivre « l'appréciation du 04.01.2021 » (*recte* : 8 janvier 2021) du Dr E_____. En effet, la reprise de l'activité habituelle ne lui semblait pas raisonnablement exigible.

n. Le 10 juin 2021, la Dre J_____ a répondu à une question de la SUVA lui demandant si une greffe méniscale améliorerait les limitations fonctionnelles de l'assuré, s'il y avait lieu de l'envisager au 11 janvier 2021 ou si elle devait être prise en charge à titre de rechute. Selon ce médecin-conseil, une greffe méniscale n'exercerait aucune influence sur les limitations fonctionnelles et ne changerait rien au fait que la profession antérieure de nettoyeur en bâtiment n'était plus exigible. En revanche, une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, déjà décrites le 26 avril 2021, était exigible à plein temps et sans diminution de rendement. Dans la mesure où on pouvait s'attendre à une amélioration de la qualité de vie, voire de la symptomatologie douloureuse par la greffe méniscale – quand bien même l'assuré présentait déjà une chondropathie de grade 3 du condyle fémoral interne à gauche et du plateau tibial interne à droite sur l'imagerie du 18 janvier 2021 –, la prise en charge d'une greffe méniscale devrait se faire à titre de rechute.

o. Dans un rapport du 17 juin 2021, la docteure K_____, du service de chirurgie orthopédique des HUG, a répondu à une série de questions du SMR. Invitée à dire, d'un point de vue strictement orthopédique, quels étaient les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail, elle a renvoyé à un rapport du 9 juin 2021 des HUG (*cf.* ci-après : point « q »). Interrogée sur les restrictions fonctionnelles découlant desdits diagnostics, elle a indiqué « restriction à la marche prolongée, station debout prolongée, pas d'efforts ». Dans son activité habituelle de nettoyeur, la capacité de travail de l'assuré était « *a priori* de 0% depuis juin 21 (certificat pas établi) ».

p. Dans un rapport du 21 juin 2021, le Dr I_____ a également répondu à des questions du SMR. Le 5 juin 2019, l'assuré avait chuté d'une échelle double d'une hauteur de 2 mètres et était retombé sur ses deux genoux. Ceux-ci ne présentaient aucun antécédent médical. Depuis le jour de l'accident, il se plaignait de douleurs et d'une impotence fonctionnelle des deux genoux, prioritairement du genou droit. Les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail consistaient en une contusion des deux genoux et en des lésions méniscales. Les restrictions fonctionnelles découlant de ces diagnostics se manifestaient par des gonalgies bilatérales lors de la marche, surtout localisées dans le compartiment interne des deux côtés, avec une prédominance à gauche. L'assuré se disait limité dans les déplacements sur de moyennes et longues distances et dans le port de charges lourdes. Il se sentait incapable de reprendre son activité de nettoyeur et pensait devoir se réorienter. Dans cette activité, la capacité de travail était nulle. Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, elle était également nulle « pour le moment ». Le Dr I_____ a motivé son appréciation en expliquant que

l'assuré continuait à se plaindre de douleurs et d'une impotence fonctionnelle des deux genoux à la date de son rapport. Les interlignes des deux genoux étaient douloureux. Le traitement conservateur se poursuivait et lors d'un rendez-vous médical du 4 juin 2021 aux HUG, on lui avait proposé une greffe méniscale.

q. Le 26 juin 2021, l'assuré a transmis à la chambre de céans un rapport du 9 juin 2021 des docteurs L_____ et M_____, respectivement médecin adjoint et médecin chef de service auprès du service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG. Selon ces médecins, l'évolution était défavorable avec un syndrome post-méniscectomie subtotale interne bilatérale, avec prédominance au genou gauche. Un long traitement par physiothérapie et un séjour à la CRR n'avaient pas eu d'effets bénéfiques. Au vu des circonstances, une allogreffe méniscale interne du genou gauche était indiquée.

r. Par avis du 13 juillet 2021, le SMR a estimé qu'au vu de l'indication à la mise en place d'une allogreffe méniscale interne du genou gauche, il convenait de réévaluer la situation six mois après l'opération.

s. Le 23 novembre 2021, l'assuré a subi une transplantation méniscale interne au genou gauche. Dans leur lettre de sortie du 6 décembre 2021, le Dr L_____ et le docteur N_____, médecin interne auprès du service de chirurgie orthopédique des HUG, ont indiqué que les suites post-opératoires étaient favorables avec un contrôle radiologique satisfaisant.

t. Par arrêt du 25 janvier 2022 (ATAS/38/2022), la chambre de céans a partiellement admis le recours, renvoyé la cause à la SUVA pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Elle a considéré pour l'essentiel que l'état de santé de l'assuré n'était pas stabilisé et qu'il n'était pas non plus établi qu'il puisse exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles à 50% dès le 11 janvier 2021, ni à 100% dès le 28 février 2021. Pour le surplus, les rapports des médecins traitants, attestant d'atteintes à la santé au-delà de la date de sortie de la CRR, ne suffisaient pas non plus à trancher la question de la capacité de travail à partir de janvier 2021, faute de contenir tous les éléments formels nécessaires pour se voir reconnaître valeur probante, eu égard notamment à la faible densité de leur motivation. Dans la mesure où la SUVA n'avait pas suffisamment instruit la situation médicale de l'assuré au-delà de fin décembre 2020, il convenait de lui renvoyer la cause, afin qu'elle mette en œuvre une expertise indépendante auprès d'un spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, dont la mission serait d'évaluer l'évolution de l'état de santé et de la capacité de travail de l'assuré dès janvier 2021.

C. a. À la demande de la SUVA, l'assuré s'est rendu le 26 juillet 2022, auprès du docteur O_____, spécialiste en chirurgie orthopédique, pour y subir une expertise dont les conclusions ont été rendues le 28 octobre 2022.

Concernant tout d'abord les circonstances de l'événement, le Dr O_____ a pris note du désaccord de l'assuré avec le descriptif figurant dans la déclaration du 6 juin 2019. Selon ses dires, l'intéressé se tenait sur une échelle de type escabeau, tout en haut, à 2.5 mètres du sol, alors qu'il était en train de nettoyer le dessus d'une armoire de cuisine. Ce faisant, il avait fait un écart à droite. À ce moment, l'échelle avait glissé, ce qui l'avait déstabilisé. Il avait réagi en sautant et en s'écartant de l'échelle. Après avoir atterri au sol sur ses deux pieds, il s'était ensuite laissé tomber en avant, si bien que ses deux genoux avaient touché le sol.

Dans l'appréciation du cas, l'expert a indiqué que l'entretien du 26 juillet n'avait pas permis de dégager une version claire et spontanée des faits, l'assuré ayant, selon ses dires, subi un traumatisme à un genou, ou aux deux genoux.

Le bilan IRM, réalisé trois semaines après l'accident du côté droit, et trois mois après cet événement du côté gauche, avait mis en évidence une méniscopathie interne bilatérale.

Du côté gauche, la lésion comportait très probablement un substrat dégénératif (aspect globuleux du corps méniscal), peut-être aussi une composante traumatique (avec lésion de la surface – atteinte grade III). Ce substrat dégénératif méniscal paraissait avoir évolué de concert avec un syndrome d'hyperpression chronique du compartiment interne des deux genoux, tableau en lien avec un début d'usure du cartilage correspondant. L'arthroscopie du 13 janvier 2020 avait révélé la présence d'une déchirure méniscale interne, constituée principalement par un gros lambeau du segment moyen. Cet élément pouvait privilégier l'hypothèse d'une composante traumatique surajoutée (et non pas celle d'une lésion dégénérative exclusive). Ce lambeau n'avait pu être sauvé. À partir de cette intervention, le *cursus* du genou gauche était resté précaire, avec des douleurs probablement en lien avec le syndrome d'hyperpression chronique, potentiellement catalysées par la méniscectomie (l'ablation du lambeau précité étant susceptible de jouer un rôle mécanique négatif supplémentaire dans le transfert des charges). L'arthroscopie réalisée le 8 juin 2020 n'avait ainsi pas modifié de façon significative et durable ledit *cursus*.

En appliquant les mêmes hypothèses au genou droit – qui semblait avoir été symptomatique et analysé en premier par imagerie – et en tenant compte des constatations arthroscopiques du 26 octobre 2020, faisant état d'une lésion méniscale d'envergure, on pouvait admettre aussi une relation de causalité, au moins partielle, entre cette lésion du genou droit et l'événement du 5 juin 2019.

Les gonalgies bilatérales avaient perduré fin 2020. Cela avait été confirmé par un bilan effectué à la même époque à la CRR. Ce bilan avait par ailleurs permis de confirmer la présence d'une arthropathie dégénérative interne aux deux genoux, à un stade débutant ou précoce, de même que des facteurs contextuels susceptibles d'influer négativement l'évolution du cas. La situation ne se trouvait ainsi pas stabilisée à l'issue du séjour à la CRR et, par voie de conséquence, au début de

l'année 2021. Cette situation n'empêchait cependant pas l'exercice d'une activité sédentaire (*cf.* appréciation du 26 avril 2021 de la Dre J_____).

Après l'allogreffe du ménisque interne effectuée le 23 novembre 2021 au genou gauche, le résultat paraissait favorable, ce genou étant peu ou pas irrité, stable, avec des amplitudes physiologiques. Quant à l'arthropathie fémoro-tibiale interne, elle ne paraissait pas s'être considérablement dégradée dans le temps et restait donc radiologiquement à un stade précoce, « suivant finalement son histoire naturelle » comme dans l'immense majorité des cas. En d'autres termes, si on admettait que l'événement du 5 juin 2019 fût responsable d'une lésion méniscale aiguë, lésion survenant manifestement sur fond dégénératif, les moyens thérapeutiques appliqués permettaient (ou permettraient) d'aboutir à une restauration anatomique, voire aussi fonctionnelle, à terme. Ce terme pouvait être fixé à environ un an après la greffe du 23 novembre 2021, délai largement suffisant pour la cicatrisation (probablement acquise dans les 4-6 mois), la mise à l'épreuve du nouveau ménisque (ensemble des activités de la vie quotidienne) et la fin de la récupération de la trophicité musculaire.

Au vu de cette évolution « encore une fois positive (actuelle et escomptée) du côté gauche », se posait la question d'une allogreffe méniscale interne également sur le genou droit, dont le *cursus* ne semblait pas non plus avoir été drastiquement entamé. En tout état, l'assuré semblait remplir les critères de sélection pour une greffe méniscale au genou droit. Si une telle greffe avait lieu, il fallait s'attendre à un résultat radio-clinique similaire à celui prévalant du côté gauche. Ainsi, une réappréciation du cas de cet assuré, à l'issue d'un délai d'un an après la supposée greffe à venir, du côté droit, permettrait de confirmer ou non le retour à un *status* fonctionnel usuel, voire à un *status* anatomique similaire à celui que l'assuré aurait eu dans le cadre de sa « pré-arthrose » interne bilatérale qui semblait lentement évolutive.

Sur le plan de l'exigibilité, rien ne permettait de s'écarter de l'appréciation faite le 26 avril 2021 par la Dre J_____. La dernière activité exercée par l'assuré n'était pas (et ne serait probablement plus) compatible, sur le moyen/long terme, avec l'état des genoux, ni en raison des conséquences supposées du traumatisme, ni en raison de la présence d'une arthropathie dégénérative. En revanche, dans 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, sans terrain accidenté ni positions d'agenouillement/accroupissement, la capacité de travail était entière. Elle l'était déjà en avril 2021, voire probablement dès la sortie de la CRR. Elle le serait à nouveau environ six mois après la greffe méniscale programmée du côté droit.

Enfin, il était prématuré d'évaluer une éventuelle IPAI. La situation devait être réévaluée à l'issue d'un délai d'un an après la greffe méniscale, que ce soit pour le genou gauche ou le genou droit.

b. Par courriers des 5 décembre 2022 et 19 janvier 2023, l'assuré a contesté le rapport d'expertise du 28 octobre 2022 du Dr O_____, motif pris que l'exigibilité retenue – qui se contentait d'ailleurs de valider l'avis du 26 avril 2021 de la Dre J_____ – était simplement affirmée et non motivée sur le plan strictement médical. Sa valeur était donc faible, voire inexistante sur la question.

À l'appui de sa position, l'assuré a produit :

- Une attestation établie le 4 décembre 2022 par le Dr I_____. Selon cet orthopédiste, l'intervention ayant consisté en une greffe méniscale interne gauche, en novembre 2021, correspondait à une technique « extrêmement nouvelle et pleine d'inconnues quant à son devenir ». Cette remarque était également valable pour la greffe du ménisque interne du côté droit, programmée pour début 2023. Selon le Dr I_____, la capacité de travail était nulle depuis le 6 juin 2019 dans toute activité professionnelle, y compris adaptée, et pour une durée indéfinie. En effet, une greffe méniscale nécessitait, en prérequis, un genou normo-axé et l'absence de lésions cartilagineuses ou pré-arthrosiques. Par conséquent, toute activité physique, autre que strictement nécessaire à la vie quotidienne était proscrite. La charge en position verticale était délétère, mais la position assise l'état aussi, puisqu'elle surchargeait l'articulation fémoro-rotulienne. Quant aux critères usuels de restriction de mobilité du genou, ils n'étaient pas adaptés à la situation de l'assuré car toute contrainte sur le genou pouvait « faire basculer celui-ci en arthrose » et donc le faire sortir des critères de sélection pour une greffe. L'idéal consistait en une décharge absolue, avec une conservation de la mobilité et de la musculature jusqu'à l'opération au moins.
- Un rapport du 17 janvier 2023 du Dr L_____, rappelant que l'assuré était suivi aux HUG depuis 2019 pour ses problèmes de genoux (gauche et droit) et dans l'attente d'une transplantation méniscale interne à droite. Depuis 2021, il pouvait uniquement exercer un travail adapté en position assise « avec, au minimum, des périodes de position debout de 20 minutes et au maximum [une] heure [par] jour ». La poursuite de son travail de nettoyeur n'était pas envisageable et ne l'était toujours pas jusqu'à ce jour. Dans ce contexte, il proposait que l'assuré bénéficie d'une formation complémentaire afin de pouvoir trouver un nouveau travail.

c. Le 28 février 2023, la SUVA a informé l'assuré qu'elle entendait soumettre une liste de questions complémentaires à l'expert O_____.

d. Le 10 juin 2023, le Dr O_____ a rendu son complément d'expertise. Interrogé sur le point de savoir si l'accident du 5 juin 2019 avait provoqué, au degré de la vraisemblance prépondérante, des lésions structurelles susceptibles d'être objectivées, il a répondu « probablement ». Invité à dire si les atteintes méniscales avaient été aggravées de manière passagère par cet accident et, dans l'affirmative, jusqu'à quand, le Dr O_____ a rappelé qu'il avait proposé de réévaluer l'état

orthopédique – en particulier l'éventuelle cessation des effets délétères de l'accident – dans un délai d'un an après la greffe méniscale. Invité à exprimer précisément et motiver en quoi une chute avec réception sur les pieds puis sur les genoux, sans mouvement de torsion, était susceptible d'être à l'origine d'une atteinte méniscale, l'expert a indiqué que même si l'action vulnérante précise au niveau des genoux ne pouvait pas être appréciée de façon optimale – notamment en l'absence de déclaration manuscrite de la part de l'assuré qui aurait été faite peu après le traumatisme –, il n'en demeurerait pas moins qu'un mécanisme d'hyperflexion des genoux au moment de leur impact au sol, possiblement associé à une composante de cisaillement, pouvait générer une contrainte anormale postéro-interne.

Interrogé sur le point de savoir dans quelle mesure on pouvait, au degré de la vraisemblance prépondérante, attendre de la poursuite du traitement médical une amélioration de l'état de santé en rapport avec l'accident, l'expert a répondu que la greffe méniscale réalisée à gauche avait montré un résultat plutôt positif au moment de l'expertise, ce qui permettait d'espérer un retour à un *status* fonctionnel (voire aussi anatomique) usuel, c'est-à-dire comparable à celui que l'on pouvait raisonnablement supposer exister avant le traumatisme (arthropathie dégénérative). En d'autres termes, les greffes méniscales (réalisées du côté gauche et à réaliser du côté droit) permettraient *a priori* de rétablir le *status* fonctionnel usuel (voire aussi anatomique objectif). Cela impliquerait une éventuelle cessation du traumatisme subi.

e. Le 17 octobre 2023, la SUVA a informé l'assuré qu'elle reprendrait le versement des indemnités journalières avec effet rétroactif au 1^{er} mars 2021, compte tenu des conclusions de l'expert O_____.

f. Le 9 janvier 2024, l'assuré a subi une transplantation méniscale au genou droit. Dans une lettre de sortie des soins aigus du 12 janvier 2024, le Dr L_____ a indiqué que les suites post-opératoires avaient été favorables et que l'assuré avait pu regagner son domicile le 10 janvier 2024.

g. Dans un rapport du 15 mai 2024, la docteure P_____, médecin interne au département de chirurgie des HUG, a indiqué qu'à quatre mois de la transplantation méniscale interne réalisée au genou droit, l'assuré présentait des douleurs dans le compartiment médial du genou droit – qu'il soulageait par la prise de Dafalgan (10 comprimés par semaine tout au plus) – mais que l'évolution était favorable. Son incapacité de travail était toujours d'actualité et les HUG lui avaient proposé de poursuivre les séances de physiothérapie.

h. Par appréciation du 20 septembre 2024, le Dr E_____ a estimé à la lumière du rapport du 15 mai 2024 précité qu'à plus de six mois de la transplantation méniscale au genou droit, l'évolution était favorable, de sorte que la SUVA pouvait proposer à l'assuré la prise en charge de traitements supplémentaires, parmi lesquels une physiothérapie adaptée et un suivi médical pour ce type de

chirurgie. Ces traitements supplémentaires ne modifiaient toutefois pas le profil de capacités, qui avait déjà été établi le 10 juin 2021 par la Dre J_____. Le Dr E_____ a retenu que l'assuré devait éviter la montée et descente d'escaliers, les marches en terrain accidenté, les marches prolongées répétitives, les agenouillements et accroupissements, le port répété de charges de plus de 15 kg, et qu'il devait alterner entre les positions assise et debout. En respectant ces limitations, une activité professionnelle était exigible à 100% sans perte de rendement et ce, six mois après l'intervention du 9 janvier 2024, sous réserve qu'il n'y ait pas de complications.

Concernant le droit à une IPAI, le Dr E_____ a proposé à la SUVA d'évaluer la situation dans cinq ans. À l'appui de cette solution, il a expliqué qu'une greffe méniscale représentait une « chirurgie innovante » dont les résultats à long terme n'étaient pas suffisamment connus à ce jour, empêchant ainsi l'évaluation d'une éventuelle IPAI en l'état.

i. Le 2 octobre 2024, la Dre P_____ a établi un rapport de consultation ambulatoire de suivi, indiquant que l'évolution se montrait tout à fait favorable, mais que la reprise d'un travail physique lourd était impossible. La reprise de l'ancienne activité de nettoyeur en bâtiment n'était pas recommandée et une adaptation de son travail indiquée. La prochaine consultation, prévue dans environ deux mois, serait consacrée à un bilan de force et d'équilibre.

j. Le même jour, cette médecin a rédigé une attestation d'incapacité totale de travail du 1^{er} au 31 octobre 2024 et une prescription de physiothérapie.

k. Par avis du 29 octobre 2024, le SMR s'est référé aux conclusions du rapport d'expertise du 26 juillet 2022 du Dr O_____ et a proposé de les suivre, notamment en tant que cet expert estimait que la greffe méniscale (du 23 novembre 2021 pour le côté gauche et à venir pour le côté droit) entraînait certes une incapacité totale de travail de six mois après chaque intervention mais ne changeait rien au fait que l'exercice 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, sans terrain accidenté ni positions d'agenouillement/accroupissement, était exigible à 100% depuis avril 2021. L'atteinte à la santé incapacitante consistait, pour le genou droit, en une lésion complexe du corps et de la corne postérieure du ménisque interne et en une chondropathie de grade III du plateau tibial interne. Pour le genou gauche, on était en présence d'un statut post-ménisectomie partielle du ménisque interne et d'une méniscopathie de grade III de la corne postérieure du ménisque interne. À cela s'ajoutait une chondropathie focale de grade III à la partie antérieure du condyle fémoral interne. Depuis le 5 juin 2019, la capacité de travail exigible était nulle dans l'activité habituelle de nettoyeur. En revanche, depuis le 1^{er} avril 2021, date du début de l'aptitude à la réadaptation de l'assuré,

la capacité de travail de celui-ci était entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles précitées.

l. Par courrier du 5 décembre 2024, la SUVA a informé l'assuré que de l'avis du Dr E_____, sa situation médicale était stabilisée et qu'en conséquence, son droit au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière prendrait fin le 31 décembre 2024. Le point de savoir s'il pouvait prétendre à d'autres prestations de la part de la SUVA serait examiné prochainement. Pour le surplus, la SUVA a énoncé les critères – définis le 20 septembre 2024 par le Dr E_____ – auxquels devait répondre une activité adaptée, en précisant que celle-ci était exigible à plein temps, sans diminution de rendement.

m. Le 7 décembre 2024, l'assuré a fait part de son désaccord avec le profil d'exigibilité retenu par le Dr E_____. « [Son] médecin » et lui étaient d'avis qu'il ne pouvait pas reprendre un travail adapté, car cela causerait des dommages supplémentaires aux ménisques greffés.

n. Par courrier du 12 décembre 2024 à l'OAI, l'assuré a indiqué que même si l'accident du 5 juin 2019 avait changé sa vie, il avait gardé sa motivation et son envie de revenir sur le marché du travail dans une activité adaptée à ses limitations (évitement des montées et descentes d'escaliers, alternance entre les positions assise et debout, évitement de la marche sur des terrains difficiles ainsi que des « mouvements prolongés en position accroupie ou à genoux »). Étant donné qu'il s'intéressait, entre autres, aux activités d'horloger et de technicien réparateur dans le domaine informatique et des équipements électroniques, il sollicitait le soutien de l'OAI pour faciliter sa réintégration (conseils et accompagnement professionnel, mesures de formation professionnelle, soutien dans le processus de recherche d'emploi).

o. Dans un rapport de consultation du 17 décembre 2024, le Dr L_____ a indiqué que les suites de l'allogreffe méniscale interne avaient été très favorables et rapides, surtout à gauche, mais que du côté droit, elles avaient été marquées par des douleurs dues à une tendinopathie au niveau du tendon rotulien et du rétinaculum externe. Ces douleurs s'amélioraient néanmoins gentiment. On notait toutefois, le jour de la consultation, une difficulté à monter (et surtout descendre) les escaliers, la persistance d'une douleur à la palpation – au niveau du rétinaculum externe à son attache rotulienne, ainsi qu'au niveau des fibres médiales du tendon rotulien à l'insertion rotulienne. Pour le reste, le genou droit était calme et sec, présentait une hyperextension active de 2 à 3°, avec une flexion maximale symétrique d'environ 130°. Il n'y avait pas d'instabilité, que ce soit sur le plan frontal ou sagittal. Même si l'évolution se montrait tout à fait favorable, la reprise d'un travail physique lourd était impossible et un retour à l'ancienne activité de nettoyeur en bâtiment non recommandé. Une adaptation de son travail était donc indiquée.

p. Dans un rapport de consultation du 12 février 2025, adressé au médecin-conseil de la SUVA, le Dr L_____ a réitéré en substance ses observations du 17 décembre 2024 et ajouté que le bilan de force réalisé le 16 janvier 2025 montrait, des deux côtés, une force absolue en-dessous de la moyenne, à 110 Nm à gauche et 72 Nm à droite. Concernant le côté droit, il se demandait si ces résultats étaient uniquement en lien avec les douleurs rapportées par l'assuré. Dans ce contexte, il avait orienté le patient vers le docteur Q_____, chef de clinique auprès de l'unité de médecine physique et réadaptation, afin de déterminer si les douleurs en question étaient dues à une éventuelle irritation du tendon rotulien avec hypervascularisation. Pour sa part, il ne voyait pas de moyen pour améliorer la situation au niveau chirurgical, raison pour laquelle il ne prévoyait pas de revoir l'assuré.

q. Dans une « note de suite » du 14 mars 2025, le Dr Q_____ a indiqué, à l'issue d'un examen clinique de l'assuré, qu'il n'y avait pas d'argument pour une tendinopathie rotulienne. En effet, il ne relevait ni altération structurelle ni doppler à l'échographie. Les douleurs que l'assuré présentait au genou droit se situaient à un niveau plutôt rotulien. En conséquence, il proposait de poursuivre un programme de physiothérapie de renforcement. Si le problème persistait, une nouvelle IRM serait demandée et d'éventuelles infiltrations seraient discutées.

r. Par appréciation du 5 mai 2025, le Dr E_____ a rappelé la teneur des récents rapports des Drs L_____ et Q_____, et considéré, à la lumière de ceux-ci, qu'il ne pouvait que confirmer son avis du 20 septembre 2024. Il n'y avait donc « pas de raison de s'éloigner de [sa] proposition de clôture du cas avec modification de l'exigibilité et absence d'atteinte à l'intégrité pour l'instant ».

s. Par décision du 23 mai 2025, la SUVA a refusé à l'assuré le droit à une rente d'invalidité. Dans la mesure où l'exercice d'une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles lui permettait de réaliser un revenu statistique supérieur au revenu qui aurait été le sien si l'activité antérieurement exercée s'était poursuivie, la perte de gain était nulle et le degré d'invalidité ne l'était pas moins. En conséquence, les conditions d'octroi d'une rente n'étaient pas remplies. S'agissant d'une éventuelle IPAI, les conditions d'octroi d'une telle prestation n'étaient pas réalisées, en l'absence d'une atteinte importante à l'intégrité physique (*cf.* les appréciations des 20 septembre 2024 et 5 mai 2025 du Dr E_____). Cependant, si l'état de santé exigeait la reprise du traitement médical, l'assuré pourrait s'annoncer à nouveau à la SUVA.

D. a. Par avis du 24 juin 2025, le SMR a rappelé la teneur de son rapport du 29 octobre 2024, dans lequel il avait retenu une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et entière dans une activité adaptée et ce, dès le 1^{er} avril 2021, et avait pris en compte le fait que l'assuré pouvait bénéficier d'un geste chirurgical et que de ce fait, une incapacité totale de travail de six mois était médicalement justifiée. Toutefois, une telle incapacité n'était pas durable au sens de la loi sur l'assurance-invalidité et ne changeait donc pas la date

médico-théorique du début de l'aptitude à la réadaptation (1^{er} avril 2021). Le SMR restait néanmoins à disposition si de nouveaux éléments médicaux étaient versés au dossier et que ceux-ci étaient susceptibles de modifier notablement et durablement la capacité de travail résiduelle.

b. Dans une note du 27 juin 2025, l'OAI a fixé le degré d'invalidité de l'assuré à 0%. En comparant le revenu annuel brut sans invalidité, réactualisé à l'année prise en compte pour l'évaluation de l'invalidité (CHF 51'552.- en 2020), au revenu annuel brut avec invalidité ressortant des données statistiques de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS), soit CHF 59'234.-, la perte de gain et le degré d'invalidité était nuls.

c. Par projet de décision du 30 juin 2025, l'OAI a envisagé de rejeter la demande de prestations.

d. Le 2 juillet 2025, l'assuré a contesté ce projet de décision et fait valoir en substance qu'étant donné qu'il n'était plus capable, pour raisons médicales, d'exercer son activité antérieure de nettoyeur depuis l'accident du 5 juin 2019, il ne pouvait pas réaliser un prétendu revenu avec invalidité de « CHF 59'000.- » (*recte* : CHF 59'234.-), si l'OAI ne le mettait pas au bénéfice de mesures de réadaptation professionnelle « (formation, orientation, soutien concret) ».

À l'appui de sa position, l'assuré a produit, entre autres :

- les résultats du bilan de force réalisé le 16 janvier 2025 ;
- les rapports (précités) des 9 juin 2021, 17 janvier 2023 et 12 février 2025 du Dr L_____ ;
- un rapport du 11 juillet 2023 du Dr L_____ à la SUVA, indiquant que l'assuré était éligible pour une allogreffe méniscale au genou droit ;
- un rapport du 25 novembre 2023 du Dr L_____, confirmant en substance le précédent rapport du 11 juillet 2023 et précisant que l'intervention au genou droit était prévue pour le mois de janvier 2024 ;
- un rapport de consultation du 15 octobre 2024 Dr L_____ « à l'attention du médecin traitant », rappelant les transplantations méniscales internes réalisées le 23 novembre 2021 au genou gauche et le 9 janvier 2024 au genou droit. Concernant le genou droit, la rééducation initiale avait été un tout petit peu plus lente, en raison de douleurs péri-rotuliennes. Une infiltration par cortisone et acide hyaluronique intra-articulaire, effectuée en juillet 2024, avait amélioré la situation. On notait toutefois, le jour de la consultation, la persistance d'une douleur à la palpation – au niveau du rétinaculum externe à son attache rotulienne, ainsi qu'au niveau des fibres médiales du tendon rotulien à l'insertion rotulienne. Même si l'évolution était tout à fait favorable, le Dr L_____ était d'avis que la reprise de l'ancienne activité de nettoyeur en bâtiment n'était pas recommandée et qu'une adaptation du travail était indiquée ;

- un autre rapport du Dr L_____, également daté du 12 février 2025 mais adressé « à l'attention du médecin traitant », réitérant les indications ressortant du premier rapport du 12 février 2025 et de celui du 15 octobre 2024. Ce médecin y précisait pour le surplus qu'il soutenait « absolument les démarches effectuées, pour un poste adapté, si nécessaire par la taille [*sic*] avec une formation à prévoir » ;
- le rapport d'expertise du 28 octobre 2022 du Dr O_____.

e. Par avis du 7 juillet 2025, le SMR a estimé, à la lumière des rapports médicaux produits le 2 juillet 2025, que ceux-ci confirmaient que l'assuré présentait une capacité de travail nulle dans son activité habituelle mais entière dans une activité respectant strictement les limitations fonctionnelles retenues par le SMR et les différents spécialistes. Il convenait de s'en tenir aux conclusions du rapport du SMR du 29 octobre 2024.

f. Par décision du 8 septembre 2025, l'OAI a rejeté la demande de prestations, en indiquant que les éléments apportés dans le cadre de l'audition n'étaient pas susceptibles de modifier son appréciation.

Le statut de l'assuré était celui d'une personne se consacrant à plein temps à son activité professionnelle.

Il ressortait du dossier qu'à l'issue du délai d'attente d'une année, soit le 5 juin 2020, la capacité de travail (et de gain) de l'assuré était nulle mais qu'à compter d'avril 2021, date du début de l'aptitude à la réadaptation, sa capacité de travail était à nouveau entière. En procédant, après cette amélioration, à une comparaison des revenus avec et sans invalidité, la perte de gain était nulle et le degré d'invalidité également. Pour la période précédant l'aptitude à la réadaptation, le droit à une rente entière, limitée dans le temps, pouvait en principe s'ouvrir du 5 juin 2020 jusqu'au 30 juin 2021, soit trois mois après l'amélioration constatée. Toutefois, une telle prestation ne pouvait être octroyée que si les conditions d'assurance étaient réunies, ce qui nécessitait trois années de cotisations au moins au moment de la survenance de l'invalidité, soit le 5 juin 2020. Dans la mesure où l'assuré ne remplissait pas cette condition à ce moment, le droit à une rente ordinaire d'invalidité ne pouvait lui être reconnu. En outre, les conditions d'octroi d'une rente extraordinaire, destinée aux personnes handicapées de naissance ou aux invalides précoces, n'étaient pas non plus réalisées. Enfin, des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées dans sa situation.

- E.** **a.** Le 10 septembre 2025, l'assuré a saisi la chambre de céans d'un recours contre cette décision, concluant à son annulation et à l'octroi de mesures de réadaptation professionnelle.

À l'appui de sa position, il a repris en substance les arguments développés dans son précédent courrier du 2 juillet 2025 à l'OAI et soutenu qu'en lui refusant le droit à des mesures de réadaptation, la décision litigieuse violait le principe de la

primauté de la réadaptation sur la rente. Il a également reproché en substance à l'OAI d'avoir considéré qu'il était médicalement exigible qu'il exerce à plein temps, dès le 1^{er} avril 2021, une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles alors que son état de santé n'était pas stabilisé à cette date et que le caractère évolutif de celui-ci imposait de nouveaux examens médicaux avant que cette autorité ne statue sur son droit aux prestations.

b. Par réponse du 29 septembre 2025, l'intimé a conclu au rejet du recours, en faisant valoir en substance que la situation médicale avait été instruite jusqu'à la décision litigieuse. Dans son avis du 24 juin 2025, le SMR avait indiqué avoir pris en compte le fait que l'assuré avait bénéficié d'un geste chirurgical (allogreffe méniscale au genou droit en janvier 2024) mais que l'incapacité totale de travail découlant de cette intervention, d'une durée de six mois, n'était pas durable au sens de la loi sur l'assurance-invalidité et ne changeait donc pas la date médico-théorique du début de l'aptitude à la réadaptation au 1^{er} avril 2021, date à laquelle l'assuré présentait une capacité de travail entière dans toute activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Concernant enfin l'octroi de mesures de réadaptation professionnelle, le marché du travail offrait un éventail suffisamment large d'activités légères, dont un nombre significatif était adapté aux limitations fonctionnelles du recourant et accessibles sans formation particulière.

c. Le 3 octobre 2025, le recourant a répliqué en relevant que le SMR admettait dans son avis du 29 octobre 2024, qu'il présentait, au genou droit, une lésion complexe du corps et de la corne postérieure du ménisque interne et une chondropathie de grade III du plateau tibial interne et, au genou gauche, un *status* post-ménisectomie partielle du ménisque interne, une méniscopathie de grade III de la corne postérieure du ménisque interne et une chondropathie focale de grade III à la partie antérieure du condyle fémoral interne. Or, le fait de prétendre qu'une personne, présentant de telles atteintes, pouvait travailler à 100% dans une activité adaptée était « simplement illogique », l'absence de qualifications pour une activité adaptée ne se résolvant pas sans formation professionnelle.

d. Par courrier du 21 octobre 2025, l'intimé a renoncé à dupliquer et renvoyé à ses précédentes écritures.

e. Par pli du 29 octobre 2025, l'intimé a transmis à la chambre de céans, pour information, la décision sur opposition rendue le 28 octobre 2025 par la SUVA, confirmant la décision du 23 mai 2025 après des investigations supplémentaires incluant, le 1^{er} septembre 2025, un examen de l'assuré par le Dr E_____ et, le 15 septembre 2025, des radiographies des deux genoux, concluant, entre autres, à l'absence de gonarthrose. Citant un rapport rendu le 24 septembre 2025 par le Dr E_____, la SUVA a relevé, dans la décision sur opposition du 28 octobre 2025 précitée, que selon l'appréciation de ce médecin d'arrondissement, « [les] impressions cliniques concernant l'évolution de cette transplantation méniscale interne du genou droit et genou gauche [semblaient] largement favorables sur le plan de l'évaluation clinique de ce jour ». Par ailleurs, le Dr E_____ était d'avis

que la situation médicale, qui restait certes complexe et inhabituelle, était tout à fait stabilisée, ce qui lui permettait de confirmer ses anciennes appréciations, à savoir qu'en veillant à une alternance entre les positions assises et debout et en évitant la montée et la descente des escaliers, les marches en terrain accidenté, les marches prolongées répétitives, les agenouillements et accroupissements, ainsi que le port répété de charges de plus de 15 kg, l'assuré disposait d'une capacité de travail entière sans diminution de rendement.

f. Par courrier du 14 novembre 2025, le recourant a informé la chambre de céans avoir déposé, le 3 novembre 2025, un recours contre la décision sur opposition rendue le 28 octobre 2025 par la SUVA, en lien direct avec le même événement du 5 juin 2019 à l'origine du dépôt de sa demande AI. Il a précisé que l'envoi de ce courrier avait été effectué à titre d'information, afin de permettre, le cas échéant, « une coordination ou une jonction de causes, et d'éviter toute contradiction entre les deux procédures actuellement pendantes [...] ».

g. Le 20 novembre 2025, la chambre de céans a transmis, pour information, une copie de ce courrier à l'intimé.

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

EN DROIT

1.

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

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

1.2 À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, 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).

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.

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

3.

3.1 Le 1^{er} 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 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 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Si elle est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (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 1^{er} 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 1^{er} 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 1^{er} janvier 2022, ch. 9102).

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).

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 1^{er} 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 1^{er} janvier 2022, les dispositions de la LAI et celles du RAI dans leur version valable jusqu'au 31 décembre 2021 s'appliquent. Partant, les

dispositions légales et réglementaires topiques seront citées, ci-après, dans la teneur qui était la leur jusqu'à cette date.

4.

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).

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).

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

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).

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).

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).

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.

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).

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 9 avril 2001 consid. 1).

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 1^{er} 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

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 29^{ter} 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 ;

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. 1^{bis} 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 1^{er} 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 prévoie 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 LPG), 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,

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 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

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.

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

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 1^{er} 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 1^{er} 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 1^{er} 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 (1^{er} 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.

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 1^{er} 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 1^{er} 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 1^{er} 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 1^{er} juin 2020 jusqu'au

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.

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 1^{er} 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 1^{re} 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 1^{er} 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 1^{er} 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

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 1^{er} 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 1^{er} 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. 1^{bis} 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).

9.

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 LPGGA).

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).

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 LPGGA). 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

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 11 septembre 2019 consid. 4.2.1 ; Ulrich MEYER / Marco REICHMUTH, *op. cit.*, n. 53 *ad art.* 28a LAI).

Cependant, lorsqu'il apparaît que l'assuré touchait un salaire nettement inférieur aux salaires habituels de la branche pour des raisons étrangères à l'invalidité et que les circonstances ne permettent pas de supposer qu'il s'est contenté d'un salaire plus modeste que celui qu'il aurait pu prétendre, il y a lieu d'en tenir compte dans la comparaison des revenus en opérant un parallélisme des revenus à comparer (ATF 134 V 322 consid. 4.1 et les références). Le revenu effectivement réalisé doit être considéré comme nettement inférieur aux salaires habituels de la branche lorsqu'il est inférieur d'au moins 5% au salaire statistique usuel dans la branche (ATF 135 V 297 consid. 6.1.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_677/2021 du 31 janvier 2022 consid. 4.2.2). À noter que le revenu usuel d'une branche peut également être déterminé au moyen des minima salariaux prévus dans une CCT étendue, ceux-ci représentant, de manière plus précise que l'ESS, les revenus spécifiques à cette branche (arrêt du Tribunal fédéral 8C_562/2023 du 29 mai 2024 consid. 4.1.2 et 4.1.3). En pratique, le parallélisme des revenus à comparer peut être effectué soit au regard du revenu sans invalidité en augmentant de manière appropriée le revenu effectivement réalisé ou en se référant aux données statistiques, soit au regard du revenu d'invalidité en réduisant de manière appropriée la valeur statistique (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_692/2010 du 31 janvier 2011 consid. 3.4).

Lorsque le salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé est inférieur au salaire minimum prévu par une CCT, il n'y a pas lieu, dans le cadre de la comparaison des revenus, de mettre l'assuré au bénéfice d'un revenu sans invalidité purement fictif correspondant à ce minimum salarial afin de nier, sur cette base, le caractère inférieur à la moyenne de ce revenu. C'est plutôt le revenu effectivement perçu qui est déterminant. Ce n'est que dans un second temps qu'il y a lieu de se demander, en vue d'une éventuelle mise en parallèle des revenus, si les circonstances permettent ou non de supposer que l'assuré s'est contenté d'un salaire plus modeste que celui auquel il aurait pu prétendre (arrêt du Tribunal fédéral 8C_528/2021 du 3 mai 2021 consid. 8.3.3). Toutefois, lorsque le salaire effectivement réalisé correspond au minimum prévu par une convention collective de travail (CCT), il ne peut pas être qualifié d'inférieur à la moyenne. Dans un tel

cas, il n'y a pas lieu d'appliquer la règle du parallélisme des revenus (arrêt du Tribunal fédéral 8C_677/2021 du 31 janvier 2022 consid. 4.2.2 et les références).

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).

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).

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'invalidé, 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

consid. 6 ; 123 V 150 consid. 2 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5).

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 x 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 x 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 entrant, 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 13^e salaire, calculé à raison de 8.33% (*cf.* art. 9 CCT), ce salaire conventionnel représentait CHF 49'346.- (soit 21.90 x

40 x 52 x 108.33%) en 2021 et CHF 48'896.- en 2018 et 2019 (soit CHF 21.70 x 40 x 52 x 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, 1^{ère} 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

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).

- 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. 1^{bis} LAI).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge du recourant.
4. 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

Adriana MALANGA

Joanna JODRY

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