

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3670/2024

ATAS/349/2025

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 15 mai 2025

Chambre 5

En la cause

A _____

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Philippe KNUPFER, président ; Pierre-Bernard PETITAT et Monique
STOLLER FÜLLEMANN, juges assesseurs.**

EN FAIT

- A.**
- a.** A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1983 et ressortissant du Kosovo, est arrivé en Suisse en 2006 en provenance de son pays d'origine.
 - b.** Selon un rapport de contrôle établi par le service de contrôle des chantiers de la construction dans le canton de Vaud du 1^{er} septembre 2020, l'assuré n'est pas au bénéfice d'une autorisation de séjour ou de travail.
 - c.** L'assuré a travaillé pour l'entreprise B_____ Sàrl (ci-après : l'employeur) en qualité d'ouvrier dès le 30 octobre 2018. En date du 25 août 2020, l'employeur a indiqué qu'il n'avait pas employé l'assuré depuis le début de l'année 2020 en raison de l'épidémie de COVID-19.
 - d.** Selon l'extrait du compte individuel AVS, l'assuré a été employé durant trois mois en 2018 (d'octobre à décembre), pour un salaire total de CHF 6'539.-, et durant les douze mois de l'année 2019, pour un salaire total de CHF 19'293.-.
- B.**
- a.** Le 28 octobre 2019, l'assuré a chuté d'une hauteur de 2 m sur son lieu de travail et s'est blessé à l'épaule gauche.
 - b.** Le cas a été pris en charge par la SUVA Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA) qui a instruit le cas sur le plan médical.
 - c.** Dans un rapport du 28 août 2020, le docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a retenu le diagnostic d'entorse acromio-claviculaire.
 - d.** Le 9 octobre 2020, l'assuré a bénéficié d'une opération chirurgicale (résection de la partie externe de la clavicule gauche), puis d'une opération du coude gauche (neurolyse endoscopique du nerf ulnaire avec complément par voie ouverte) au mois de mai 2021.
- C.**
- a.** L'assuré a déposé une demande de prestations d'invalidité qui a été enregistrée par l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI) en date du 14 décembre 2021.
 - b.** Il exposait souffrir d'une lombalgie chronique invalidante suite à un accident professionnel survenu le 28 octobre 2019 et ayant entraîné des fractures à son épaule et à son coude, gauches.
 - c.** Dans un rapport du 27 mars 2023, le docteur D_____, médecin spécialiste en neurochirurgie au sein des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), a retenu le diagnostic de discopathie L4-L5 et L5-S1 à l'IRM du 13 mars 2023, discrètement plus marquée par rapport à 2021 et a proposé des séances de physiothérapie (renforcement musculaire et gainage). Il a en revanche indiqué qu'aucune prise en charge neurochirurgicale ou de suivi n'était proposée à l'assuré.
 - d.** Dans un rapport du 15 avril 2023, le docteur E_____, médecin interne au sein du service de médecine de premier recours des HUG, a retenu, à titre de

diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail, une neuropathie du nerf ulnaire au coude gauche et des lombalgies mécaniques chroniques post-polytraumatisme en 2019. La capacité de travail dans l'activité habituelle d'ouvrier était nulle, mais entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (pas d'effort physique ni de port de charges lourdes). Le pronostic était bon pour une reconversion dans un travail moins physique.

e. À teneur d'un rapport du 18 septembre 2023 du docteur F_____ et du professeur G_____, respectivement médecin chef de clinique et spécialiste FMH en anesthésiologie au sein du service d'anesthésiologie des HUG, les diagnostics retenus étaient ceux de douleurs chroniques du membre supérieur gauche (coude et épaule) et de lombalgies chroniques post-traumatique (code MG30.2 de la 11^e édition de la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes de 2022 [CIM-11]). Les douleurs du membre supérieur gauche n'apparaissaient qu'à l'effort et des lombalgies se manifestaient lors des changements de la position assise à debout. L'assuré parvenait à se laver et s'habiller seul, mais n'arrivait pas à soulever des charges. Il pouvait en revanche marcher et se déplacer sans problème. La palpation de la gouttière épitrochléo-olécranienne provoquait des fourmillements et un engourdissement des rayons II à V de la main gauche. Selon les spécialistes, il s'agissait probablement d'une névralgie du nerf radial gauche. En première ligne, une réintroduction de la physiothérapie active ainsi qu'une majoration de la prégabaline était suggérées. En deuxième ligne, les médecins suggéraient des infiltrations tests au niveau du nerf radial et du nerf cubital gauches. Enfin, concernant le volet thymique (état anxio-dépressif), l'assuré ne désirait pas consulter de psychiatre.

f. Dans un avis du 29 février 2024, la docteure H_____, médecin spécialiste en neurologie auprès du service médical régional (ci-après : le SMR) de l'OAI, a retenu une arthropathie acromio-claviculaire de l'épaule gauche post-traumatique, un enclavement du nerf ulnaire gauche au coude et des lombalgies chroniques non déficitaires sur tableau dégénératif. La capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle dès le jour de l'accident (28 octobre 2019) et la capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (pas de port de charge supérieur à 5 kg le long du corps à gauche [2 kg en suspension], pas d'activité au-dessus de l'horizontale à gauche, pas de mouvement répétitif en suspension à gauche, pas de position en porte-à-faux, pas de flexion/extension/rotation soutenue du rachis lombaire et possibilité d'alterner les positions assis/debout) était entière dès le mois d'avril 2023, qui correspondait à l'évaluation du Dr E_____ (rapport du 15 avril 2023).

g. Selon une note téléphonique du 13 mars 2024, l'assuré a indiqué à l'intimé « avoir travaillé au noir au Kosovo et n'avoir jamais cotisé » dans ce pays.

h. Par projet de décision du 14 mai 2024, l'OAI a annoncé à l'assuré qu'il entendait rejeter sa demande de prestations. En substance, l'assuré était reconnu comme invalide à 100%, dans toute activité, à compter du 28 octobre 2019 et sa

capacité de travail était entière dans une activité adaptée dès le 1^{er} avril 2023. Ainsi, à l'échéance du délai d'attente d'une année, soit le 28 octobre 2020, le droit à la rente était en principe ouvert. Toutefois, la demande de prestations étant considérée comme tardive, le début du versement interviendrait six mois après le dépôt de la demande, soit en juin 2022. Le droit à une rente ordinaire ou extraordinaire lui était néanmoins refusé, faute de remplir les conditions d'assurance, l'assuré n'ayant pas cotisé pendant trois ans au minimum lors de la survenance de l'invalidité en date du 28 octobre 2020. Par ailleurs, s'agissant de la période antérieure au 1^{er} janvier 2024, la comparaison des gains aboutissait à une perte de gain de 8% (CHF 71'323.- [revenu sans invalidité] – CHF 65'969.- [revenu avec invalidité] = CHF 5'354.- [perte de gain]) et une invalidité de 14% n'ouvrait pas le droit aux mesures professionnelles. Dès le 1^{er} janvier 2024, compte tenu d'une déduction forfaitaire de 10% sur le revenu avec invalidité, la perte de gain était de 17% (CHF 71'323.- [revenu sans invalidité] – CHF 59'372.- [revenu avec invalidité] = CHF 5'354.- [*recte* : CHF 11'951.-]), soit un taux inférieur au taux de 20% ouvrant le droit à des mesures professionnelles.

i. Le 3 juin 2024, l'assuré a contesté le projet de décision. Il était en incapacité de travailler suite à son accident et cela faisait plus d'un an que la SUVA avait cessé de l'indemniser. Il avait par ailleurs cotisé durant les mois pour lesquels il avait travaillé pour son dernier employeur.

j. Par décision du 2 octobre 2024, l'OAI a rejeté la demande de prestations au motif que les éléments apportés par le recourant ne permettaient pas de changer son appréciation.

D. a. Par acte du 4 novembre 2024, l'assuré a recouru contre la décision du 2 octobre 2024 auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans). Il a conclu, principalement et sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision querellée. Subsidiairement, il a conclu à l'annulation de la décision litigieuse et au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision. Il avait contesté une décision de la SUVA et demandé, dans ce cadre, la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique et de médecine interne. Or, la SUVA n'avait pas encore rendu sa décision sur opposition. Par ailleurs, il avait travaillé pour un employeur pendant trois ans au moins, au moment de la survenance de l'invalidité et n'était pas responsable des négligences de celui-ci en matière de retenues de cotisations sociales.

b. Le 8 novembre 2024, la chambre de céans a interpellé le recourant afin qu'il lui adresse tous documents utiles (contrat de travail, bulletins de salaire, *etc.*) permettant de démontrer qu'il avait travaillé durant une période supérieure à trois ans.

c. Par réponse du 3 décembre 2024, l'intimé a conclu au rejet du recours.

d. Par courrier reçu par la chambre de céans le 7 janvier 2025, le recourant a produit une copie du contrat de travail conclu avec son dernier employeur le

30 octobre 2018, un décompte d'indemnités journalières du 21 mai 2021 établi par la SUVA, une fiche de salaire du mois de mars 2019 ainsi qu'un décompte d'heures travaillées pour son dernier employeur portant sur les périodes du 1^{er} au 19 juillet 2018, du 1^{er} au 19 août 2018, du 1^{er} septembre au 20 décembre 2018 et du 21 janvier au 28 octobre 2019.

e. Le 29 janvier 2025, l'intimé a relevé que les pièces produites par le recourant ne lui permettaient pas de modifier son appréciation et a persisté dans ses conclusions.

f. Sur ce, la cause a été gardée à juger, ce dont les parties ont été informées.

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 Le délai de recours est de 30 jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, plus précisément sur le point de savoir si les conditions d'assurance sont remplies.

3. 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.

4.

4.1 Le 1^{er} janvier 2022, 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) sont entrées en vigueur.

En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (*cf.* ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, est déterminant le moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date

est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Si elle est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 9C_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2. et les références).

4.2 En l'occurrence, un éventuel droit à une rente d'invalidité naîtrait au plus tôt en juin 2022, soit six mois après le dépôt de la demande de prestations du 14 décembre 2021 (*cf.* art. 29 al. 1 LAI), de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

- 5.** Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2).

A droit à une rente d'invalidité, 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, qui a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qui, au terme de cette année, est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI).

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 (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral I.654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

6.

6.1 Selon l'art. 6 al. 1 LAI, les ressortissants suisses et étrangers ainsi que les apatrides ont droit aux prestations conformément aux dispositions ci-après. L'art. 39 est réservé.

Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAI relatif aux conditions d'assurance, les étrangers ont droit aux prestations, sous réserve de l'art. 9, al. 3, aussi longtemps qu'ils conservent leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse, mais seulement s'ils comptent, lors de la survenance de l'invalidité, au moins une année entière de cotisations ou dix ans de résidence ininterrompue en Suisse.

Aucune prestation n'est allouée aux proches de ces étrangers s'ils sont domiciliés hors de Suisse.

L'art. 36 LAI prescrit que le droit à une rente ordinaire naît seulement si l'assuré compte au moins trois années de cotisation au moment de la survenance de l'invalidité. La durée minimale de cotisations de trois années vaut pour toutes les nouvelles rentes d'invalidité pour lesquelles la réalisation du cas d'assurance (survenance de l'invalidité) est intervenue à compter de l'entrée en vigueur de la 5^e révision de l'AI. Ce n'est à cet égard pas la date du prononcé de l'office AI ou de la décision qui est déterminante (Office fédéral des assurances sociales, [ci-après : OFAS] Directives concernant les rentes de l'assurance vieillesse, survivants et invalidité fédérale [ci-après : DR], état au 1^{er} janvier 2025, ch. 3007).

6.2 En application des principes figurant aux art. 29 al. 1 de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants du 20 décembre 1946 (LAVS - RS 831.10) (LAVS) et 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 est réalisée lorsque la personne a été assurée obligatoirement ou facultativement pendant plus de deux années et onze mois au total. Cette condition est considérée comme étant réalisée lorsque durant cette période : elle a versé la cotisation minimale, ou en tant que personne sans activité lucrative, elle était mariée ou vivait sous le régime du partenariat enregistré avec une personne qui a versé au moins le double de la cotisation minimale, ou encore elle a droit à la prise en compte de bonifications pour tâches éducatives ou pour tâches d'assistance.

La condition de la durée minimale de cotisations doit être remplie au moment de la survenance de l'invalidité. Les périodes accomplies après ce terme n'entrent pas en ligne de compte (RCC 1959, p. 449). La continuité de la durée minimale de cotisations ne constitue pas une nécessité. Les diverses périodes de cotisations sont additionnées. Lorsqu'au regard de l'extrait de compte individuel AVS, la caisse de compensation ne peut établir la présomption selon laquelle la personne requérante satisfait à la condition de durée minimale de cotisations, elle devra vérifier si cette dernière est remplie au moyen des documents en sa possession (dossier, attestations de l'employeur, pièces officielles, *etc.*). La personne ayant droit la prestation est tenue d'apporter elle-même la preuve qu'elle satisfait à cette condition, en produisant les certificats et attestations nécessaires, notamment en ce qui concerne sa durée de domicile et d'activité en Suisse (ch. 4040 DR).

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).

6.3 Dans sa circulaire sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance-invalidité (ci-après : CIRAI ; état au 1^{er} janvier 2025), l'OFAS indique que les périodes d'assurance éventuelles accomplies dans un État de l'UE ou de l'AELE, ou dans un État avec lequel la Suisse a conclu une convention de sécurité sociale, doivent être prises en compte. Dans ces cas, l'assuré doit avoir cotisé en Suisse durant une année au moins. Certaines conventions de sécurité sociale prévoient que les périodes d'assurance accomplies dans des États tiers puissent également être prises en compte dans le calcul de la durée minimale de cotisation requise si la Suisse a conclu avec ces États une convention prévoyant la prise en compte de telles périodes pour l'octroi de prestations de l'AI (CIRAI, n. 2101).

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 prévoit la totalisation des périodes d'assurance pour déterminer la naissance du

droit à une rente ordinaire de l'assurance-invalidité suisse (art. 15 § 2 de la convention du 8 juin 2018). Toutefois, si les périodes d'assurance accomplies selon les dispositions légales suisses sont inférieures à un an, les §§ 1 et 2 ne s'appliquent pas (art. 15 § 3 de la convention du 8 juin 2018).

L'art. 35 § 3 de la convention susvisée précise que, pour déterminer le droit aux prestations en application de convention, il est tenu compte des périodes d'assurance accomplies selon la législation de l'un des États contractants et des événements assurés intervenus avant la date d'entrée en vigueur de la présente convention.

7. 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).

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

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise

médicale (art. 44 LPGGA) 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).

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).

8.

8.1 Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; *cf.* 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

8.2 Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a).

8.3 Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 145 I 167 consid. 4.1 et les références ; 140 I 285 consid. 6.3.1 et les références). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101 ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d).

- 9.** En l'espèce, dans un premier grief, le recourant fait valoir que l'intimé aurait « passé sous silence » le fait qu'il avait contesté une décision de la SUVA, en réclamant la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique et de médecine interne et qu'aucune décision sur opposition n'avait encore été rendue. Or, cet élément de fait était décisif pour apprécier juridiquement l'impact réel de ses symptômes médicaux sur sa capacité de gain.

9.1 Selon la jurisprudence relative au principe d'uniformité de la notion d'invalidité dans l'assurance sociale, l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante pour l'assureur-accidents (ATF 132 V 74 consid. 3.2.1 ; 131 V 362 consid. 2.2); de même, l'assurance-invalidité n'est pas liée par l'évaluation de l'invalidité de l'assurance-accidents au sens de l'ATF 126 V 288 (ATF 133 V 549) (arrêt du Tribunal fédéral 8C_239/2020 du 19 avril 2021 consid. 8.2).

9.2 En l'occurrence, en application de la jurisprudence fédérale susmentionnée, l'intimé n'était pas tenu d'attendre l'instruction du cas par la SUVA, en particulier l'éventuelle mise en œuvre de l'expertise demandée par le recourant, pour rendre la décision litigieuse. Il apparaît d'ailleurs que les conclusions sur lesquelles s'est fondé l'intimé pour rendre cette dernière sont claires et motivées. En effet, il ressort de l'appréciation du Dr E_____, sur laquelle s'est fondé le SMR, que la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (pas d'effort physique ni de port de charges lourdes) était entière et que le pronostic était bon pour une reconversion dans un travail moins physique (cf. rapport du Dr E_____ du 15 avril 2023). À ce propos, la chambre de céans relèvera que le SMR a retenu des limitations fonctionnelles plus importantes que le Dr E_____ (médecin traitant du recourant), à savoir pas de port de charge supérieur à 5 kg le long du corps à gauche [2 kg en suspension], pas d'activité au-dessus de l'horizontale à gauche, pas de mouvement répétitif en suspension à gauche, pas de position en porte-à-faux, pas de flexion/extension/rotation soutenue du rachis lombaire et possibilité d'alterner les positions assis/debout (cf. évaluation du SMR du 29 février 2024).

Il sied enfin de relever que le recourant n'apporte aucun élément médical de nature à remettre en cause la valeur probante des conclusions auxquelles sont parvenus tant le Dr E_____ que le SMR.

Par conséquent, l'évaluation de la capacité de travail du recourant dans son activité habituelle et dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, telle que retenue par l'intimé, doit être confirmée.

- 10.** Dans un second grief, le recourant soutient avoir travaillé pour un employeur pendant trois ans au moins au moment de la survenance de l'invalidité et qu'il n'était pas responsable des négligences de celui-ci en matière de retenues de cotisations sociales.

10.1 En premier lieu, il s'agit de déterminer la date de la survenance de l'invalidité.

En l'espèce, à teneur de la décision litigieuse, l'intimé a admis que le recourant présentait une incapacité de travail de 100% dans toute activité dès le 28 octobre 2019 (début du délai d'attente) et une capacité de travail entière dans une activité adaptée à son état de santé dès le 1^{er} avril 2023.

Au vu de ces éléments, il sera retenu que l'invalidité est survenue le 28 octobre 2020, soit au terme du délai de carence d'une année prévu par l'art. 28 al. 1 LAI, ce que le recourant ne conteste d'ailleurs pas.

10.2 En l'occurrence, le recourant soutient avoir travaillé pendant au moins trois ans avant la survenance de son invalidité, soit antérieurement au 28 octobre 2020.

Il convient donc d'examiner ci-après si le recourant pouvait se prévaloir, à cette date, d'un minimum de trois ans de cotisations.

Il ressort des pièces du dossier que l'intéressé est arrivé en Suisse en 2006 (*cf.* demande de prestations reçue par l'intimé le 14 décembre 2021 et rapport du service de contrôle des chantiers de la construction dans le canton de Vaud du 1^{er} septembre 2020, p. 13) et l'extrait de son compte individuel AVS fait état d'un montant total de CHF 25'832.- soumis à cotisations pour les périodes d'octobre à décembre 2018 (CHF 6'539.-) et de janvier à décembre 2019 (CHF 19'293.-), soit une période totale de cotisations d'une durée de quinze mois (*cf.* extrait du compte individuel AVS du recourant du 5 janvier 2022).

Par ailleurs, les documents produits par le recourant afin de démontrer une période de cotisations de trois ans au moins, à savoir une copie du contrat de travail conclu avec son dernier employeur le 30 octobre 2018, un décompte d'indemnités journalières du 21 mai 2021, une fiche de salaire du mois de mars 2019 ainsi qu'un décompte d'heures travaillées pour son dernier employeur portant sur les périodes du 1^{er} au 19 juillet 2018, du 1^{er} au 19 août 2018, du 1^{er} septembre au 20 décembre 2018 et du 21 janvier au 28 octobre 2019, ne permettent que d'étayer la période de cotisations payées sur le salaire perçu durant la période de quinze mois susvisée. En particulier, outre le fait que le décompte

d'indemnités journalières du 21 mai 2021, établi par la SUVA, se rapporte à la période du 1^{er} octobre au 30 novembre 2020 et du 1^{er} au 18 mai 2021, soit une période postérieure au 28 octobre 2019, ce décompte ne permet aucunement de retenir cette période comme une période de cotisations dès lors que, selon l'art. 6 al. 2 let. b RAVS, les prestations d'assurance en cas d'accident ne sont pas comprises dans le revenu provenant d'une activité lucrative et ne sont donc pas soumises à cotisation (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 8C_821/2017 du 4 juin 2018 consid. 4.2).

Par conséquent, les pièces au dossier ne permettent pas de démontrer une période de cotisations de trois années au minimum nécessaire pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité selon l'art. 36 al. 1 LAI.

Par ailleurs, la chambre de céans relèvera, au vu de l'absence d'autorisation de séjour du recourant, que le défaut d'autorisation de travail exigée par le droit public n'exclut pas le droit à des prestations de l'assurance-invalidité fédérale, notre Haute-Cour ayant jugé qu'il n'était pas contraire à l'ordre public suisse d'allouer des prestations d'assurances sociales, plus particulièrement de l'assurance-invalidité, à un ressortissant étranger entré illégalement en Suisse et dont le gain d'un « travail au noir » a été soumis à cotisations (ATF 118 V 79 ; ATAS/228/2019 du 20 mars 2019 consid. 6).

Dans le cas du recourant, il est admis que ce dernier est arrivé en Suisse en 2006 et qu'il est toujours domicilié en Suisse jusqu'à ce jour. Toutefois, l'éventuelle activité professionnelle déployée entre 2006 et 2018 ne ressort pas de l'extrait de son compte individuel AVS, ni d'un quelconque autre document versé au dossier de la procédure. Par conséquent, même à supposer que l'intéressé aurait effectivement travaillé et cotisé plus de trois ans en Suisse entre 2006 et le 28 octobre 2020, étant à ce propos rappelé que, selon la jurisprudence fédérale, la nature de l'activité exercée importe peu, dès lors que le gain soumis à cotisations peut aussi bien provenir d'une activité licite que d'une activité illicite, en particulier d'un « travail au noir » (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 9C_675/2014 du 11 août 2015 consid. 4.3), l'intéressé n'a pas apporté la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, d'une période de cotisations permettant de retenir une période de cotisations totale de trois années au sens de l'art. 36 al. 1 LAI.

10.3 Enfin, la convention du 8 juin 2018 conclue entre la Confédération Suisse et la République du Kosovo étant applicable en l'espèce, dès lors que la décision litigieuse a été rendue le 2 octobre 2024 (art. 35 § 1 de la convention du 8 juin 2018), il convient d'examiner si une période de cotisations pour une activité déployée au Kosovo doit être prise en considération.

En l'occurrence, l'intéressé a indiqué à l'intimé avoir travaillé « au noir au Kosovo et n'avoir jamais cotisé » (*cf.* note téléphonique du 13 mars 2024 - pièce n° 58, intimé). Le recourant n'a par ailleurs produit aucun document permettant de démontrer une période de cotisations au Kosovo, de sorte qu'aucune période de

cotisations supplémentaire, correspondant à une activité déployée au Kosovo, ne peut être retenue dans le cas d'espèce.

10.4 Au surplus, la question de savoir si le recourant doit être considéré comme une personne sans activité lucrative, en application des principes figurant aux art. 29 al. 1 LAVS et 50 RAVS, soit une personne sans activité lucrative, mariée ou vivant sous le régime du partenariat enregistré avec une personne qui a versé au moins le double de la cotisation minimale, ou qui a droit à la prise en compte de bonifications pour tâches éducatives ou pour tâches d'assistance, peut souffrir de rester ouverte dès lors que, selon les pièces au dossier, l'intéressé n'est pas marié ou au bénéfice d'un partenariat enregistré et n'a pas d'enfant.

Au vu des éléments qui précèdent, la chambre de céans retiendra que le recourant n'a pas démontré, au degré de la vraisemblance prépondérante, une période de cotisations de trois ans au minimum au jour de la survenance de l'invalidité.

- 11.** À titre subsidiaire, il convient d'examiner si le recourant, de nationalité kosovare, a droit au versement d'une rente extraordinaire d'invalidité fondée sur la convention du 8 juin 2018 conclue entre la Confédération suisse et la République du Kosovo.

11.1 Selon son art. 17 al. 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.

L'art. 4 al. 1 de cette convention stipule que, à moins qu'elle 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.

11.2 La question de savoir si la condition de la résidence ininterrompue en Suisse pendant cinq ans est remplie en l'occurrence peut demeurer ouverte.

En effet, le texte de l'art. 17 al. 1 de la Convention de sécurité sociale est clair et ne prête pas à interprétation : un ressortissant kosovar a droit à une rente extraordinaire de l'assurance-invalidité « aux mêmes conditions » que les ressortissants suisses si, par ailleurs, la condition de la résidence ininterrompue en Suisse pendant la période de carence prévue est remplie (*cf.* ATAS/37/2025 du 22 janvier 2025 consid. 4.2.2).

En vertu des art. 39 al. 1 LAI et 42 al. 1 1^{re} phr. 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, op. cit.*).

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, op. cit.*).

Il est admis que le recourant s'est constitué un domicile en Suisse (art. 1a al. 1 let. a LAVS) au plus tôt en 2006 lorsqu'il est arrivé dans ce pays, alors qu'il était âgé d'au moins 22 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, étant relevé que le recourant n'a pas démontré, au degré de la vraisemblance prépondérante, avoir cotisé entre 2006 et le début de sa période de travail au service de son dernier employeur, le 30 octobre 2018.

Au vu de ces éléments, force est de constater que le recourant n'a pas non plus droit à une rente extraordinaire d'invalidité.

- 12.** Reste à examiner si le recourant a droit à des mesures de réadaptation, en particulier des mesures professionnelles.

12.1 Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPG) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). Conformément

à l'art. 8 al. 1bis LAI, le droit aux mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une activité lucrative préalable. La détermination des mesures tient notamment compte : de l'âge de l'assuré (let. a), de son niveau de développement (let. b), de ses aptitudes (let. c), et de la durée probable de la vie active (let. d). En cas d'interruption d'une mesure de réadaptation, l'octroi de la même mesure ou d'une autre mesure de réadaptation est examiné à nouveau conformément aux al. 1 et 1bis (art. 8 al. 1ter LAI). Les mesures de réadaptation comprennent notamment des mesures d'ordre professionnel (art. 8 al. 3 let. b LAI), lesquelles englobent l'orientation professionnelle, la formation professionnelle initiale, le reclassement, le placement et l'aide en capital (*cf.* art. 15 à 18d LAI).

Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour l'ouverture du droit à des mesures de réadaptation d'ordre professionnel est une diminution de la capacité de gain de 20% environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3, 130 V 488 consid. 4.2 et 124 V 108 consid. 2b ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_36/2009 du 15 avril 2009 consid. 4 et 9C_818/2007 du 11 novembre 2008 consid. 2.2).

L'art. 14 al. 1 de la Convention du 8 juin 2018 prévoit que les ressortissants kosovars qui sont soumis à l'obligation de cotiser à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité suisse immédiatement avant la survenance de l'invalidité ont droit aux mesures de réadaptation tant qu'ils séjournent en Suisse.

12.2 En l'occurrence, l'intimé a refusé d'accorder au recourant des mesures professionnelles au motif que son degré d'invalidité était inférieur à 20%. L'intimé a en effet retenu un taux d'invalidité de 8% en jusqu'au 31 décembre 2023 selon le calcul suivant : CHF 71'323.- [revenu sans invalidité] – CHF 65'969.- [revenu avec invalidité] = CHF 5'354.- [perte de gain]. Dès le 1^{er} janvier 2024, le taux d'invalidité était en revanche de 17%, compte tenu d'une déduction forfaitaire de 10% sur les valeurs statistiques salariales du revenu avec invalidité (CHF 71'323.- [revenu sans invalidité] – CHF 59'372.- [revenu avec invalidité] = CHF 11'951.-).

Le recourant ne fait toutefois valoir aucun argument à l'encontre des revenus avec et sans invalidité retenus dans la décision litigieuse et ne conteste pas le calcul du degré d'invalidité effectué par l'intimé.

Il convient au demeurant d'admettre, au vu de la jurisprudence, qu'il subsiste pour le recourant un éventail suffisamment large d'activités légères dont un nombre significatif est adapté à ses limitations fonctionnelles et accessible sans formation particulière (voir l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_659/2014 du 13 mars 2015 consid. 5.3.3, pour un cas dans lequel il a été admis que l'intéressée présentant des limitations somatiques et psychiatriques [status post-ablation du rein et de la rate, arthrodèse de la cheville avec raccourcissement du membre inférieur et port d'une orthèse, dysfonctions neuropsychologiques, quotient intellectuel à la limite de la moyenne inférieure, baisse des capacités de flexibilité mentale, de mémoire immédiate et de travail, ainsi que difficultés à élaborer des explications verbales complexes], mais ayant une capacité de travail de 100%, avec baisse de

rendement de 30%, dans une activité adaptée, pouvait trouver une activité légère sur le marché du travail) (*cf.* ATAS/901/2024 du 19 novembre 2024 consid. 4.3).

Dans ces circonstances, le calcul du degré d'invalidité effectué par l'intimé sera confirmé et la chambre de céans retiendra que celui-ci était fondé à refuser le droit à des mesures professionnelles.

13.

13.1 Compte tenu de ce qui précède, la chambre de céans n'a d'autre choix que de rejeter le recours.

13.2 Par ailleurs, au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner le recourant, qui n'est pas au bénéfice de l'assistance juridique, au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. 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

Le président

Véronique SERAIN

Philippe KNUPFER

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