

## **GE\_GERICHTE ATAS/542/2020 vom 29. Juni 2020**

GE Cour de justice, 2020-06-29, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_542\\_2020](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_542_2020)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/542/2020 du 29 juin 2020

IT: GE\_GERICHTE ATAS/542/2020 del 29 giugno 2020

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

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

#### **E. 2**

Le recours, interjeté dans les délais et forme légaux, est recevable (art. 56ss LPGA). Ses conclusions, malgré leur formulation, seront considérées comme tendant à l'octroi de mesures d'ordre professionnel et non à la simple constatation du droit à ces mesures, si bien qu'elles sont admissibles (cf. ATF 129 V 289 consid. 2.1).

#### **E. 3**

Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations d'invalidité, plus précisément sur le point de savoir si son état de santé a subi une aggravation influant sur son droit aux prestations depuis la dernière décision au fond. On soulignera que l'objet du litige dans la procédure de recours est le rapport juridique réglé dans la décision attaquée dans la mesure où, d'après les conclusions du recours, il est remis en question par la partie recourante (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_678/2019 du 22 avril 2020 consid. 4.3.1). En l'espèce, le recourant a requis le renvoi à l'intimé afin que ce dernier calcule son degré d'invalidité. De manière expresse, il a cependant uniquement conclu à l'octroi de mesures d'ordre professionnel, à l'exclusion d'une rente. Cela étant, le juge des assurances sociales n'est pas lié par les conclusions des parties et peut statuer ultra petita, pour autant qu'il respecte le droit d'être entendu des parties (cf. art. 61 let. d LPGA).

#### **E. 4**

En vertu de l'art. 28 al. 1er LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à 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.

## **E. 5**

Conformément à l'art. 8 al. 1er LAI, les assurés invalides ou menacés d'une 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, et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies. Aux termes de l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession lorsque son invalidité rend cette mesure nécessaire, et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable. L'art. 6 al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI - RS 831.201) définit les mesures de reclassement comme les mesures de formation destinées à des assurés qui en ont besoin, en raison de leur invalidité, après achèvement d'une formation professionnelle initiale ou après le début de l'exercice d'une activité lucrative sans formation préalable, pour maintenir ou pour améliorer leur capacité de gain. La jurisprudence a apporté une précision à cette définition en indiquant que le concept de reclassement recouvre l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité (ATF 124 V 108 consid. 2a). Dès lors, en règle générale, l'assuré ne peut pas prétendre à la meilleure formation possible dans son cas, la loi ne visant en effet qu'à assurer les mesures de réadaptation qui sont nécessaires et suffisantes compte tenu du cas d'espèce (ATF 121 V 258 consid. 2c). De plus, il faut que l'invalidité soit d'une certaine gravité pour que le droit à des mesures de réadaptation soit ouvert. La jurisprudence a ainsi fixé le seuil d'invalidité à partir duquel des mesures de réadaptation doivent être octroyées à 20 % (ATF 130 V 488 consid. 4.2; ATF 124 V 108 consid. 3a).

## **E. 6**

Selon l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. 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 130 V 343 consid. 3.5). Toute modification dans les faits ne suffit pas pour une révision du droit à la rente. Un diagnostic nouveau ou qui au contraire n'existe plus n'est donc pas en soi un motif de révision, puisque l'élément quantitatif de l'amélioration ou de la détérioration important de l'état de santé n'est pas nécessairement donné (ATF 141 V 9 consid. 5.2). Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 112 V 371 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_818/2015 du 22 mars 2016 consid. 2.2). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit

A/3458/2019 - 22/29 - être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force reposant 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, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_89/2013 du 12 août 2013 consid. 4.1 et 9C\_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1). Une communication rendue par l'administration, lorsqu'elle s'est contentée de recueillir l'avis du médecin traitant, ne peut

se voir conférer la valeur d'une base de comparaison déterminante dans le temps (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_76/2011 du 24 août 2011 consid. 5.1 et 9C\_910/2010 du 7 juillet 2011 consid. 3.2). En revanche, une communication reposant sur une expertise et une constatation des faits pertinents d'ordre médical et leur incidence sur la capacité de gain de l'assuré a été considérée comme une base de comparaison déterminante (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_123/2011 du 7 novembre 2011 consid. 4). Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande, elle doit procéder de la même manière que dans les cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA et comparer les circonstances prévalant lors de la nouvelle décision avec celles existant lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente pour déterminer si une modification notable du taux d'invalidité justifiant la révision du droit en question est intervenue (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_573/2013 du 29 juillet 2014 consid. 2.2).

## **E. 7**

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou 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 incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4, ATF 115 V 133 consid. 2). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient 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

A/3458/2019 - 23/29 - enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3, ATF 122 V 157 consid. 1c). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille

(ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un 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 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 9C\_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2).

## **E. 8**

Le Tribunal fédéral a récemment établi une nouvelle procédure pour déterminer la capacité de travail réellement exigible dans les cas de syndromes du type troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées, nécessitant désormais un établissement des faits structuré et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de l'assuré d'autre part. Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères ressortant de la jurisprudence rendue jusque-là, mais sur une grille d'analyse comportant des indicateurs rassemblant les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique, concernant les catégories du degré de gravité fonctionnelle et celle de la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 3.6). Ces indicateurs sont les éléments pertinents pour le diagnostic et les symptômes, le succès du traitement et de la réadaptation ou la résistance à ces derniers, les comorbidités, les diagnostics de la personnalité et les ressources personnelles, le contexte social, le comportement de l'assuré, la limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie, et le poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

A/3458/2019 - 24/29 - Notre Haute Cour a par la suite étendu cette jurisprudence à toutes les maladies psychiques (ATF 143 V 409 consid. 4.5). Ainsi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1).

## **E. 9**

L'art. 16 LPGA prévoit que, 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. Il s'agit là de la méthode dite de comparaison des revenus, qu'il convient d'appliquer aux assurés exerçant une activité lucrative (ATF 128 V 29 consid. 1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 128 V 174 consid. 4a). 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 tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-accidents. 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\_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2 et les références). Le revenu sans invalidité se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'intéressé aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 428/06 du 25 mai 2007 consid. 7.3.3.1). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant des ESS éditées par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération

A/3458/2019 - 25/29 - inférieure aux normes de salaire usuelles (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3). Il y a lieu de procéder à une réduction des salaires statistiques lorsqu'il résulte de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité ou catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) que le revenu que pourrait réaliser l'assuré en mettant en valeur sa capacité résiduelle de travail est inférieur à la moyenne. Un abattement global maximal de 25 % permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b).

## **E. 10**

En l'espèce, l'intimé s'en est tenu à sa précédente appréciation de la capacité de travail et de gain du recourant, fondée sur l'expertise de 2007, qui a donné lieu à la procédure s'étant soldée par l'arrêt du 12 mai 2009. Il a en effet retenu que l'état de santé du recourant n'avait pas subi d'aggravation depuis. Or, compte tenu de l'issue consensuelle de la procédure judiciaire à l'époque, la force probante du premier rapport d'expertise n'a pas été examinée par la chambre de céans, qui n'a ainsi pas non plus tranché l'exigibilité d'une activité lucrative. Il convient ainsi en premier lieu d'examiner si l'appréciation des Drs H\_\_\_\_\_, V\_\_\_\_\_, F\_\_\_\_\_ et W\_\_\_\_\_ est probante, et partant permet de définir la capacité de gain du recourant à l'époque. Au plan formel, cette expertise retrace l'anamnèse médicale du recourant, complétée par son historique personnel et familial. Elle a été établie après que les experts ont pris connaissance du dossier et des plaintes du recourant, et à l'issue d'examen cliniques. Les diagnostics retenus ou exclus sont discutés et les conclusions motivées. Sur le fond, aucun rapport médical ne justifie que l'on s'écarte des conclusions des experts, qui n'ont pas ignoré d'atteinte diagnostiquée par un autre médecin. En outre, les médecins traitants du recourant s'étaient également initialement prononcés en faveur de la reprise d'une activité. En effet, le Dr D\_\_\_\_\_ ne voyait pas de motif de prolonger l'arrêt de travail dans son rapport du 22 mai 2007, et le Dr C\_\_\_\_\_ avait admis qu'une activité adaptée était possible en février 2006. Ce dernier semble certes être revenu sur cette

conclusion dans son rapport du 28 août 2007, qui critique les conclusions de l'expertise. Il n'indique toutefois pas pour quels motifs objectifs la capacité de travail du recourant serait désormais limitée dans une activité adaptée. S'agissant du Dr K\_\_\_\_\_, il a également admis la possibilité d'une activité adaptée dans son rapport du 31 août 2007. Partant, la première expertise du 15 mai 2007 doit se voir reconnaître valeur probante, sous la réserve suivante. L'expert rhumatologue a admis une capacité de travail de 80 % dans une activité respectant les limitations fonctionnelles suivantes : activités peu contraignantes, alternance des positions assise et debout, pas de port de charges ni de conduite de véhicules ou d'exposition à des vibrations corporelles.

A/3458/2019 - 26/29 - Or, un poste d'agent de sécurité n'apparaît pas compatible avec ces exigences, contrairement à ce que le Dr V\_\_\_\_\_ – auquel le recourant avait décrit une activité légère – a retenu. En effet, un agent de sécurité est notamment souvent appelé à maintenir la position debout longuement. Les Drs C\_\_\_\_\_ et K\_\_\_\_\_ ont d'ailleurs souligné l'impossibilité de poursuivre une carrière d'agent de sécurité. Du reste, bien que l'intimé ait exposé dans sa première décision que cette activité restait exigible, il a consenti à l'octroi de mesures d'ordre professionnel au cours de la procédure judiciaire qui a suivi, de sorte qu'on peut admettre qu'il s'est implicitement rallié à l'inexigibilité d'une telle activité. Il convient ensuite de déterminer si la seconde expertise réalisée a valeur probante et permet de trancher la survenance d'une aggravation de l'état de santé du recourant. Cette seconde expertise contient également tous les éléments nécessaires pour se voir reconnaître valeur probante, au plan formel. Au plan psychiatrique, elle se prononce sur les critères pertinents développés dans la jurisprudence récente. Cela étant, certaines formulations contenues dans le volet rhumatologique, et reprises dans le rapport commun des experts, sont à la limite de ce qui est acceptable dans une expertise. Une indication telle que « c'était sans surprise que l'assuré avait développé d'autres douleurs » pourrait traduire un parti pris de l'expert, de même que la phrase « L'assuré, malgré ses dires, avait opposé un syndrome douloureux toujours plus étendu, toujours plus prégnant, susceptible d'obérer toute activité, y compris les plus banales ». L'évocation de l'oisiveté du recourant est également empreinte d'un jugement de valeur. C'est ici le lieu de rappeler qu'on attend d'un expert médecin qu'il rapporte les constatations qu'il a faites de façon neutre et circonstanciée, et que les conclusions auxquelles il aboutit s'appuient sur des considérations médicales et non des jugements de valeur. Son rapport d'expertise doit être rédigé de manière sobre et libre de toute qualification dépréciative ou, au contraire, de tournures à connotation subjective, en suivant une structure logique afin que le lecteur puisse comprendre le cheminement intellectuel et scientifique à la base de l'avis qu'il exprime (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.3 et les références). Malgré ce qui précède et pour problématiques qu'elles soient, ces formulations ne suffisent pas à discréditer l'ensemble de l'expertise, dans le cas d'espèce. En premier lieu, au plan rhumatologique, il faut relever que les diagnostics du Dr S\_\_\_\_\_ se recourent avec ceux du rhumatologue traitant. En outre, le Dr K\_\_\_\_\_ ne semble pas non plus avoir trouvé d'explication organique aux plaintes du recourant, puisqu'il indique en avoir recherché l'origine et a suggéré une expertise pluridisciplinaire. De plus, les conclusions de l'expertise résultent de l'appréciation consensuelle par plusieurs experts, qui ont tous pris connaissance du dossier et de l'historique du recourant et qui ont procédé à de minutieux examens cliniques avant d'exposer pour quels motifs ils admettaient ou écartaient certains diagnostics. Au plan neurologique, le Dr U\_\_\_\_\_ a motivé les raisons pour lesquelles une neuropathie n'était pas retenue. On rappellera à ce sujet

A/3458/2019 - 27/29 - que si le Dr N\_\_\_\_\_ avait quant à lui admis une telle atteinte, il l'a qualifiée de légère et discrète et n'a pas expressément émis de limitations de ce chef. S'agissant des autres plaintes, notamment des douleurs scrotales et de la coccygodynie, ni le Drs U\_\_\_\_\_ ni le Dr N\_\_\_\_\_ n'ont trouvé de substrat organique susceptible de les expliquer. Le Pr O\_\_\_\_\_ ne s'est quant à lui pas prononcé sur une éventuelle incapacité de travail en raison de cette atteinte. Ainsi, il y a lieu d'admettre que la seconde expertise permet d'exclure, au degré de la vraisemblance prépondérante, une aggravation de l'état de santé du recourant dans une mesure influant sur son droit aux prestations depuis la première décision de l'intimé. En effet, les conclusions diagnostiques des Drs S\_\_\_\_\_, R\_\_\_\_\_, U\_\_\_\_\_ et Q\_\_\_\_\_, lesquels ont admis des lombalgies chroniques, sont superposables à celles des précédents experts au plan somatique. En ce qui concerne le volet psychiatrique, le fait qu'aucun trouble psychique ne soit plus retenu ne suffit pas à démontrer d'amélioration de l'état de santé, puisque les atteintes de cet ordre retenues en 2007 par le Dr H\_\_\_\_\_ n'avaient alors pas de répercussion sur la capacité de travail du recourant. Ainsi, compte tenu de l'absence de changement dans les diagnostics somatiques, l'admission par les experts en 2019 d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, plutôt qu'une capacité de 80 %, relève d'une simple appréciation différente d'un même état de fait. La chambre de céans s'en tiendra ainsi à la capacité de gain de 80 % dans une activité adaptée initialement établie par les experts en 2007, que le recourant ne remet d'ailleurs pas en cause. Compte tenu de l'inexigibilité de l'activité d'agent de sécurité, le calcul du degré d'invalidité ne se confond pas avec le taux d'incapacité de travail, et c'est à juste titre que le recourant reproche à l'intimé de ne pas y avoir procédé. Cela ne justifie toutefois pas l'annulation et le renvoi à l'intimé, dès lors que la chambre de céans jouit d'une pleine cognition et qu'elle peut fixer le degré d'invalidité sans violer le droit d'être entendu de l'intimé, qui s'est abstenu de se prononcer sur les modalités de ce calcul alors qu'il fait partie du présent litige, au vu des conclusions et des moyens du recours. S'agissant du revenu sans invalidité, on peut se référer au salaire que le recourant aurait réalisé en tant qu'agent de sécurité en 2018, année lors de laquelle le droit à la rente doit être examiné compte tenu de la nouvelle demande déposée en avril 2018 et du délai de carence de six mois prévu à l'art. 29 al. 1 LAI. Il sera établi en fonction des revenus prévus par la convention collective de travail (CCT) pour la branche des services de sécurité privés et ayant force obligatoire sur l'ensemble du territoire suisse, ce qui est admissible selon la jurisprudence (par exemple arrêt du Tribunal fédéral 8C\_304/2013 du 11 mars 2014 consid. 6.2). Selon la version en vigueur en février 2017 de la CCT, disponible en ligne <https://www.ge.ch/document/13920/annexe/1>, le revenu dès la 13ème année de service pour les catégories d'engagement A, soit les collaborateurs engagés au mois

A/3458/2019 - 28/29 - et bénéficiant d'un taux d'occupation fixe contractuel entre 1801 et 2300 heures par année civile selon l'art. 8 CCT, s'élève à CHF 60'900.-. Le revenu avec invalidité peut quant à lui être fixé sur la base du salaire statistique qu'un homme peut tirer d'activités simples et répétitives (Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS] 2018, TA1\_tirage\_skill\_level, Ligne Total, niveau 1), soit CHF 5'417.- par mois et CHF 65'004.- par an. En effet, cette valeur s'applique en principe à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante mais qui conservent néanmoins une capacité de travail dans des travaux légers. Il est représentatif du revenu que ces assurés seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides, dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées, n'impliquant pas de formation particulière si ce n'est une mise au courant initiale, et compatibles avec des

limitations fonctionnelles peu contraignantes (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_633/2016 du 28 décembre 2016 consid. 4.3). Adapté à la durée normale de travail de 41.7 heures en 2019, le revenu d'invalidité est de CHF 67'767.-. L'évolution des salaires pour 2019 n'étant pas encore publiée, la chambre de céans renoncera à indexer le salaire, ce qui s'avère favorable au recourant. Compte tenu d'une capacité de travail de 80 %, le revenu sans invalidité est de CHF 54'484.-. En tenant compte d'un abattement de 15 % sur ce montant, afin de tenir compte des limitations fonctionnelles du recourant et de son taux d'activité incomplet, le revenu avec invalidité est de CHF 46'082.-. La comparaison des revenus aboutit ainsi à un degré d'invalidité de 24 %, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. On relèvera ici que même en tenant compte de l'abattement maximal de 25 % sur le revenu d'invalidité, ce dernier passerait à CHF 40'660.- et le taux d'invalidité serait alors de 33 %. Ce taux est cependant supérieur au seuil donnant droit à des mesures d'ordre professionnel selon la jurisprudence. Ces mesures ont toutefois déjà été accordées au recourant à la suite de la première procédure, de sorte qu'il ne saurait prétendre à leur octroi une nouvelle fois. Partant, la décision de l'intimé doit être confirmée dans son résultat.

#### **E. 11**

Le recours est rejeté. Le recourant, qui succombe, supporte l'émolument de procédure de CHF 200.- (art. 69 al. 1bis LAI).

A/3458/2019 - 29/29 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES  
SOCIALES : Statuant À la forme :

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