

GE_GERICHTE ATAS/929/2011 vom 5. Oktober 2011

GE Cour de justice, 2011-10-05, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_929_2011

FR: GE_GERICHTE ATAS/929/2011 du 5 octobre 2011

IT: GE_GERICHTE ATAS/929/2011 del 5 ottobre 2011

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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). Depuis le 1er janvier 2011, cette compétence est revenue à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales et notamment dans le droit de l'assurance-invalidité. Du point de vue temporel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1, consid. 1; ATF 127 V 467, consid. 1 et les références). Il y a lieu de rappeler à cet égard que les définitions de l'incapacité de travail, de l'incapacité de gain, de l'invalidité, de la méthode de comparaison des revenus et de la révision (de la rente d'invalidité et d'autres prestations durables) contenues dans la LPGA correspondent aux notions précédentes dans l'assurance-invalidité telles que développées par la jurisprudence (ATF 130 V 343). En l'espèce, la décision litigieuse datant du 25 mars 2009 est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA et des modifications de la LAI relatives à la 4ème et à la 5ème révisions, entrées en vigueur respectivement en date des 1er janvier 2004 et 1er janvier 2008. Cependant, les faits pertinents remontent jusqu'en 1995. Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité et à des mesures d'ordre professionnel doit être examiné au regard de l'ancien droit pour

A/1503/2009 - 22/36 - la période jusqu'au 31 décembre 2002 et, après le 1er janvier 2003, respectivement le 1er janvier 2004 et le 1er janvier 2008, en fonction des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4ème et la 5ème révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). En revanche, en ce qui concerne les règles de procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

E. 3

Le recours, interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, est recevable au sens des art. 56, 60 LPGA et 89B de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA ; RS E 5 10).

E. 4

Le litige consiste à déterminer si l'intimé était fondé à refuser au recourant des prestations de l'assurance-invalidité, en particulier une rente et des mesures professionnelles.

E. 5

a) 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). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1er LPGA). Selon le texte de la loi en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, l'invalidité est réputée survenue, selon l'art. 4 al. 2 LAI, 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 de l'assuré ; 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). S'agissant du droit à une rente, la survenance de l'invalidité se situe au moment où il prend naissance, conformément à l'art. 29 al. 1er LAI, soit dès que l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins ou dès qu'il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable, mais au plus tôt le premier jour du mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 2 aLAI ; ATF 126 V 5 consid. 2b et les références). Avec l'entrée en vigueur depuis le 1er janvier 2008 de la nouvelle LAI, l'invalidité est réputée survenue, selon l'art. 4 al. 2 LAI, dès qu'elle est, par sa nature et sa

A/1503/2009 - 23/36 - gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. À teneur de l'art. 29 LAI, le droit à une rente d'invalidité prend 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 conformément à l'art. 29 al. 1er LPGA, mais pas avant le mois qui suit son dix-huitième anniversaire. b) Selon l'art. 28 al. 1er LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% 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 ; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40% au moins. Selon l'art. 28 al. 1er LAI dans sa teneur en vigueur du 1er janvier 2004 au 31 décembre 2007, 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. En vertu de l'art. 28 al. 1er LAI dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2008, 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). Il y a interruption notable de l'incapacité de travail lorsque l'assuré a été entièrement apte au travail pendant trente jours consécutifs au moins (art. 29ter du Règlement sur l'assurance- invalidité du 17 janvier 1961 - RAI ; RS 831.201). 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. 6

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1er LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1er LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA, on doit mentionner – à part les maladies mentales proprement dites – les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être

A/1503/2009 - 24/36 - exigée dans son cas. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante ; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c in fine). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant légitimement sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3 et consid. 6).

E. 7

a) 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 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 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2). L'instruction des faits d'ordre médical se fonde ainsi sur le rapport du médecin-traitant destiné à l'Office de l'assurance-invalidité, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge (VSI 1997, p. 318, consid. 3b ; BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg

1999, p. 142). b) 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 enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui

A/1503/2009 - 25/36 - concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3). c) En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). 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 ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). Quant aux expertises médicales, l'on peut et doit attendre d'un expert médecin, dont la mission diffère clairement de celle du médecin-traitant, notamment qu'il procède à un examen objectif de la situation médicale de la personne expertisée, 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. D'un point de vue formel, l'expert fera preuve d'une certaine retenue dans ses propos nonobstant les controverses qui peuvent exister dans le domaine médical sur tel ou tel sujet: par exemple, s'il est tenant de théories qui ne font pas l'objet d'un consensus, il est attendu de lui qu'il le signale et en tire toutes les conséquences quant à ses conclusions. Enfin, son rapport d'expertise sera 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 (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). Selon la jurisprudence, le juge ne doit, en principe, pas s'écarter sans motif impératif des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les

aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 118 V 290 consid. 1b; ATF 112 V 32 et les références). d) 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 A/1503/2009 - 26/36 - 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 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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 126 V 322 consid. 5a)

E. 8

Comme le Tribunal fédéral l'a déclaré à maintes reprises, la notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité. Dans ces trois domaines, elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé assurée, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entrent en ligne de compte pour l'assuré (ATF 126 V 288 consid. 2). Depuis le 1er janvier 2003, la définition de l'invalidité est uniformément codifiée à l'art. 8 LPGA. En raison de l'uniformité de la notion d'invalidité, il convient d'éviter que pour une même atteinte à la santé, assurance-accidents, assurance militaire et assurance- invalidité n'aboutissent à des appréciations divergentes quant au taux d'invalidité. Cela n'a cependant pas pour conséquence de les libérer de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité. En aucune manière un assureur ne peut se contenter de reprendre simplement et sans plus ample examen le taux d'invalidité fixé par l'autre assureur car un effet obligatoire aussi étendu ne se justifierait pas (cf. ATF 133 V 549 consid. 6, 131 V 362 consid. 2.2). D'un autre côté, l'évaluation de l'invalidité par l'un de ces assureurs ne peut être effectuée en faisant totalement abstraction de la décision rendue par l'autre. À tout le moins, une évaluation entérinée par une décision entrée en force ne peut pas rester simplement ignorée. À cet égard, le Tribunal fédéral a eu l'occasion de préciser qu'une appréciation divergente ne devrait intervenir qu'à titre exceptionnel et seulement s'il existe des motifs suffisants. Pourraient constituer de tels motifs le fait que l'évaluation repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable, qu'elle n'emporte nullement la conviction, qu'elle soit entachée de partialité ou de subjectivité, ou encore qu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré (ATF non publié du 30 novembre 2004, I 50/04). En tout état, l'OAI ne saurait être lié par l'évaluation de l'invalidité faite par l'assureur-accidents (ATF non publié du 8 août 2008, 9C_751/2007).

E. 9

En l'espèce, se trouvent notamment au dossier des rapports des médecins-traitants, en particulier du Dr T_____, des rapports des médecins du SMR, des rapports du médecin de l'assurance-accidents, ainsi qu'une expertise réalisée à la demande de l'intimé par le Dr C_____ le 5 décembre 2008.

A/1503/2009 - 27/36 - a) Sur le plan strictement psychiatrique, le Dr V_____ a retenu le diagnostic de trouble dépressif majeur, épisode isolé (état actuel en rémission partielle). Son expertise révèle que le recourant ne présente aucune limitation, à l'exception

d'une incapacité de travail de 40% au moins entre septembre 2002 et janvier 2003. Sur la base de l'expertise du Dr C _____, le médecin du SMR retient que le recourant ne présente aucune pathologie psychiatrique invalidante de longue durée, sa capacité de travail restant normale sur le plan psychiatrique. Le Dr T _____ estime quant à lui qu'en raison d'un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, la capacité de travail du recourant d'un point de vue global n'excède pas 50%. Le recourant conteste l'appréciation de ses affections psychiatriques invalidantes retenue par l'intimé et fondée sur les conclusions de l'expertise psychiatrique menée par le Dr V _____, qu'il considère comme "hâtives et non concluantes". Selon le recourant, c'est l'appréciation de son psychiatre-traitant qu'il convient de retenir. La Cour de céans constate cependant que le Dr C _____, dans le cadre de son expertise, a procédé à un examen complet et minutieux de l'état de santé du recourant. Pour ce faire, l'expert s'est appuyé sur l'entier du dossier, notamment sur les rapports des médecins ayant examiné le patient auparavant, de sorte qu'on ne peut que constater que son rapport se base sur un dossier bien étayé. Une anamnèse complète a été réalisée et le rapport d'une vingtaine de pages est circonstancié. L'état de santé du recourant a fait l'objet d'examen approfondis, ses plaintes ont été prises en compte et le médecin a procédé à une discussion et une appréciation du cas détaillées. Ainsi, force est de constater que l'expert n'a certes pas retenu de diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail du recourant, mais il en a expliqué les raisons et a, pour ce faire, notamment utilisé la CIM-10 (Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement. Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic), classification largement reconnue en psychiatrie. Selon les critères posés par la jurisprudence, il convient ainsi d'admettre pleine force probante à l'expertise du Dr V _____ et donc de ne retenir aucune limitation psychiatrique au recourant, à l'exception d'une incapacité de travail de 40% au moins entre septembre 2002 et janvier 2003. En dehors de cette période non durable et non déterminante, rien n'indique qu'il y ait eu des limitations psychiatriques significatives dans le cas du recourant. Le rapport médical établi par le Dr T _____ n'est pas de nature à remettre en cause les conclusions claires de l'expert. A ce propos, il convient de rappeler que 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. La divergence entre ses conclusions et celles de l'expert tient d'ailleurs au seul fait que le Dr T _____ a adopté

A/1503/2009 - 28/36 - une approche psychiatrique biopsychosociale, alors que les facteurs socioculturels ne sont pas pertinents du point de vue des assurances sociales (ATF 127 V 299). b) Sur le plan physique, les Drs N _____ et O _____ de la Division de médecine physique et de rééducation des HUG ont retenu dans un rapport du

E. 11

En vertu de l'art. 16 LPGA, 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. 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 130 V 343 consid. 4). Les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue (c'est-à-dire entre le projet de décision et la décision elle-même), doivent être prises en compte (cf. ATF 129 V

222 consid. 4.1, 128 V 174). 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 et la référence). 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 (ATF non publiés du 25 mai 2007, I 428/06 et I 429/06). Quant au revenu d'invalidé, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. 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'enquête sur la structure des salaires (ci-après : ESS) publiée par l'Office fédéral de la statistique (ci-après : OFS) sur la base de statistiques salariales

A/1503/2009 - 30/36 - (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). 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 126 V 75 consid. 5b/aa-cc).

E. 12

Est déterminante en l'occurrence pour la comparaison des revenus et le calcul du degré d'invalidité l'année 2000, soit le moment à partir duquel le recourant présente une capacité de travail totale dans une activité adaptée. En ce qui concerne tout d'abord le revenu sans invalidité du recourant, il résulte des pièces du dossier et de la convention collective de travail des métiers du bâtiment (second œuvre) qu'il aurait perçu en 2000 un revenu annuel total de 62'253 fr., correspondant à son revenu de peintre en bâtiment au sein de l'entreprise X _____ & Cie ($26,95 \times 41,25 \times 4 + 8,33\% \times 13$). C'est donc à juste titre que l'intimé retient ce montant comme revenu sans invalidité. S'agissant ensuite du revenu d'invalidé du recourant, c'est à tort que l'intimé a retenu le salaire perçu par un agent de sécurité en 2000, date correspondant au terme de la formation entamée par le recourant. En effet, il est clairement ressorti des enquêtes conduites par la Cour de céans, et notamment de l'audition de M. G _____, que l'activité d'agent de sécurité n'est pas une activité adaptée aux limitations fonctionnelles du recourant, dans la mesure notamment où un agent de sécurité doit jouir d'un bon état de santé et ne pas présenter de problèmes physiques ou de sommeil. Ainsi, en l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il convient pour déterminer le revenu d'invalidé du recourant de se référer aux données salariales, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires publiées par l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb p. 76). Compte tenu de l'activité de substitution que pourrait exercer l'assuré dans une activité légère et adaptée, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives (niveau de qualification 4) dans le secteur privé, soit en 2000, 4'437 fr. par mois ou 53'244 fr. annuellement (Enquête suisse sur la structure des salaires 2000, p. 31, TA1). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de

quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2000 (41,8 heures; la Vie économique, 4-2010, p. 90, B 9.2), ce montant doit être porté à 55'640 fr. Conformément à la jurisprudence, il convient encore d'appliquer un facteur de réduction sur le salaire statistique qui tient compte de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (ATF 126 V 75

A/1503/2009 - 31/36 - consid. 5 p. 78). Pour tenir compte notamment des limitations fonctionnelles du recourant, une réduction supplémentaire de 20% a été accordée au recourant dans la décision de la SUVA du 18 juillet 2002, entrée en force suite à l'arrêt du Tribunal administratif du 3 février 2004. Cette réduction est généreuse, ainsi que l'a d'ailleurs relevé le Tribunal administratif, mais elle n'est en rien insoutenable ou arbitraire. Cette réduction de 20% pourra ainsi être retenue dans la présente cause également, de sorte que le revenu avec invalidité du recourant s'élève en définitive à 44'512 fr. Il résulte de ce qui précède qu'à compter du 1er janvier 2000, date à partir de laquelle le recourant dispose d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée, sa perte de gain s'élève à 17'741 fr., ce qui correspond à un degré d'invalidité de 28,5%, arrondi à 29% (ATF 130 V 121), n'ouvrant pas droit à une rente d'invalidité. La Cour de cassation souligne que ce taux d'invalidité correspond d'ailleurs à celui retenu par la SUVA dans sa décision du 18 juillet 2000 et confirmé par le Tribunal administratif dans son arrêt du 3 février 2004.

E. 13

Selon la jurisprudence, une décision qui accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la réduction ou l'augmentation de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 125 V 417 ss. consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2). 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'article 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 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b, ATFA non publié du 28 décembre 2006, I 520/05, consid 3.2). Il convient dans un tel cas d'appliquer l'art. 88a al. 1 RAI. Cette disposition prévoit que si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son incapacité ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'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. En l'espèce, le recourant dispose d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée depuis le 1er janvier 2000. Conformément à la disposition précitée, la rente entière devant lui être allouée depuis le 25 décembre 1996 ne peut par conséquent pas être supprimée avant le 31 mars 2000.

E. 14

En définitive, le recourant a dès lors droit à une rente entière d'invalidité du 25 décembre 1996 au 31 mars 2000, sous imputation éventuelle des indemnités journalières perçues, ce qu'il appartiendra à l'intimé de déterminer.

A/1503/2009 - 32/36 - Quant à l'aggravation de l'état de santé pour raison psychique, il convient de rappeler qu'elle n'était que transitoire, - entre septembre 2002 et janvier 2003-, de sorte qu'elle n'ouvrait pas droit à une rente.

E. 15

En ce qui concerne les mesures professionnelles, conformément à l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGa) ont droit aux mesures de réadaptation qui sont nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). L'art. 8 al. 3 LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent des mesures médicales (let. a), des mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement professionnel, service de placement) (let. b), des mesures de formation scolaire spéciale (let. c), l'octroi de moyens auxiliaires (let. d) et l'octroi d'indemnités journalières (let. e). Selon l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée (al. 1). La rééducation dans la même profession est assimilée au reclassement (al. 2). Par reclassement, la jurisprudence entend 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. En règle générale, l'assuré n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas (ATF 124 V 110 consid. 2a et les références ; VSI 2002 p. 109 consid. 2a). En particulier, l'assuré ne peut prétendre à une formation d'un niveau supérieur à celui de son ancienne activité, sauf si la nature et la gravité de l'invalidité sont telles que seule une formation d'un niveau supérieur permet de mettre à profit d'une manière optimale la capacité de travail à un niveau professionnel plus élevé. On notera aussi que si les préférences de l'intéressé quant au choix du genre de reclassement doivent être prises en considération, elles ne sauraient toutefois jouer un rôle déterminant (RCC 1988 p. 266). Contrairement au droit à une rente (art. 28 al. 1er LAI), la loi ne dit pas à partir de quel degré d'invalidité l'assuré peut prétendre à des mesures de réadaptation. Conformément au principe de la proportionnalité, le droit à une mesure déterminée doit toutefois s'apprécier, notamment en fonction de son coût. Dès lors que le service de placement n'est pas une mesure de réadaptation particulièrement onéreuse, il suffit qu'en raison de son invalidité l'assuré rencontre des difficultés dans la recherche d'un emploi, mêmes minimales, pour y avoir droit (ATF 116 V 80 consid. 6a). En revanche, le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de l'ordre de 20% (ATF 124 V 108 consid. 2b et les références).

A/1503/2009 - 33/36 - Il y a encore lieu de relever que l'assuré auquel son invalidité rend difficile le choix d'une profession ou l'exercice de son activité antérieure a droit à l'orientation professionnelle (art. 15 LAI) ou au placement (art. 18 LAI), mesure qui comporte un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié (let. a) et/ou à un conseil suivi afin de conserver un emploi (let. b). Dans le cadre de l'organisation professionnelle, qui inclut également les conseils en matière de carrière, il s'agit de cerner la personnalité de l'assuré et de déterminer ses capacités afin de lui permettre de choisir une activité professionnelle appropriée ou une activité dans un autre domaine, voire un placement

adéquat. L'office AI peut ordonner des stages pratiques ou un examen plus étendu dans des centres spécialisés de formation professionnelle ou de réadaptation, sur le marché libre ou dans des centres d'observation professionnelle (COPAI). L'art. 15 LAI suppose que l'assuré soit capable en principe d'opérer le choix d'une profession, mais que seule l'invalidité l'en empêche, parce que ses propres connaissances sur les aptitudes exigées et les possibilités disponibles ne sont pas suffisantes pour choisir une profession adaptée (ATF non publié du 29 octobre 2009, 9C_882/2008; ATF non publié du 22 novembre 1976, I 154/76 consid. 2, in RCC 1977 p. 206 ; MEYER-BLASER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, ad Art. 15 IVG).

E. 16

En l'espèce, des mesures de reclassement doivent être envisagées dès lors que selon toute vraisemblance, elles permettraient d'améliorer la capacité de gain du recourant. Il a en outre été démontré précédemment que la diminution de la capacité de gain du recourant atteint le seuil des 20% requis à cet égard. Par ailleurs, des mesures d'orientation professionnelle et, le cas échéant, une aide au placement, doivent être admises en faveur du recourant. En effet, selon toute vraisemblance, le recourant rencontre d'importantes difficultés à se déterminer sur l'adéquation d'une activité ou d'une autre à son handicap, sa volonté de reprendre une activité lucrative ne faisant aucun doute. La Cour relève d'ailleurs que le stage entamé et rapidement interrompu par le recourant à la fin de l'année 1999, c'est-à-dire il y a plus de dix ans, consistait en la formation d'agent de sécurité. Si le poste alors occupé par le recourant (huissier assis dans une loge, avec possibilité d'alternance des positions et ne nécessitant aucun effort physique) semblait respecter ses limitations physiques, les enquêtes conduites par la Cour de céans ont révélé que cette activité n'était en réalité absolument pas adaptée. L'intimé ne peut donc pas reprocher au recourant d'avoir interrompu cette formation et aurait au contraire dû mettre en place d'autres mesures adéquates dès le 1er janvier 2000.

E. 17

Compte tenu de ce qui précède, le recours doit être partiellement admis dans le sens des considérants et la décision de l'intimé du 25 mars 2009 annulée.

A/1503/2009 - 34/36 -

E. 18

Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de 3'000 fr. lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGGA).

E. 19

En vertu de l'art. 69 al. 1bis LAI, entré en vigueur le 1er juillet 2006, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant la Cour de céans est soumise à des frais de justice, lesquels doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de 1'000 fr.

A/1503/2009 - 35/36 -