

GE_GERICHTE A/1503/2009 vom 5. Oktober 2011

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

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1503_2009

FR: GE_GERICHTE A/1503/2009 du 5 octobre 2011

IT: GE_GERICHTE A/1503/2009 del 5 ottobre 2011

Erwägungen

E. 4

ème Chambre En la cause Monsieur F _____, domicilié à Genève, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Daniel MEYER recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, 1203 Genève Intimé EN FAIT Monsieur F _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), d'origine albanaise, né en 1972 au Kosovo, est arrivé en Suisse en 1989. Après avoir obtenu un certificat fédéral de capacité (ci-après: CFC) de boulanger-pâtissier, l'assuré a travaillé dans cette branche de 1992 à 1995. Il a ensuite entrepris un apprentissage de peintre en bâtiment auprès de l'entreprise X _____ & Cie. Le 25 décembre 1995, l'assuré a été victime d'un accident de la circulation routière en Allemagne, provoquant une fracture du métatarse gauche et de la première phalange de D5 à gauche, une commotion cérébrale (sans séquelle), ainsi qu'une contusion du coude gauche avec atteinte du nerf cubital (neurolyse). Le cas a été pris en charge par l'assureur-accidents, la Caisse nationale suisse en cas d'accidents (ci-après : la SUVA). Suite à l'accident du 25 décembre 1995, l'assuré a été en incapacité totale de travail. Le 30 avril 1996, l'assuré a subi une opération à la main dont l'évolution a été favorable. Selon un rapport du 13 novembre 1997 établi par les maîtres de l'Atelier de réadaptation préprofessionnelle de la Division de médecine physique et rééducation des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après: les HUG), l'assuré a effectué un stage afin d'évaluer ses capacités résiduelles de travail, à mi-temps dès le 19 août 1996, à plein temps du 8 octobre au 20 décembre 1996, à nouveau à mi-temps en janvier 1997, puis à plein temps dès février 1997. Dès le 23 juin 1997, l'assuré a également tenté une reprise à mi-temps de son activité professionnelle à titre thérapeutique. Durant le stage, ses activités consistaient en des travaux de démontage mécanique, de fabrication de divers objets et petits meubles en bois avec vernissage, des travaux de démontage d'appareils électromécaniques et électroniques, ainsi que de divers travaux de peinture. Différents problèmes ont été observés, à savoir des douleurs constantes dans les activités impliquant des rotations du poignet, une diminution de la force dans les ports de charge de plus de 10 kg et dans toutes les activités demandant des tractions, ainsi qu'une très lente récupération de la force. De plus, les variations thermiques posaient des problèmes de parésie autant au niveau du membre supérieur que de la jambe gauche. En définitive, l'assuré n'était plus capable d'assumer les tâches exigées dans l'activité exercée au moment de l'accident, tant sur le plan de la force, de la dextérité que de la sécurité. Il devait absolument bénéficier d'un reclassement pour retrouver sa capacité de travail selon les maîtres d'atelier. A cet égard, ces derniers ont relevé que la réussite de son dernier examen professionnel et la volonté de son employeur à le garder dans l'entreprise étaient des atouts pour envisager une formation de technicien de peinture. Le 26 novembre 1997, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (ci-après : l'OAI ou l'intimé), visant à son reclassement dans

une nouvelle profession. En date du 15 janvier 1998, sur demande de l'OAI, la SUVA a transmis à ce dernier son dossier concernant l'assuré. Ce dossier contenait notamment: le rapport du 24 mai 1996 du Docteur L_____, spécialiste FMH en radiologie, aux termes duquel une scintigraphie osseuse pratiquée le 23 mai 1996 avait mis en évidence une hyperperfusion et une hypercaptation entrant dans le cadre d'une algoneurodystrophie au niveau des os du tarse et des bases des métatarses à gauche ; le rapport médical intermédiaire du 12 décembre 1996 du Docteur M_____, Chef de clinique adjoint de l'Unité de chirurgie de la main, Division de chirurgie réparatrice des HUG, selon lequel une reprise du travail à temps partiel pouvait être envisagée ; le rapport médical des Docteurs N_____ et O_____, de la Division de médecine physique et de rééducation des HUG, du 11 mars 1997, selon lequel l'évolution avait été favorable tant du point de vue orthopédique que neurologique. Les médecins notaient une amélioration de l'atteinte du nerf cubital gauche sensitive et motrice. Une amélioration pouvait encore être espérée, mais la récupération pouvait rester incomplète pour les muscles intrinsèques de la main et il persistait d'importants déficits sensitifs et de la musculature du territoire du nerf cubital gauche. Les médecins ont ajouté que l'assuré était en arrêt de travail à 100% depuis le 25 décembre 1995 et qu'il y avait un défaut de sensibilité et une perte partielle de la force de la main gauche en rapport avec la lésion du nerf cubital. Ils préconisaient la poursuite de l'entraînement en endurance avec une reprise progressive du travail ; la décision de la SUVA du 30 avril 1997 réduisant les prestations de l'assuré (indemnité journalière, rentes, indemnité pour atteinte à l'intégrité et allocation pour impotent), au motif que la négligence grave de ce dernier avait provoqué l'accident du 25 décembre 1995; le courrier adressé par la SUVA à l'assuré le 9 juin 1997, aux termes duquel suite à l'examen passé auprès du médecin d'arrondissement le 27 mai 1997, une reprise à titre thérapeutique de l'activité professionnelle serait souhaitable à partir du 16 juin 1997. Le 20 janvier 1998, X_____ & Cie a rempli le questionnaire pour employeur et indiqué que l'assuré travaillait à plein temps dans son entreprise, à raison de 8 heures 15 par jour, en qualité d'apprenti-peintre depuis le 11 septembre 1995. Son salaire, perçu treize fois l'an, était de 24 fr. 65 par heure. Depuis l'accident, l'assuré était toutefois en incapacité de travail à 100%. Dans leur rapport médical du 23 février 1998, les Docteurs N_____ et P_____ de la Division de médecine physique et rééducation des HUG ont relevé que l'assuré présentait un état de santé stationnaire et une incapacité de travail de 100% depuis le 30 octobre 1997 jusqu'à une date indéterminée. La capacité de travail ne pouvait pas être améliorée par des mesures médicales, mais des mesures professionnelles étaient indiquées. Les médecins ont également mis en évidence les mêmes limitations fonctionnelles que celles relevées par les maîtres d'atelier dans leur rapport du 13 novembre 1997. Selon le rapport de sortie de la Clinique de réadaptation Bellikon du 24 août 1998, l'assuré y a séjourné du 27 mai 1998 au 15 juillet 1998 afin de suivre une ergothérapie à orientation professionnelle. Le Docteur Q_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, a souligné que l'assuré avait fait preuve, dans l'ensemble, d'une bonne motivation et d'une bonne volonté au cours des traitements, mais que seule une amélioration modérée de la capacité de charge avait pu être obtenue. Quant aux conséquences professionnelles et sociales, l'assuré ne pouvait envisager de continuer à exercer ses anciennes activités professionnelles (plâtrier/peintre et boulanger/pâtissier) qu'avec d'importantes limitations. Concernant une autre activité professionnelle, un travail à plein temps, légèrement à moyennement astreignant et faisant alterner la charge, pouvait être envisagé et une réadaptation professionnelle avec l'aide de l'OAI était préconisée. Une

reconstruction du nerf ulnaire au coude gauche par une greffe de nerf sural a été effectuée le 1^{er} décembre 1998 aux HUG. L'assuré a été mis au bénéfice d'une mesure d'observation et d'orientation professionnelle de l'assurance-invalidité pour une durée de trois mois dès le 1^{er} février 1999, assortie d'indemnités journalières. Dans leur rapport du 22 avril 1999, les maîtres de stage des ateliers OSER - CIP ont indiqué que les diverses atteintes à la santé empêchaient l'assuré d'aborder les travaux lourds, le port de charges, les déplacements prolongés ou en terrain inégal. Quant à l'atteinte au membre supérieur gauche, elle amoindrissait son efficacité, même dans des travaux légers. Les maîtres de stage ont ainsi conclu à une capacité de travail résiduelle comprise entre 50 et 80% dans des travaux légers, sans port de charges ni déplacements prolongés ou en terrain inégal. Le rapport indiquait que la meilleure solution professionnelle pour l'assuré serait de terminer ses examens de peintre en bâtiment - l'assuré ayant déjà réussi la partie théorique - pour aboutir à un emploi de peintre en cabine, qui se pratiquait essentiellement de la main droite. L'ancien employeur de l'assuré avait accepté de le prendre en stage, les travaux lourds étant écartés. L'entreprise avait également confirmé son accord pour préparer l'assuré à son examen. Le Centre d'intégration professionnel (ci-après : le CIP) a demandé une prolongation de la mesure d'observation et d'orientation professionnelle pour une période de quatre mois, soit du 1^{er} mai au 31 août 1999, afin que l'assuré termine ses examens pratiques de peintre en bâtiment. L'OAI a donné son accord à cette prolongation en date du 26 avril 1999 et a accordé à l'assuré des indemnités journalières pour la période de réadaptation. Par courrier du 13 août 1999, l'OAI a informé le conseil de l'assuré que ce dernier avait réussi les examens pratiques pour l'obtention du CFC, mais que cette orientation professionnelle n'était pas adéquate sur le plan physique. Les responsables du CIP avaient donc proposé, en accord avec l'assuré, d'autres possibilités de reclassement, la première en qualité d'agent de sécurité dans l'entreprise Y _____ et la seconde en qualité d'employé administratif chez Z _____. L'assuré avait commencé un stage au sein de Z _____ le 12 août 1999, mais l'avait interrompu dès le lendemain en raison d'importantes douleurs à la main gauche. Son cahier des charges dans l'entreprise Z _____ relevait pourtant du travail de bureau et ne comportait pas de charges lourdes ni de sollicitations importantes au niveau de la main gauche handicapée. En raison de l'attitude de l'assuré, l'OAI a mis fin, avec l'accord du CIP, au stage OSER au 31 août 1999. De plus, l'assuré était invité à reprendre contact avec l'entreprise Z _____ et à se rendre à sa place de stage dès réception du courrier. Selon le rapport OSER du 25 août 1999, l'assuré avait déclaré ne pas envisager de continuer à travailler dans le domaine de la peinture, bien qu'il ait réussi la partie pratique du CFC de peintre en bâtiment. Cependant, il s'était décidé pour une activité d'agent de sécurité. Ainsi, une formation d'agent de sécurité chez Y _____ d'une durée d'une année, soit du 1^{er} septembre 1999 au 31 août 2000 lui a été proposée. Selon le rapport de la Division de réadaptation professionnelle de l'OAI du 13 septembre 1999, l'assuré a été mis au bénéfice de cours d'appui en français pour une durée de quatre semaines dès le 8 octobre 1999. En effet, l'entreprise Y _____ avait estimé que l'assuré avait le profil pour exercer une activité d'agent de sécurité en raison de son caractère posé et réfléchi, mais qu'il lui était nécessaire de suivre un cours de perfectionnement en français. A la fin de la formation à l'interne d'une durée d'un an, l'assuré devait être engagé pour un salaire mensuel de 3'500 fr. Sur proposition de l'OAI, l'assuré a alors entamé, le 1^{er} décembre 1999, une formation d'agent de sécurité auprès de l'entreprise Y _____. Dans ses rapports des 13 septembre 1999 et 1^{er} décembre 1999, l'OAI a expliqué les raisons d'un tel choix professionnel. Il s'agissait tout d'abord

d'une activité adaptée sur le plan médical à l'atteinte du bras gauche et de la jambe gauche de l'assuré, dans la mesure où elle n'impliquait pas de port de charges ou de mouvements avec le bras gauche, et permettait d'alterner les positions et donc d'éviter les positions statiques. Par ailleurs, il y avait une possibilité d'engagement au sein de l'entreprise Y_____ à la fin de la formation sans perte de gain. Par communication du 13 décembre 1999, l'OAI a informé le conseil de l'assuré que ce dernier avait droit à des mesures professionnelles, consistant en la prise en charge d'une formation d'agent de sécurité chez Y_____ à Genève, du 1^{er} décembre 1999 au 31 juillet 2000. Selon une note de dossier de l'OAI, l'assuré a interrompu cette formation le 17 décembre 1999, alléguant une recrudescence des douleurs et une inadéquation de l'activité. Selon une note du 10 juillet 2000 du médecin de l'OAI, au cours d'un entretien téléphonique, l'employeur auprès duquel se déroulait le stage aurait contesté l'inadaptabilité du poste, expliquant que l'assuré occupait alors un poste ne nécessitant aucun effort physique ni de sollicitation du bras droit. Par courrier du 10 juillet 2000, le Docteur R_____, médecin-conseil de l'OAI, a demandé des renseignements complémentaires au Service de chirurgie de la main des HUG. Dans son rapport médical du 20 décembre 2000, le Docteur R_____, Chef de Clinique à l'Unité de chirurgie de la main des HUG, a indiqué qu'il avait revu le patient récemment, soit presque deux ans après l'opération réalisée en 1998. Il a conclu qu'une activité épargnant le membre supérieur gauche était raisonnablement exigible à 100% depuis le 1^{er} janvier 2000. Pour le surplus, l'état clinique de l'assuré était similaire et n'avait pas évolué depuis l'automne 1999. Le Docteur R_____ a indiqué dans son avis du 29 janvier 2001 que l'assuré bénéficiait, à compter du 1^{er} janvier 2000, d'une capacité de travail entière dans toute activité ne sollicitant pas spécialement le membre supérieur gauche et que l'état de santé était stationnaire depuis l'automne 1999. Le poste d'agent de sécurité qui lui avait été proposé dans le cadre de son reclassement professionnel était adapté et seules les douleurs invoquées pouvaient être à l'origine d'une limitation. L'examen final LAA a été effectué par le Docteur S_____, médecin d'arrondissement de l'assureur accidents. Dans son rapport du 26 février 2001, il a constaté que des séquelles étaient présentes sous forme d'une paralysie du type cubital de la main gauche et de séquelles douloureuses modérées au niveau du pied gauche. Il a estimé la capacité de travail de l'assuré à 0% dans le métier de peintre en bâtiment en raison d'un manque d'endurance et de force, mais également de problèmes de sécurité au travail. L'utilisation en force du membre supérieur gauche était impossible, de même qu'une marche ou une position debout de très longue durée. Enfin, un travail dans des conditions climatiques difficiles, notamment sur le plan de températures froides et d'humidité était également impossible. Ce médecin a conclu qu'il subsistait une pleine capacité de travail dans une activité manuelle légère, éventuellement de précision. Il fallait prévoir une activité en position alternée assise/debout, avec un port de charge modérée. Par un projet de décision du 15 juin 2001, l'OAI a informé l'assuré qu'il comptait rejeter sa demande de mesures professionnelles, au motif qu'il avait interrompu sa formation pratique d'agent de sécurité alors que cette activité apparaissait tout à fait adaptée à son état de santé. L'OAI a considéré que l'assuré avait une pleine capacité de travail dans le métier d'agent de sécurité et que d'autres mesures professionnelles ne s'imposaient pas. Après comparaison des revenus, le degré d'invalidité s'élevait à 27%, insuffisant pour ouvrir droit à une rente d'invalidité. L'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, s'est opposé à ce projet de décision par courrier du 21 septembre 2001, au motif qu'il se trouvait à nouveau, depuis le mois de décembre 2000, en incapacité totale de travail. En effet, aux importantes douleurs ressenties

à la jambe et au bras gauches s'ajoutaient d'importants troubles du sommeil dus au traitement médicamenteux à base de Tramal. L'assuré a joint à son opposition plusieurs certificats médicaux du Docteur R_____, attestant de son incapacité de travail totale du 1^{er} décembre 1998 à "en cours", du 30 mai 2001 au 31 août 2001 et du 1^{er} octobre 2001 au 31 décembre 2001. Par décision du 18 juillet 2002, confirmée sur opposition, la SUVA a mis l'assuré au bénéfice d'une rente d'invalidité de l'assurance-accidents fondée sur une perte de gain de 29% à compter du 1^{er} janvier 2000 et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15%. Le recours interjeté par l'assuré a été rejeté par arrêt du Tribunal administratif de la République et canton de Genève du 3 février 2004, entré en force. Par courrier du 21 mars 2003, le conseil de l'assuré a fait parvenir à l'OAI un certificat médical établi par le Docteur T_____, spécialiste FMH en psychiatrie-psychothérapie. Ce certificat du 26 décembre 2002 attestait d'un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique et d'une incapacité de travail à 50% sur le plan psychosomatique. De plus, le psychiatre soulignait l'attitude active et volontaire du patient depuis l'accident à suivre différents stages de réadaptation professionnelle, sans pouvoir retrouver et maintenir une capacité à 100%. Dès le mois d'août 2004, l'OAI a procédé à un complément d'investigation médicale et requis un rapport du Docteur T_____. Dans son rapport du 28 janvier 2005, le psychiatre-traitant de l'assuré depuis septembre 2002 a mentionné un état de santé stationnaire et considéré que des mesures professionnelles étaient indiquées. Il a émis un bon pronostic avec une activité à 50%. Le 10 mars 2005, l'Office cantonal de l'emploi (ci-après: l'OCE) a informé l'OAI que l'assuré était inscrit au chômage depuis le 3 février 2003 et qu'il cherchait une activité de magasinier/coursier. L'OCE a fait parvenir à l'OAI divers certificats médicaux du Docteur T_____ attestant tous d'une incapacité de travail de 50% dès le 20 janvier 2003 pour une durée indéterminée. Dans un courrier du 24 mai 2005, à la demande de l'OAI, le Docteur T_____ a précisé son rapport du 28 janvier 2005. Il a indiqué que l'état dépressif de l'assuré était survenu comme conséquence de l'addition de plusieurs facteurs de stress chronique, ce qui avait conduit à l'épuisement physique et psychique puis avait abouti au tableau clinique dépressif durant l'année 2002. De plus, le médecin a expliqué avoir limité la capacité de travail de l'assuré à 50% car en plus de la diminution de la capacité de gain de 29% retenue par la SUVA sur le plan strictement somatique, il convenait d'ajouter les répercussions psychiques anxio-dépressives de ces limitations fonctionnelles et de la mauvaise image de soi due à la perte de l'intégrité corporelle qui continuait à faire partie de la vie quotidienne du patient. Le Docteur T_____ a encore précisé dans un courrier du 1^{er} octobre 2005 adressé à l'OAI, que le 19 septembre 2002, date de sa première consultation, la capacité de travail de l'assuré était nulle. L'instauration d'un traitement psychopharmacologique avait toutefois permis à l'intéressé de recouvrer une capacité de travail de 50% à compter du 20 janvier 2003. Pour augmenter ce taux, le médecin préconisait une nouvelle mesure d'observation professionnelle à l'instar de celle qui avait déjà été organisée en 1999. En tout état de cause, il estimait que la capacité de travail devait être exploitée à 50% dans un premier temps et augmentée par la suite si cela s'avérait possible. Un examen psychiatrique a été confié à la Doctoresse U_____, du Service médical régional pour la Suisse romande (ci-après : le SMR). Dans son rapport du 8 août 2006, ce médecin n'a retenu aucun diagnostic psychiatrique avec répercussion sur la capacité de travail et posé, comme diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail, un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique en rémission complète. En l'absence de limitation fonctionnelle d'origine psychiatrique, elle a conclu

que du point de vue psychiatrique, l'assuré présentait une capacité de travail pleine dans toute activité (tant habituelle qu'adaptée). Compte tenu de ce dernier avis, le Docteur R _____, dans son rapport du 12 septembre 2006, a finalement retenu une incapacité de travail totale dans les anciennes activités de l'assuré, à savoir boulanger-pâtissier et peintre en bâtiment dès 1995, mais admis par contre une pleine capacité dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles physiques dès 1997. Devaient notamment être exclus le port de charges lourdes, la position debout prolongée et les conditions climatiques difficiles. Concernant l'état dépressif réactionnel, le médecin a indiqué que, tel qu'il ressortait de l'examen psychiatrique au SMR, il n'avait jamais eu ni l'intensité ni la durée pour justifier une baisse de la capacité de travail durable, d'autant que cet état ne représentait pas une maladie psychiatrique invalidante. Il a estimé que l'activité d'huissier ou de chauffeur-livreur de petits objets était compatible avec l'état de santé, la formation d'agent de sécurité telle qu'envisagée en 1999 pouvant aussi convenir. L'OAI, dans un projet de décision du 26 octobre 2006 annulant et remplaçant celui du 15 juin 2001, a informé l'assuré qu'il entendait lui refuser le droit à une rente d'invalidité. L'OAI s'est prévalu de pièces médicales antérieures à l'année 2000, desquelles il ressortait que l'intéressé avait une pleine capacité de travail dans le métier d'agent de sécurité et que, s'il avait terminé sa formation et qu'il avait été engagé comme prévu en juillet 2000, il aurait pu obtenir un salaire annuel brut de 45'600 fr. Sans atteinte à la santé, il aurait pu poursuivre l'exercice de sa profession de peintre en bâtiment et obtenir, en juillet 2000, un salaire brut de 62'253 fr. De la comparaison de ces revenus découlait un taux d'invalidité de 27%, inférieur au seuil ouvrant droit à une rente d'invalidité. Par ailleurs, des professions telles qu'huissier ou chauffeur-livreur de petits objets étaient également adaptées et donc exigibles. Par courrier du 29 novembre 2006, l'assuré s'est opposé à ce projet de décision et s'est prévalu d'une aggravation de son état de santé physique. Quant au plan psychique, il s'est appuyé sur l'avis du Docteur T _____, estimant qu'on ne pouvait lui reconnaître une pleine capacité de travail dans un poste adapté tel qu'agent de sécurité ou chauffeur-livreur. Il s'est également prévalu du rapport des professionnels de la réadaptation du CIP qui, en 1999, avaient conclu à une capacité de travail certes entière, mais diminuée en raison d'un rendement oscillant entre 50 et 80%. Dès lors, si une activité légère demeurait possible, une pleine capacité de travail ne pouvait être exigée de lui et il a requis une rente d'invalidité sinon entière, au moins de trois quarts. A titre subsidiaire, il a demandé la mise en place de nouvelles mesures d'ordre professionnel. L'OAI a confirmé son projet par décision formelle du 30 novembre 2006. Le 22 décembre 2006, le Docteur T _____ a établi un rapport médical, précisant que son patient souffrait d'un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, notion qui ne se recouvrait pas avec le diagnostic d'épisode réactionnel d'intensité moyenne retenu par son confrère la Doctoresse U _____. Son patient n'était pas en rémission complète d'un point de vue symptomatologique et, à l'instar de certains malades, il conservait à ce stade un fonctionnement limité. Le praticien relevait une euthymie, une rumination anxieuse, une baisse d'estime de soi et une difficulté à se projeter. Il trouvait l'assuré déstabilisé par l'incertitude de son avenir socio-professionnel, et ses capacités d'élaboration et de mentalisation étaient faibles. Depuis septembre 2002, il suivait une psychothérapie de soutien et un traitement léger d'antidépresseurs. D'un point de vue global, la capacité de travail était de 50% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Enfin, le médecin a expliqué que son patient avait travaillé temporairement à mi-temps en tant qu'employé en logistique et transport du 5 septembre 2005 au 6 septembre 2006, le

certificat de l'employeur attestant de la bonne volonté et de l'engagement de l'intéressé. Par acte du 4 janvier 2007, l'assuré, par l'intermédiaire de son mandataire, a interjeté recours à l'encontre de la décision de l'OAI du 30 novembre 2006 par-devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (ci-après: le TCAS), alors compétent, concluant à l'octroi d'une rente d'invalidité d'au moins 50% pour une durée indéterminée. Dans son arrêt du 20 juin 2007 (ATAS/709/2007), le TCAS a rejeté le recours, considérant par ailleurs ne pas avoir à se prononcer sur le droit éventuel à de nouvelles mesures d'ordre professionnel. Le jugement précité a été annulé par le Tribunal fédéral (arrêt 9C_490/2007 du 10 avril 2008), de même que la décision de l'OAI dont était recours. Le Tribunal fédéral a considéré que l'appréciation de la capacité de travail, d'un point de vue psychiatrique, ne pouvait être confirmée, dans la mesure où elle reposait essentiellement sur le rapport de la Doctoresse U_____ entaché d'irrégularités formelles. Le dossier a donc été renvoyé à l'OAI pour mise en œuvre d'une expertise psychiatrique et, en fonction du résultat de l'instruction, pour décision au fond et sur la requête subsidiaire du recourant quant à l'octroi de mesures d'ordre professionnel. L'expert psychiatre mandaté par l'OAI, le Docteur V_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a rendu son rapport en date du 5 décembre 2008. Il a retenu le diagnostic de trouble dépressif majeur, épisode isolé (état actuel en rémission partielle). Après avoir exposé en quoi consistent les différents troubles du registre dépressif, l'expert a expliqué que, dans le cas de l'assuré (sur la base des données figurant au dossier et en particulier les rapports du psychiatre traitant), les deux critères cardinaux de l'épisode dépressif étaient présents en 2002, sans toutefois pouvoir se déterminer quant à leur caractère permanent. En outre, d'autres critères diagnostiques - à savoir la fatigabilité, la perte d'énergie, le ralentissement, l'insomnie et les idées noires - étaient également rapportés, de sorte que l'expert a déduit que l'assuré avait bien présenté, en 2002, un épisode dépressif. Le médecin-traitant admettant une amélioration significative au début 2003, l'assuré ne rapportant pas de rechute depuis lors et compte tenu des observations faites tant par la Doctoresse U_____ que par ses propres soins, l'expert a considéré que son évaluation correspondait à l'état de santé de l'expertisé depuis le début 2003. Il a également précisé qu'au moment de son évaluation, il était certain que la tristesse et la perte d'intérêt n'avaient plus de caractère permanent, selon les affirmations mêmes de l'intéressé, ce qui permettait d'exclure un épisode dépressif. Les autres symptômes dépressifs ne se retrouvaient d'ailleurs pas non plus. S'il persistait des troubles du sommeil, de l'anxiété et des idées noires occasionnelles, l'assuré se disait mieux, notamment moins fatigué et fatigable. Le ralentissement n'était manifestement plus présent chez l'assuré qui ne se présentait en rien comme une personne déprimée. En résumé, les critères d'un épisode dépressif stricto sensu, même léger, avaient disparu. Dans la mesure où persistaient quelques symptômes résiduels et pas forcément constants de la lignée dépressive, il paraissait justifié à l'expert de noter une rémission partielle, sans plus. Quant à d'autres maladies de la lignée psychiatrique, la recherche de symptômes, respectivement critères, n'avait pas été contributive. S'il y avait quelques traits de personnalité marqués (perfectionnisme, éléments narcissiques), le médecin a estimé que le registre pathologique n'était manifestement pas atteint. Concernant la capacité de travail, il a admis une incapacité pouvant atteindre 40% au moins entre septembre 2002 et janvier 2003. En dehors de cette période de trois à quatre mois, rien n'indiquait qu'il y ait eu des limitations psychiatriques significatives dans le cas de l'assuré. Ce dernier s'était par contre campé dans un sentiment d'injustice et probablement de révolte, même si cette dernière n'était pas exprimée ouvertement, ayant mal vécu notamment la limitation des prestations imposée par

la SUVA en raison de sa responsabilité dans l'événement accidentel, ainsi que l'intervention sur le coude gauche - qui lui avait laissé des séquelles - et les déficits résiduels de l'événement traumatique. Selon l'expert, ces événements pouvaient expliquer les difficultés à se réintégrer dans le monde normal du travail, mais ne relevaient toutefois pas d'un trouble psychiatrique au sens strict et, en conséquence, il n'y avait pas d'incapacité de travail dans ce cas. Quant à l'opportunité de mettre en place des mesures professionnelles, le médecin a relevé que ces dernières n'avaient plus de sens au vu de tout ce qui avait été fait jusqu'ici sans succès. L'intéressé se montrait actuellement incapable de réintégrer le circuit normal du travail dans une activité adaptée à sa problématique somatique ; en réalité, il se montrait très réticent à faire face. Si son comportement ne relevait en rien d'une simulation ou d'une volonté de tromper, il ne ressortissait pas au domaine médical stricto sensu, au sens de ce qui était reconnu par les assurances sociales. Il n'y avait donc pas d'incapacité de travail à retenir au niveau psychiatrique ni de proposition à faire tant sur le plan médical que professionnel. Dans un avis médical du 8 janvier 2009, le Docteur W _____, médecin-conseil du SMR, a retenu qu'il n'y avait aucune pathologie psychiatrique invalidante de longue durée (en-dehors de l'automne 2002) et aucune limitation fonctionnelle sur le plan psychiatrique. La capacité de travail de l'assuré restait donc entière sur ce plan. En date du 21 janvier 2009, l'OAI a rendu un projet de décision de refus de prestations, s'appuyant notamment sur les conclusions de l'expertise du Docteur V _____. En substance, il a considéré que l'assuré avait souffert d'un trouble dépressif majeur, mais qu'il s'était agi d'un épisode isolé ayant entraîné une incapacité de travail de quelques mois entre septembre 2002 et janvier 2003. Depuis lors, il était en rémission partielle et il n'en découlait plus ni incapacité de travail, ni limitation fonctionnelle sur le plan psychiatrique. Du point de vue somatique pur, l'OAI a repris ses considérations préalables, à savoir que la lésion du nerf cubital gauche entraînait des limitations fonctionnelles physiques empêchant l'exercice des professions de boulanger-pâtissier et peintre en bâtiment, mais non celui d'une activité adaptée et ce depuis 1997. Ces conclusions étaient d'ailleurs considérées comme non contestées. Enfin, l'OAI a rappelé que son service de réadaptation avait mis en place des mesures d'ordre professionnel et que l'intéressé avait interrompu son stage. Par ailleurs, selon l'expert psychiatre, l'assuré se montrait actuellement incapable de réintégrer le circuit normal du travail dans une activité adaptée de sorte que l'OAI a estimé que des mesures professionnelles étaient vouées à l'échec en pareil contexte et donc inutiles. L'assuré s'est opposé à ce projet de décision par courrier du 24 février 2009. Il a en particulier contesté les conclusions de l'expertise psychiatrique, estimant que le seul suivi chez son psychiatre démontrait la réalité de l'atteinte psychiatrique dont il subissait les conséquences. Il a également indiqué que son état de santé ne s'était pas modifié depuis le début de la prise en charge par le psychiatre en 2005, l'OAI ne le démontrant d'ailleurs pas. Il a par contre expressément admis les conclusions auxquelles était parvenu l'OAI en relation avec les seules atteintes physiques, y compris le degré d'invalidité (27%) qui en découlait, mais a ajouté être désireux de pouvoir réintégrer le monde du travail et être convaincu qu'une reprise d'activité professionnelle lui permettrait d'améliorer la symptomatologie dépressive. C'est pourquoi il a sollicité la mise en œuvre de mesures de réadaptation d'ordre professionnel, tout en rappelant que les mesures préalablement mises en œuvre n'étaient pas adaptées à son état de santé. Par décision du 25 mars 2009, l'OAI a confirmé son projet de refus de prestations. Il a expliqué que, sur le plan médical, les considérations avancées par le recourant dans son courrier du 24 février 2009 ne lui permettaient pas de remettre en

cause les explications de l'expert psychiatre et que, sur le plan professionnel, les arguments avancés par l'assuré n'apporteraient pas de plus-value à la mise en œuvre de mesures d'ordre professionnel. Par acte du 28 avril 2009, l'assuré, par l'intermédiaire de son mandataire, a interjeté recours contre cette décision, concluant, sous suite de dépens, à l'annulation de la décision du 25 mars 2009, à l'octroi d'une rente d'invalidité basée sur un taux d'invalidité de 50% au moins et à la mise en œuvre de mesures d'ordre professionnel pour les 50% restants. En substance, il a fait valoir que l'expertise du Docteur V_____ n'emportait pas pleine valeur probante, étant donné que ses conclusions étaient hâtives et non concluantes. En particulier, il était incohérent de retenir un épisode dépressif justifiant une incapacité de travail de 40% sur une période de 3 à 4 mois entre 2002 et 2003, puis de nier la persistance du trouble dépressif et de l'incapacité de travail alors même que les plaintes étaient restées identiques. L'expert n'avait finalement pas retenu d'atteinte psychiatrique, déclarant que l'adoption du statut d'invalidé sortait en l'occurrence du champ médical. Le recourant s'en est étonné dans la mesure où le médecin avait pourtant reconnu son incapacité à réintégrer le circuit économique normal du travail dans une activité adaptée et considéré qu'il n'y avait ni simulation ni volonté de tromper. D'ailleurs, l'état mental de l'intéressé nécessitant depuis le mois de septembre 2002 une thérapie de soutien mensuelle associée à un traitement à base d'antidépresseurs attestait de l'existence d'une atteinte au niveau psychiatrique. Le recourant a allégué être euthymique, avoir des ruminations anxieuses, une baisse de l'estime de soi, des difficultés à se projeter, des troubles du sommeil et de la concentration, des insomnies fréquentes avec ruminations d'idées noires, une importante fatigue et fatigabilité. Sur le plan physique, il a fait valoir une aggravation de son état avec irradiation des douleurs dans la nuque. Quant aux mesures de réadaptation professionnelle, il a rappelé avoir toujours souhaité se réinsérer rapidement et avoir tenté en vain à plusieurs reprises de reprendre son activité de peintre en bâtiment. L'activité d'agent de sécurité qui lui avait été proposée lors des premières mesures de réadaptation n'était pas adaptée à son état de santé, de sorte que lesdites mesures avaient logiquement échoué. Le 26 mai 2009, le recourant a fait parvenir au TCAS un rapport daté du 19 mai 2009 du Docteur A_____, spécialiste FMH en médecine interne, maladies rhumatismales. Ce médecin expliquait avoir vu l'assuré pour la première fois le jour de son rapport et retraçait brièvement l'anamnèse, sur la base des dires de son patient qui s'était présenté à la consultation sans document. Suite à son examen clinique, il faisait état d'une amyotrophie des interosseux sévère à la main gauche, d'une diminution de force dans le territoire du nerf cubital et d'une dysfonction intervertébrale segmentaire gauche s'étendant de C7 à D4. Vu la longue période écoulée depuis l'accident, le médecin considérait qu'il ne fallait plus attendre d'amélioration de la sensibilité ou de la force et que les paresthésies douloureuses et désagréables ne pourraient être soulagées que par des médicaments ; il avait dès lors introduit un traitement de ce type. En définitive, le Docteur A_____ estimait que la capacité maximale de travail de son patient était de 50% dans son métier de peintre en bâtiment grâce à l'aide des collègues. Toujours en complément à son recours, l'assuré a produit un rapport du 12 juin 2009 du Docteur T_____. Dans ce document, le psychiatre-traitant estimait notamment que l'expertise réalisée par le Docteur V_____ en date du 5 décembre 2008 était tout à fait correcte sur le plan académique, reconnaissait le caractère délicat du dossier et décortiquait minutieusement et subtilement chaque argument pour et contre l'invalidité. L'expert aboutissait logiquement à la conclusion attendue que l'impossibilité de reprendre le travail à 100% n'entraînait pas dans un trouble psychiatrique stricto sensu au sens de ce qui

était reconnu par les assurances sociales et que le trouble pouvait d'ailleurs s'inscrire dans un bilan existentiel négatif. Selon le Docteur T_____, c'était une façon de voir les choses et ses critiques pouvaient uniquement s'adresser à cette approche dissociative de l'expertise, consistant à vouloir séparer à tout prix le corps et l'esprit, le soma et la psyché, l'accident, les événements de vie et les tentatives de réadaptation professionnelle. C'est pourquoi le psychiatre-traitant avait quant à lui toujours privilégié une approche intégrative dans ses rapports médicaux avec l'intention de montrer que la souffrance psychique chez son patient était une conséquence des séquelles physiques de l'accident du 25 décembre 1995, qui l'empêchait toujours de travailler plus qu'à 50%, malgré sa meilleure volonté. Si l'on se situait sur le plan de la psychiatrie moderne appliquée en Occident et intégrant les trois dimensions de la vie du patient, biopsychosociale, le Docteur T_____ pensait que la capacité limitée de travail à 50% prenait tout son sens et devenait évidente, mais vraisemblablement pas pertinente d'après les critères de l'AI. Dans sa réponse du 20 juillet 2009, l'intimé a conclu au rejet du recours, se référant à la motivation de sa décision attaquée, ainsi qu'aux observations du 14 juillet 2009 du Docteur W_____. Ce médecin constatait que le Docteur A_____, qui fixait la capacité de travail à 50% dans l'ancienne activité de peintre en bâtiment sans se prononcer sur une activité adaptée, était plus sévère que l'OAI. Quant au rapport du Docteur T_____, outre le fait qu'il reconnaissait les qualités de l'expertise du Docteur V_____ tout en regrettant de ne pas disposer d'arguments percutants pour la contredire, il prônait une approche psychiatrique biopsychosociale dont il admettait lui-même qu'elle ne correspondait pas au sens de ce qui était reconnu par les assurances sociales. Dans sa réplique du 8 septembre 2009, le recourant a confirmé ses précédentes prises de position et sollicité tant l'audition des Docteurs A_____ et T_____ qu'une audience de comparution personnelle. Il a estimé que c'était l'approche psychiatrique contemporaine biopsychosociale qui devait être privilégiée, afin d'obtenir une évaluation réaliste. Il a encore précisé que le traitement médicamenteux introduit par le rhumatologue - dont il a produit un nouveau rapport du 1^{er} septembre 2009 - avait permis une atténuation des douleurs. Enfin, il avait débuté le 21 avril 2009 une activité de réinsertion professionnelle mise en œuvre par l'Hospice général, à savoir un emploi d'aide polyvalent consistant en la gestion de prêts de vélos, rangement et entretiens divers, à raison de 20 heures par semaine pour une durée de 12 mois. Dans ces conditions, prétendre que des mesures professionnelles seraient vouées à l'échec était infondé. Dans sa duplique du 6 octobre 2009, l'intimé a repris ses précédents arguments et persisté dans ses conclusions. Le TCAS a procédé à la comparution personnelle des parties en date du 16 juin 2010. A cette occasion, le recourant a précisé avoir commencé une formation d'agent de sécurité en décembre 2000 au sein de l'entreprise de gardiennage et de sécurité Y_____ qui devait durer neuf mois. Cette formation s'était notamment déroulée dans une prison de semi-liberté ainsi que dans une banque à la place Bel-Air. Le recourant devait effectuer le gardiennage toute la nuit, contrôler les entrées et les sorties et préparer le petit-déjeuner. Lors de cette activité, les détenus étaient parfois énervés et le recourant se sentait très faible face à eux. En cas de problèmes graves, il devait appeler la police et ne pas intervenir en raison des risques importants. Le recourant avait également fait quelques nuits de surveillance à la maison d'arrêt XA_____, où un policier était présent avec lui. A la fin du mois de décembre 2000, le recourant avait encore dû faire de la surveillance dans les parkings à l'extérieur du magasin XB_____. Il avait alors souffert du froid et avait dû rester debout malgré les séquelles de l'opération et de l'accident. Le recourant avait

informé l'OAI et le patron de Y_____ qu'il ne pouvait pas continuer la surveillance de parkings à XB_____ et il avait été déplacé à un poste à l'intérieur du magasin. L'activité se déroulait toujours debout et il n'y avait pas de place assise à disposition, le recourant s'arrangeant toutefois pour s'asseoir de temps en temps quelque part. Le recourant a expliqué qu'il avait énormément de peine à se réveiller le matin, au point qu'il n'entendait pas lorsque sa mère venait taper à la porte. Il n'était pas sous médicaments à l'époque mais s'était rendu compte que quelque chose n'allait pas car il ne pouvait pas dormir. Sur question, le recourant a indiqué que personne de l'OAI n'était venu sur place voir dans quelles conditions il exerçait sa formation d'agent de sécurité. Pour être engagé, il avait dû produire un extrait de son casier judiciaire, puis une réunion s'était déroulée dans l'entreprise Y_____ à Carouge en présence d'une personne de l'OAI et de deux policiers. Lors de cette réunion, ses aptitudes physiques n'avaient pas été abordées. A l'époque, le recourant était content d'entamer cette formation, aux termes de laquelle il aurait dû obtenir un certificat d'agent de sécurité et suivre une autre formation pour avoir un permis de port d'arme. Le recourant n'avait toutefois pas pu continuer cet emploi car il souffrait de problèmes de sommeil et de stress. Dans le cadre du chômage, le recourant avait également fait un stage à la Poste et un autre en qualité de chauffeur-livreur. Ces stages avaient duré trois semaines, soit deux semaines à la Poste et une semaine chez XC_____, à 50%. La Poste, qui aurait pu l'engager à 50%, n'avait toutefois pas pu donner suite car elle était en voie de privatisation. Il s'agissait en tout état de cause d'un travail trop lourd à certains moments dès lors qu'il y avait des paquets lourds à porter dans des immeubles sans ascenseur. Pour les fleurs, le recourant a expliqué qu'elles étaient entreposées dans des bacs dans des chambres froides et que cela n'était pas adapté pour son bras. La représentante de l'intimé a confirmé qu'aucune décision définitive n'avait été prise après le dépôt de la demande de prestations du recourant, s'agissant du droit à la rente. La capacité de travail totale de ce dernier dans une activité adaptée depuis 1997 résultait de l'avis du SMR du 8 janvier 2009. Suite à l'échec de la formation d'agent de sécurité, il avait été admis qu'un poste d'huissier dans une loge était compatible avec son état de santé. L'OAI considérait d'ailleurs que le Tribunal fédéral avait renvoyé la cause pour une instruction complémentaire sur le plan psychiatrique uniquement, les éléments relatifs aux limitations physiques étant implicitement confirmés. La représentante de l'intimé a encore rappelé que dans le cadre du chômage, le recourant avait fait l'objet d'une mesure MMT en 2003. Par courrier du 21 juin 2010, l'intimé, après s'être référé à l'arrêt du TCAS du 20 juin 2007 et à l'arrêt du Tribunal fédéral du 10 avril 2008, a indiqué que sur le plan physique, la question du début de l'incapacité de travail ne se posait pas puisqu'elle n'existait pas. Sur le plan psychique, l'expert ne retenait pas de trouble psychiatrique invalidant, de sorte qu'il était là aussi impossible de fixer un début d'incapacité de travail. Enfin, faute d'atteinte à la santé invalidante, le droit à des mesures professionnelles n'était pas ouvert. Le TCAS a procédé à l'ouverture des enquêtes et a entendu en date du 6 octobre 2010 le Docteur C_____ en qualité de témoin. Ce dernier a expliqué qu'en principe, le trouble dépressif était une maladie qui n'avait pas un mauvais pronostic. Le cours naturel de la maladie durait six mois pour un épisode dépressif et un certain nombre de patients guérissaient plus rapidement grâce aux traitements médicamenteux. Un autre groupe, soit environ 30% des patients, pouvait faire une évolution chronique. Le concept de base était l'épisode dépressif typique, pour lequel il y avait trois critères majeurs - la tristesse, la fatigue anormale et la perte d'intérêt et du plaisir - ainsi que plusieurs autres critères secondaires. Les ouvrages de référence, telle que la CIM-10, décrivaient très précisément le

nombre de critères majeurs et le nombre de critères secondaires qui devaient être présents pour atteindre le seuil diagnostique de l'état dépressif. Pour l'épisode dépressif léger, il fallait la présence de deux critères cardinaux et deux secondaires. Pour l'état dépressif moyen, il fallait au moins deux critères cardinaux et au moins six critères au total. Pour l'état dépressif sévère, il fallait trois critères cardinaux et au moins huit en tout. Sur question, le médecin a indiqué que les symptômes qu'il avait constaté chez l'assuré lors de son expertise du 5 décembre 2008, à savoir idées noires, troubles du sommeil et anxiété étaient bien des symptômes de type dépressif. Le médecin n'avait toutefois pas retrouvé le nombre de critères suffisants pour atteindre le seuil diagnostique de l'épisode dépressif, raison pour laquelle il avait parlé d'un état actuel en rémission partielle. S'agissant de sa remarque figurant à la page 15 du rapport d'expertise, selon laquelle on ne pouvait retenir de trouble psychiatrique expliquant l'adoption d'un statut d'invalidé chez l'assuré, le témoin a indiqué qu'en tant que médecin il devait diagnostiquer des maladies et en tirer des conséquences en terme de limitations et d'incapacité. Dans les situations d'expertise, les médecins étaient souvent confrontés à des situations de souffrance, comme c'était le cas en l'occurrence, cette souffrance ne relevant néanmoins pas nécessairement du champ médical. Sur question, il a indiqué qu'il avait évalué l'incapacité de travail à 40% entre 2002 et 2003 en prenant en compte un épisode dépressif léger ou moyen. Les deux classifications internationales reconnues en psychiatrie, à savoir le DSM-IV et la CIM-10 retenaient comme référence l'épisode dépressif qui pouvait être léger, moyen ou sévère, en rémission partielle ou complète. Dès que le seuil diagnostique était atteint, le DSM-IV retenait le diagnostic de trouble dépressif majeur. Dans la même situation, la CIM-10 parlait simplement d'épisode dépressif. Les critères étaient les mêmes pour qualifier la gravité de l'épisode dépressif. Dans le cas présent, l'expert avait posé le diagnostic de trouble dépressif majeur, épisode isolé et état actuel en rémission partielle selon le DSM-IV. Il était possible que l'état de santé de l'assuré se soit aggravé à un moment donné. Le suivi médical et le traitement médicamenteux étaient effectivement susceptibles d'influer sur l'état dépressif et l'interruption du traitement médical ou du suivi était susceptible d'aggraver la situation, sur le plan médical. Selon le médecin, le traitement psychiatrique du recourant dispensé par son psychiatre-traitant était fait dans les règles de l'art et sa poursuite était nécessaire dans la mesure où elle apportait quelque chose à l'assuré et augmentait sa qualité de vie. Sur question, s'il n'avait pas reconnu l'incapacité de travail de 100% attestée par le Docteur D_____ du 19 septembre 2002 au 20 janvier 2003, c'était probablement sur la base de la description faite par ce dernier et des déclarations de l'assuré lors de l'expertise. Le témoin a expliqué qu'il avait l'habitude de faire un graphique où il reprenait l'évolution du trouble avec la collaboration de l'assuré. Il faisait positionner par l'assuré la situation actuelle et il remontait en arrière selon ses déclarations en les confrontant aux données du dossier tout en sachant que c'était très relatif lorsque l'on devait remonter loin en arrière. Par définition, cela ne pouvait pas être très précis. Le témoin a encore expliqué que les questions posées aux médecins en tant qu'experts les contraignaient à poser des diagnostics selon l'approche biomédicale, l'approche biopsychosociale ou intégrative étant écartée des questionnaires d'expertise psychiatrique, sauf peut-être en matière de responsabilité civile. En revanche, cette dernière approche était un modèle de traitement très important dans le cadre de la prise en soins et était utile dans l'appréciation de la limitation de la capacité de travail comme une référence externe. Le témoin mentionnait toujours le contexte psychosocial dans ses expertises, mais s'il expliquait la limitation de la capacité de travail par des motifs ressortant du domaine psychosocial, ses conclusions étaient balayées par les

juristes dans le cadre des assurances. En date du 26 janvier 2011, une audience de comparution personnelle des parties s'est tenue devant la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après: la CJCAS), compétente en lieu et place du TCAS depuis le 1^{er} janvier 2011. Le recourant a indiqué être inscrit au chômage depuis 2003 et avoir fait une année au CIP à 50% avec en parallèle des recherches d'emploi à 50%. Il faisait encore actuellement de telles recherches, mais cela était très difficile et il ne trouvait aucun travail. Il était au bénéfice de prestations de l'Hospice général et ce dernier lui avait trouvé un emploi à XD_____.

Le recourant avait récemment envoyé son curriculum vitae et une lettre de motivation à des agences de location de voitures et était en attente d'une réponse. Monsieur G_____, ancien employeur du recourant auprès duquel il avait commencé une formation d'agent de sécurité, a été entendu en qualité de témoin par la CJCAS le 20 avril 2011. Il a expliqué qu'il avait une agence de sécurité à Genève du 1^{er} janvier 1990 à fin 2000. Il employait alors entre vingt et trente agents de sécurité, fixes et auxiliaires. Dans la profession d'agent de sécurité, il convenait selon le témoin de distinguer deux types d'agents. Il y avait d'une part l'agent en position statique cantonné dans un lieu fixe qui se voyait confier la sauvegarde et la protection d'un immeuble. En général, dans ce poste, l'agent était assis et devait faire toutes les heures une promenade à pied d'environ dix minutes, suivant le site. D'autre part, il existait l'agent de sécurité mobile, dont les aptitudes physiques étaient importantes car il se déplaçait toute la journée ou toute la nuit, à pied ou en véhicule. S'agissant de la mission au sein de la banque XE_____, le témoin a expliqué qu'il s'agissait d'une mission de contrôle d'accès, en positions assise et debout en alternance, pendant une heure et demi. Il fallait contrôler l'accès à la banque, que ce soit pour le personnel ou les sociétés de livraison. En cas de problème, il fallait appuyer sur un bouton « agression » qui envoyait une alarme silencieuse à la gendarmerie. S'agissant de la mission sur le parking de XB_____, les employés du témoin ne voulaient pas l'effectuer dans la mesure où elle était très éprouvante physiquement. Il fallait se tenir en position debout de 8h00 à 17h00 ou 18h00, l'horaire étant entrecoupé de pauses en fonction du flux de la clientèle. La gestion du parking de XB_____ par l'entreprise du témoin devait s'effectuer par tous les temps, et si le travail était agréable en été, il était par contre très dur en hiver. Le samedi après-midi, il n'y avait pas assez de places sur le grand parking pour tous les clients, qui devaient parfois se parquer à 400 mètres de là sur un autre parking. Il fallait alors gérer les deux parkings et l'agent de sécurité devait courir pour empêcher les véhicules de forcer le passage ou de se garer n'importe où. Les samedis et les jours d'action, il y avait plus de travail et l'entreprise du témoin envoyait davantage d'agents de sécurité. La mission dans la prison de semi-liberté XF_____ était un poste statique, principalement en position assise. Le collaborateur était au greffe et toutes les vingt minutes, il devait faire une tournée de contrôle à pied, en principe d'au moins quinze minutes, du bâtiment intérieur. Il y avait deux étages et un sous-sol et l'agent de sécurité n'avait pas le droit d'utiliser l'ascenseur. Il devait également préparer le café le matin et le repas du midi et du soir durant les week-ends et les jours fériés officiels. Chez XF_____, l'activité la plus dure se situait entre 4h00 et 6h00 du matin. En effet, l'agent de sécurité qui était en fin de mission de nuit devait, une fois le café préparé, aller réveiller chaque détenu à une heure précise et pouvait ainsi être amené à devoir monter et descendre les étages en moins de vingt minutes, suivant les heures auxquelles les détenus devaient être réveillés. Il ne fallait pas non plus réveiller ces derniers cinq minutes avant l'heure car ils devenaient agressifs, de sorte qu'il arrivait à l'agent de sécurité de devoir rester cinq minutes sur le palier de la chambre pour ne pas avoir à descendre et remonter.

XF _____ était à l'époque une prison pour les détenus en fin de peine, de sorte que l'ambiance était bonne. En cas de problème, l'agent de sécurité devait contacter la gendarmerie grâce au bouton « appel au secours ». En principe, l'agent de sécurité ne devait pas intervenir, mais dans les faits, lorsqu'il y avait de petites tensions entre plusieurs individus, il tentait de les calmer avant de faire appel à la police. S'agissant de la mission dans la prison de semi-liberté XA _____, cette dernière était une maison avec des détenus de droit commun. Les détenus étaient enfermés dans leur quartier toute la nuit et la mission de l'agent de sécurité était d'écouter ce qui se passait dans les quartiers (feu, bagarres, etc.), personne ne devant rentrer dans les quartiers entre 22h00 et 7h00 du matin. L'agent était cantonné au greffe et toutes les vingt ou trente minutes, il devait faire sa ronde dans la maison comportant trois étages et un sous-sol. Toutes les deux ou trois rondes intérieures - soit toutes les heures - il y avait également une ronde extérieure à effectuer. La journée, essentiellement les samedis et dimanches, la mission des agents de sécurité était d'être aux ordres du personnel attiré, à savoir les gardiens sur place. Ces derniers pouvaient notamment demander aux agents de préparer le café pour les détenus, d'effectuer une ronde ou de répondre au téléphone. La journée, les quartiers étaient ouverts. La population était un peu plus difficile qu'à XF _____, car il s'agissait de détenus condamnés à plusieurs années de prison, mais il n'y avait jamais eu d'agent de sécurité blessé ou agressé sur ce site, ni d'ailleurs sur le site de XF _____. Tel n'avait pas été le cas sur le site de XG _____, où le recourant aurait été amené à fonctionner s'il avait poursuivi sa formation. XG _____ était en effet une prison pour toxicomanes, où il n'y avait que des problèmes et où il était difficile de travailler. Un agent de sécurité avait été pris à partie sur ce site et avait fini à l'hôpital. Le témoin a expliqué qu'il faisait un tournus avec ses agents de sécurité afin qu'ils ne restent pas trop longtemps à XG _____. Lors de la formation, les agents commençaient toujours par la mission la plus agréable, à savoir XF _____, pour passer ensuite par XA _____ et finalement XG _____, la plus difficile. Sur question, le témoin a indiqué qu'il avait à l'époque deux types de collaborateurs, à savoir d'une part des agents fixes, à plein temps, qui travaillaient entre huit et douze heures par jour, et d'autre part des auxiliaires, qui venaient travailler sur demande. Un agent de sécurité fixe pouvait par exemple fonctionner pendant deux ou trois semaines sur le site d'une prison de semi-liberté puis, selon les besoins du service de planification, être affecté à une mission sur un parking. Le témoin savait à l'époque que le recourant avait des problèmes de santé, mais il ne connaissait pas les détails. Personne ne lui avait expliqué ce que l'assuré devait faire ou ne pas faire, Monsieur G _____ ne se souvenant d'ailleurs pas avoir eu un entretien à cet égard avec une personne de l'OAI. Sur question, le témoin a indiqué qu'il n'entrait pas en matière pour former des personnes à mobilité réduite et que si on lui avait dit à l'époque que le postulant ne pouvait pas travailler dans certaines conditions climatiques et ne pouvait rester longtemps debout ou assis, il ne serait pas entré en matière. Pour le témoin, un agent de sécurité devait en effet jouir d'une bonne santé de manière générale et si le recourant avait des problèmes de sommeil et d'autres problèmes physiques, il n'était pas apte à exercer la profession d'agent de sécurité, en tout cas dans une petite entreprise comme la sienne. Ce n'était toutefois pas parce que quelqu'un lui était envoyé par l'OAI ou par le chômage qu'il n'entrait pas en matière et que la personne en question ne pouvait pas convenir à certaines missions. Au cours de l'entretien, il était possible que le témoin pose au candidat des questions quant à son état de santé, mais il ne se souvenait pas avoir posé des questions précises à l'assuré. En tout état de cause, il évaluait le candidat lors de la formation mais à l'époque, il n'aurait pas pu former un agent de

sécurité ne pouvant pas fonctionner à tous les postes. Durant les années 1990 à 2000, il y avait une grande demande d'agents de sécurité et donc un fort besoin de collaborateurs au sein de l'entreprise du témoin, de sorte que ce dernier avait engagé l'assuré pour le former et le tester, ne serait-ce que dans un premier temps. Le témoin ne se souvenait pas comment s'était déroulée la formation entreprise par l'assuré, ni s'il avait interrompu sa formation et pour quel motif. Le recourant était sans doute venu vers lui pour lui faire part de ses difficultés, mais le témoin ne s'en souvenait pas et n'avait pas gardé les notes de dossier. Dans ses conclusions après enquêtes du 10 mai 2011, l'intimé a relevé que les déclarations faites par Monsieur G _____ concernaient le travail en général effectué par ses employés à l'époque, le témoin ne se souvenant pas de la formation entreprise chez lui par l'assuré. Les déclarations récentes de l'ancien employeur du recourant ne permettaient donc pas de mettre en doute les faits consignés à l'époque dans le dossier, à savoir que le recourant travaillait essentiellement assis, qu'aucun effort particulier n'était exigé, qu'il n'avait pas d'horaire de nuit et qu'il aurait obtenu ce poste à l'issue de sa formation. Dans ses conclusions après enquêtes du 18 mai 2011, le recourant a persisté dans l'intégralité de ses conclusions. Il estimait, s'agissant tout d'abord de son atteinte psychique, que l'expertise du Docteur C _____ avait mis en évidence un trouble dépressif majeur. Que ce trouble soit en partielle ou en complète rémission n'importait guère puisqu'il n'en gardait pas moins un fonctionnement très limité. Ceci était d'autant plus avéré que, subissant depuis 2002 des symptômes de la lignée dépressive, le recourant présentait un état de chronicité psychiatrique. Par ailleurs, dans la mesure où l'expert-psychiatre avait reconnu la difficulté de fixer de manière précise le taux d'incapacité de travail pour une période déterminée antérieure à l'expertise, l'appréciation médicale du médecin-traitant constituait le seul élément fiable auquel il fallait se référer. L'expert n'avait d'ailleurs pas repoussé les conclusions du Docteur T _____ qui évaluait la capacité de travail de l'assuré à 50% en application de l'approche intégrative. Le témoin avait au contraire laissé entendre que cette dernière approche était importante, mais que dans le cadre de son expertise auprès des assurances sociales, il ne pourrait pas justifier la limitation de la capacité de travail par des motifs ressortant du domaine psychosocial. S'agissant ensuite de son atteinte physique, le recourant a invoqué que d'importantes douleurs au membre inférieur gauche venaient s'ajouter à l'atteinte du nerf cubital gauche. Au niveau de la main gauche, il présentait en outre une amyotrophie sévère des interosseux induisant une importante diminution de la force. S'agissant enfin des mesures d'ordre professionnel, le recourant a relevé que selon les déclarations de son ancien employeur, il fallait considérer que la formation d'agent de sécurité n'était pas adaptée à son état de santé. Après communication aux parties des observations après enquêtes, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 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 1 er 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. La LPGA est entrée en vigueur le 1 er 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 4^{ème} et à la 5^{ème} révisions, entrées en vigueur respectivement en date des 1^{er} janvier 2004 et 1^{er} 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 la période jusqu'au 31 décembre 2002 et, après le 1^{er} janvier 2003, respectivement le 1^{er} janvier 2004 et le 1^{er} janvier 2008, en fonction des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4^{ème} et la 5^{ème} 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). 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). 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. 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. 1^{er} 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. 1^{er} 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 1^{er}

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 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. 1^{er} LPGA, mais pas avant le mois qui suit son dix-huitième anniversaire. b) Selon l'art. 28 al. 1^{er} 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. 1 bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40% au moins. Selon l'art. 28 al. 1^{er} LAI dans sa teneur en vigueur du 1^{er} 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. 1^{er} LAI dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} 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. 29^{ter} 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. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1^{er} 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. 1^{er} 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 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 lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3 et consid. 6). 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 LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il 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 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 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) 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). 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) 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'exams 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 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 11 mars 1997 une incapacité totale de travail depuis l'accident du 25 décembre 1995. Le Dr Q _____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation à la Clinique de réadaptation Bellikon, retient que le recourant ne peut envisager de continuer à exercer ses anciennes activités professionnelles (plâtrier/peintre et boulanger/pâtissier) qu'avec d'importantes limitations. Concernant une autre activité professionnelle, un travail à plein temps, légèrement à moyennement astreignant et faisant alterner la charge, peut par contre être envisagé. Le Dr R _____, Chef de Clinique à l'Unité de chirurgie de la main des HUG estime

qu'une activité épargnant le membre supérieur gauche est raisonnablement exigible à 100% depuis le 1^{er} janvier 2000. Le médecin du SMR a indiqué dans son avis du 29 janvier 2001 qu'à compter du 1^{er} janvier 2000, le recourant bénéficie d'une capacité de travail entière dans toute activité ne sollicitant pas spécialement le membre supérieur gauche. Puis, dans son rapport du 12 septembre 2006, il a reconnu au recourant une incapacité de travail totale dans ses anciennes activités, à savoir boulanger-pâtissier et peintre en bâtiment dès 1995, mais admis une pleine capacité dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles physiques dès 1997 déjà, sans plus ample explication. Selon le rapport du 26 février 2001 du Dr S _____, médecin d'arrondissement de l'assureur-accidents, la capacité de travail du recourant est nulle dans son activité habituelle de peintre en bâtiment. En revanche, sa capacité de travail est entière dans une activité respectant les limitations fonctionnelles, à savoir que l'utilisation en force du membre supérieur gauche est impossible, de même qu'une marche ou une position debout de très longue durée, ainsi qu'un travail dans des conditions climatiques difficiles. c) La Cour de céans relève qu'en définitive, les différents médecins s'accordent pour retenir que le recourant présente une incapacité de travail totale dans ses activités habituelles depuis l'accident du 25 décembre 1995. L'intimé ne le conteste du reste pas. Le fait que le recourant ait tenté en vain une reprise à titre thérapeutique pendant quelques mois en 1997 n'y change rien. Les différents médecins s'accordent également pour admettre par la suite une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Contrairement à ce qu'a estimé l'intimé, la Cour retient avec les Drs E _____ et R _____, du SMR, que c'est depuis le 1^{er} janvier 2000 que le recourant est capable de travailler à plein temps dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, et non déjà depuis 1997. En effet, rien dans le dossier ne permet de retenir cette date et le SMR n'a pas justifié son revirement. Le recourant a de surcroît encore subi une opération du coude gauche en 1998 et l'assurance-accidents du recourant lui a accordé une rente d'invalidité de 29% dès le 1^{er} janvier 2000. Au vu de ce qui précède, il convient de retenir que le recourant a présenté de manière durable une incapacité de travail totale dans toute activité dès le 25 décembre 1995, de sorte que son droit éventuel à une rente est né le 25 décembre 1996, conformément à l'art. 29 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007. Son degré d'invalidité était alors de 100 %, ouvrant droit à une rente entière d'invalidité (cf. art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003). Depuis le 1^{er} janvier 2000, le recourant présente toutefois une capacité de travail entière dans une activité adaptée, de sorte qu'il convient à ce stade de déterminer son degré d'invalidité à partir de cette date. 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 (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). 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 X 41,25 X 4 + 8,33% X 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 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 1^{er} 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 céans 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. 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 impotence 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 1^{er} 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. 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. 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. 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. 1 er 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 minimes, 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). 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). 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 1^{er} janvier 2000. 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. 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 LPGA). En vertu de l'art. 69 al. 1bis LAI, entré en vigueur le 1^{er} 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.

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