

GE_GERICHTE A/1849/2008 vom 17. Dezember 2008

GE Cour de justice, 2008-12-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1849_2008

FR: GE_GERICHTE A/1849/2008 du 17 décembre 2008

IT: GE_GERICHTE A/1849/2008 del 17 dicembre 2008

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 17.12.2008
A/1849/2008

A/1849/2008 ATAS/1490/2008 du 17.12.2008 (AI) , PARTIELMNT ADMIS Recours TF déposé le 06.02.2009, rendu le 23.12.2009, REJETE, 9C_110/2009 En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/1849/2008 ATAS/1490/2008 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES Chambre 5 du 17 décembre 2008 En la cause Monsieur S_____, domicilié à MEYRIN recourant contre OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENEVE intimé EN FAIT Monsieur S_____, né en 1951, travaillait depuis 1980 au Centre d'intégration professionnelle (ci-après : CIP) en tant que maître d'atelier protégé. Depuis le 7 avril 1999, l'intéressé est en arrêt de travail total pour une durée indéterminée. Le 6 mai 1999, le Dr A_____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, informe le CIP que son patient n'est plus en mesure d'assumer ses obligations professionnelles au sein des ateliers protégés, en raison de son état de santé. Sa capacité de gain est réduite au point qu'il faut lui donner une rente d'invalidité ou une retraite anticipée. Par demande reçue le 31 mai 1999, l'intéressé requiert des prestations de l'assurance-invalidité, en vue de l'obtention d'une rente. Selon le rapport médical du 7 juin 1999 du Dr B_____, psychiatre, l'assuré souffre d'un état dépressif majeur et d'un trouble obsessionnel compulsif, actuellement décompensé. L'incapacité de travail est totale à partir d'avril 1999. L'affection a débuté en avril 1998 par un premier épuisement professionnel, le patient n'ayant pas réussi à s'adapter à de nouvelles conditions de travail, en raison de son besoin de contrôle, sa méticulosité et ses vérifications. Il a alors commencé par rallonger son travail en temps, jusqu'à un point de rupture. Malgré de nombreux essais de reprises, il n'a plus réussi à dépasser un taux d'activité de 60 %. Le symptôme principal est un état dépressif majeur, mais ce qui justifie une rente d'invalidité est le trouble obsessionnel-compulsif. Dans les plaintes subjectives, ce médecin note une asthénie avec aboulie, un trouble de l'humeur avec des idées noires et thèmes suicidaires, un sentiment d'échec, une angoisse liée à une perte de contrôle et des plaintes physiques sous forme de maux de tête et de ventre. Dans son rapport médical du 26 juin 1999, le Dresse C_____, généraliste, constate un état dépressif, pour lequel le patient est suivi depuis trois/quatre mois par le Dr B_____. L'atteinte à la santé existe depuis avril 1998 et l'assuré suit une psychothérapie. Dans sa note du 16 août 1998, le Dr D_____, psychiatre et médecin-conseil de l'assurance-invalidité, indique que les troubles diagnostiqués ont valeur de maladie au sens de l'assurance-invalidité. Par décisions du 24 novembre 1999, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI) accorde à l'assuré une rente d'invalidité entière à compter du 1^{er} avril 1999, assortie de rentes complémentaires pour enfant. En 2002, l'OCAI entame une procédure de révision. Dans le questionnaire y relatif signé par l'assuré le 11 décembre 2002, celui-ci indique qu'il

travaillait un peu et irrégulièrement à titre bénévole. Le 17 décembre 2002, le Dr B_____ informe l'OCAI qu'il ne suit plus l'assuré. La Dresse C_____ a également fait part audit office, le 3 janvier 2003, qu'il n'était plus en traitement chez elle. En avril 2003, l'assuré est soumis à une expertise psychiatrique par le Dr E_____, psychiatre. Dans son rapport du 21 avril 2003, le médecin pose les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail de dysthymie (névrose anxio-dépressive) d'insomnie non organique et d'accentuation de certains traits de personnalité, à savoir personnalité anankastique et personnalité dépendante, ainsi que de dislocation de la famille par séparation. Au plan psychiatrique, la situation de l'assuré reste complexe, une reprise professionnelle lui serait salubre et est désirée. Le choix de l'activité, ses modalités d'horaires et d'environnement doivent répondre à diverses conditions (reprise progressive, horaires réguliers, environnement calme, doigté du management). Il devrait par ailleurs entreprendre une psychothérapie pour une meilleure gestion du stress professionnel et familial. Quant aux limitations, l'assuré se dit diminué par des problèmes lombaires. Au plan psychique, les limitations sont bien réelles mais pourraient être améliorées par un appui psychiatrique médicamenteux et de type cognitivo-comportemental. L'activité exercée jusqu'ici est encore exigible, pour autant que l'assuré y trouve un environnement compatible avec sa gestion de stress. L'état de santé s'est notablement amélioré par rapport à novembre 1999. La répercussion de l'atteinte actuelle à la santé sur la capacité de travail en tant que maître socio-professionnel est modérée et dépend essentiellement du degré d'exigence du management. Quant à l'activité de boulanger-pâtissier, formation initiale de l'assuré, elle n'est plus exigible, l'assuré ne pouvant plus assurer des horaires et conditions de travail particuliers de la branche. Des activités manuelles légères sont envisageables dans l'horlogerie et le gardiennage de musée. Dans son avis médical du 7 juillet 2004, la Dresse F_____ du Service médical régional de l'assurance-invalidité du Léman (ci-après : SMR) indique que, après discussion avec le psychiatre du SMR, le Dr P_____, il est décidé de demander au Dr E_____ de revoir l'assuré pour une consultation, une année après l'expertise, pour voir si l'amélioration constatée est vraiment durable, si la psychothérapie a été entamée et, dans l'affirmative, si elle a été positive. En conclusion, la Dresse F_____ estime que "jusqu'à preuve du contraire par les renseignements demandés, la rente entière est justifiée." Dans son rapport médical du 21 octobre 2004, le Dr E_____ constate que l'état de santé de l'assuré s'est amélioré. Il n'y a toutefois pas de changement dans les diagnostics. L'assuré n'a par ailleurs pas été informé des conclusions de son rapport d'expertise et n'a ainsi pas été stimulé pour reprendre une psychothérapie. Il s'était contenté de demander par écrit au Dr B_____ de reprendre les entretiens, mais n'avait pas reçu de réponse. L'assuré admet une certaine stabilisation de son état, notamment une atténuation de l'impression d'être dans la crainte. Cependant, il n'a plus envie de lutter et n'envisage plus de reprendre une activité professionnelle, tout en observant qu'il peut travailler, en dehors de toute pression. Dans le pronostic, le psychiatre fait notamment état d'une vulnérabilité qui limite assurément la capacité de travail de l'assuré. Celui-ci aurait intérêt à solliciter une réadaptation professionnelle, voire une occupation professionnelle non stressante, par exemple dans le cadre d'activités protégées. Enfin, l'expert relève qu'on ne peut pas envisager un retour au travail immédiat, hormis dans une activité protégée, et que la reprise devrait se faire progressivement. L'assuré n'ayant pas donné suite à plusieurs communications et à une sommation de contacter un nouvel expert mandaté par l'OCAI, celui-ci supprime les prestations d'assurance-invalidité, par décision du 6 décembre 2007. Dans sa note de travail du 12 décembre 2007, le gestionnaire du dossier à l'OCAI fait suite à

un entretien téléphonique avec l'assuré en date du 6 décembre écoulé. Celui-ci admet avoir reçu les courriers, mais ne comprend pas pourquoi l'expertise doit être faite par un autre expert et non pas par le Dr E_____. Il paraît très perturbé au gestionnaire du dossier. Son silence semble à ce dernier être le résultat de graves problèmes de fonctionnement. L'assuré lui a par ailleurs dit avoir des problèmes avec sa femme qui ne pouvait gérer le quotidien. Le 6 janvier 2008, l'assuré informe l'OCAI qu'on lui avait proposé un travail d'environ 65 % pour un salaire mensuel brut de 1'500 fr., et lui demande s'il peut accepter ce travail, sans que cela diminue sa rente. Le 14 février 2008, l'assuré est soumis à une expertise psychiatrique par le Dr G_____, chef de clinique au Service de psychiatrie pour adultes du secteur de la Servette des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG). Selon ce médecin, l'assuré n'est plus atteint dans sa santé psychique et a dès lors, sur ce plan, une capacité de travail totale. Il est également mentionné dans ce rapport qu'il a trouvé une occupation bénévole entre 50 à 60 % comme aide de cuisine et aide-maison d'un foyer (centre de conférences) à Montreux, activité qui lui plaît beaucoup. Depuis son premier épisode dépressif en 1998, il n'a plus eu de rechute dépressive, ni de suivi psychiatrique ni de traitement psychotrope. Il n'a jamais été hospitalisé en milieu psychiatrique. Son état de santé est stable, il poursuit son activité bénévole, fait régulièrement des promenades, rencontre ses amis, et fréquente mensuellement un groupe chrétien. Dans son avis médical du 14 mars 2008, la Dresse H_____, médecin au SMR, constate que l'assuré présente depuis 2000 une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses compétences professionnelles, en raison d'une nette amélioration de son état de santé depuis plusieurs années. Par projet de décision du 11 avril 2008, l'OCAI informe l'assuré qu'il a l'intention de supprimer sa rente d'invalidité dès le 1^{er} jour du 2^{ème} mois, qui suit la notification de la décision à venir. Par courrier du 23 avril 2008, l'assuré indique à l'OCAI qu'il travaille bénévolement, à raison de 6 jours par mois, dans un centre de conférence comme aide de cuisine. Cette activité comprend la préparation des repas, du nettoyage, la mise en place des tables et la réception des livraisons commandées. Il effectue également un peu de ponçage de portes, de peinture et divers petits entretiens. On lui avait proposé de le rémunérer à raison de 1'000 fr. net par mois, repas déduits, pour un taux de 65 %. Il n'a cependant pas donné son accord car il ne peut se passer d'une aide financière de l'assurance-invalidité et de la caisse de pension. Il fait par ailleurs état de sa situation familiale très complexe. Il ne lui est en outre pas possible de reprendre sa profession de boulanger-pâtissier qu'il a quittée il y a 30 ans. En ce qui concerne l'activité de maître socio-professionnel, elle lui est également impossible, dès lors que la responsabilité de fournir des travaux de qualité, dans le temps donné, avec des personnes non qualifiées et handicapées accentuait et réveillait ses problèmes. Il ne pourrait les assumer actuellement, sans rechuter. Par décision du 14 mai 2008, l'OCAI confirme son projet de décision. Par acte du 27 mai 2008, l'assuré recourt contre celle-ci, en concluant implicitement à son annulation. Il explique que son taux de travail bénévole ne dépasse pas les 50 % par mois. Ce travail fait peu appel à ses compétences professionnelles, ne demande pas d'efforts intellectuels et n'implique aucun stress. Il n'a par ailleurs pas la responsabilité de subordonnés et peut rentrer chez lui, dès qu'il ressent une difficulté psychique. Ce travail lui a permis de reprendre petit à petit confiance et d'aller mieux. Il ne pourrait reprendre le travail dans l'industrie alimentaire en tant que boulanger-pâtissier, en raison des horaires et du stress. Dans le cadre de son activité en tant que maître socio-professionnel, il a subi beaucoup d'agressions de la part de ses supérieurs qui voulaient prouver qu'on pouvait rivaliser avec l'industrie avec des handicapés profonds et sans adaptation des postes de travail. Ce travail demande de soutenir, stimuler,

valoriser et encadrer les malades et les handicapés, ce dont il n'a plus la force. A cela s'ajoutent les problèmes de famille (son ex-épouse et son fils aîné sont atteints de graves troubles psychiques). Cette dernière devrait aller au Foyer du Rhône et il doit lui verser une contribution d'entretien. Pour le surplus, il reprend son argumentation antérieure. Dans son préavis du 25 juin 2008, l'intimé conclut au rejet du recours, en se fondant sur les expertises effectuées. A la demande du Tribunal de céans, les établissements publics pour l'intégration (EPI) lui communiquent le 15 octobre 2008 les mécanismes salariaux et les gratifications concernant les salaires du recourant depuis 1999. Le 23 octobre 2008, l'intimé persiste dans ses conclusions, sans ajouter de commentaires particuliers. Le recourant fait implicitement de même, par écritures reçues le 30 octobre 2008. Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit 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, 127 V 467 consid. 1 et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours de droit administratif a été formé après le 1^{er} juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005). Les modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision de la LAI), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008, sont également applicables dans le présent litige dès le 1^{er} janvier 2008. Jusqu'à cette date, le droit aux prestations doit être déterminé en applications des anciennes dispositions. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA). L'objet du litige est la question de savoir si l'intimé a supprimé à raison la rente d'invalidité du recourant suite à une amélioration de son état de santé. Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Cette disposition n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5 ; 113 V 275 consid. 1a; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2 ; 125 V 369 consid. 2 et la référence; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Il n'y a toutefois pas

matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATFA non publié du 12 octobre 2005, I 8/04, consid. 2; ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ou de l'ancien art. 41 LAI) doit clairement ressortir du dossier (p. ex. ATFA du 31 janvier 2003 [I 559/02], consid. 3.2 et les arrêts cités; sur les motifs de révision en particulier : Müller, *Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung*, thèse Fribourg 2002, p. 133 ss). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (Ruedi, *Die Verfügungsanpassung als verfahrensrechtliche Grundfigur namentlich von Invalidenrentenrevisionen*, in : Schaffhauser/Schlauri [Hrsg], *Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung*, Saint-Gall, 1999, p. 15). 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 le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2). Depuis l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2004, de la nouvelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4^{ème} révision) la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI, valable jusqu'au 31 décembre 2007, est la suivante : «1. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit, selon le taux d'invalidité : 40 % au moins un quart, 50 % au moins une demie, 60 % au moins trois-quarts, 70 % au moins rente entière.». a) En ce qui concerne la preuve, 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). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que

la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3). b) Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb). En l'occurrence, l'assuré a fait l'objet d'une expertise psychiatrique en février 2008 par le Dr G_____. Celui-ci a constaté qu'il n'est plus atteint dans sa santé psychique et présente dès lors une capacité de travail totale sur le plan psychiatrique. Cette expertise remplit tous les réquisits jurisprudentiels pour lui reconnaître une pleine valeur probante. Ses conclusions sont également convaincantes, s'agissant d'un assuré qui n'a plus fait de rechute dépressive, et ne fait plus l'objet d'un suivi psychiatrique ni d'un traitement psychotrope. Une amélioration de son état de santé a été également constaté par le Dr E_____ en octobre 2004, même si ce psychiatre a retenu des limitations fonctionnelles en ce qui concerne la capacité de faire face à des situations stressantes. Ce médecin a par ailleurs préconisé une reprise progressive du travail, ce que le recourant a entrepris de sa propre initiative. Il a ainsi de lui-même créé les conditions nécessaires pour une mise en valeur de sa capacité de travail, même si l'activité qu'il exerce au centre de conférence est en-dessous de ses compétences professionnelles. Le recourant ne semble par ailleurs pas contester être de nouveau capable de travailler. Toutefois, il met en avant une limitation sur le plan psychiatrique liée au stress, ce qui l'empêcherait de reprendre son ancienne activité de maître socio-professionnel. L'activité de boulanger pâtissier ne lui serait pas non plus possible, en raison des horaires et du stress. Dans son recours, il explique en outre que son taux de travail bénévole ne dépasse pas 50 %. Il ne ressort cependant pas de l'expertise psychiatrique que le recourant est limité dans sa capacité de travail sur le plan psychiatrique, même si son état psychique s'est décompensé en 1998, le rendant incapable de travailler pendant des années. Par ailleurs, pour l'appréciation de la capacité de travail, n'est pas déterminant le travail que l'assuré exerce effectivement, mais celui qu'il pourrait effectuer, sur le plan médico-théorique. Il ne peut ainsi être tenu compte de ce que son taux de travail n'est actuellement que de 50 %. Quant aux graves problèmes de sa femme et de son fils, il est certain qu'ils sont susceptibles d'affecter son psychisme. Néanmoins, ils ne semblent pas avoir provoqué une atteinte psychique chez le recourant, avec répercussion sur la capacité de travail. Au vu de ce qui précède, il y a lieu de considérer, sur la base de l'expertise du Dr G_____, que l'état de santé du recourant s'est amélioré et qu'il a recouvré une pleine capacité de travail. Même si le recourant a maintenant une capacité de travail dans ses anciens métiers, il est incontestable qu'il subit une perte de gain en raison de son invalidité pendant plusieurs années et la perte de son emploi y consécutive. Aussi convient-il de déterminer si une invalidité doit néanmoins être admise du fait de cette perte de gain. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu 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. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les

confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; jusqu'au 31 décembre 2002 : art. 28 al. 2 LAI; du 1^{er} janvier au 31 décembre 2003: art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGa; depuis le 1^{er} janvier 2004: art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGa). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; 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, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174). Le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et 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 (cf. ATF 126 V 78 consid. 5). Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il 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 la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenue jusqu'au moment du prononcé de la décision. On ne saurait s'écarter d'un tel revenu pour le seul motif que l'assuré disposait, avant la survenance de son invalidité, de meilleures possibilités de gain que celles qu'il mettait en valeur et qui lui permettaient d'obtenir un revenu modeste (ATF 125 V 157 consid. 5c/bb et les arrêts cités); il convient toutefois de renoncer à s'y référer lorsqu'il ressort de l'ensemble des circonstances du cas que l'assuré, sans invalidité, ne se serait pas contenté d'une telle rémunération de manière durable (cf. AJP 2002 1487; RCC 1992 p. 96 consid. 4a). a) En l'espèce, la rente a été supprimée en 2008. Par conséquent, l'année de référence pour le calcul de la perte de gain est cette année (ATF 121 V 366 consid. 1b). b) Pour le revenu d'invalidité, le travail actuel exercé par le recourant ne peut pas être pris en considération, dès lors qu'il est en-dessous de ses aptitudes professionnelles du recourant et qu'il s'agit d'un emploi à temps partiel, alors que le recourant dispose d'une capacité de travail totale sur le plan médical. Il convient ainsi de se référer aux salaires statistiques auxquels peuvent prétendre les hommes avec des connaissances professionnelles spécialisées (niveau de qualification 3) dans le secteur privé et public, à savoir 68'136 fr. par année (Enquête suisse sur la structure des salaires 2006, TA3_SP, p. 28). Au vu de l'activité de maître socio-professionnel exercée par le recourant de 1980 à 1999, il y a en effet lieu de lui reconnaître de telles connaissances. Il a par ailleurs également une formation de boulanger-pâtissier. Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de 40 heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2007, étant précisé que les chiffres pour 2008 ne sont pas encore disponibles (41,7 heures; La Vie économique, 11-2008, p. 90, B9.2), ce montant doit être porté à 71'031 fr. 80. Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des

salaires selon l'indice des salaires nominaux pour les hommes de l'année 2007 et 2008 (1,6 % pour 2007 et une estimation de 1,4 pour 2008; La Vie économique, 11-2008, p. 91, B10.2), on obtient un revenu annuel de 73'178 fr. 60. Vu l'âge du recourant, le fait qu'il n'a plus travaillé depuis 1999 et une certaine fragilité psychique, il se justifie de procéder à un abattement de ce salaire statistique à hauteur de 15 %. Il en résulte un revenu d'invalidé de 62'201 fr. 80. c) Quant au salaire sans invalidité, le recourant se trouvait en classe de traitement 15, lorsqu'il travaillait au CIP. Dès 2002, il aurait eu l'annuité maximum. Par ailleurs, il aurait eu une prime de fidélité correspondant à 100 % d'un traitement mensuel. En octobre 2008, le traitement en classe 15 avec une annuité 15 aurait été de 105'974 fr. par an. A ce montant s'ajoute une prime de fidélité de 8'831 fr. 20. Ainsi, son salaire annuel total se serait élevé à 114'805 fr. 20. d) En comparant ce dernier salaire à celui que le recourant aurait pu obtenir sans invalidité, il appert que sa perte de gain est de 45,8 %. Un tel degré d'invalidité ouvre le droit à un quart de rente. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, l'émolument de justice de 200 fr. est mis à la charge de l'intimé. **PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet partiellement. Annule la décision du 14 mai 2008. Octroie au recourant un quart de rente à partir du 1^{er} juillet 2008. L'émolument de justice fixé à 200 fr. est mis à la charge de l'intimé. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Claire CHAVANNES La présidente Maya CRAMER Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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