

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/163/2010

ATAS/1021/2010

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 3

du 7 octobre 2010

En la cause

Monsieur E_____, domicilié à Vézenaz, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Marc MATHEY-DORET

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue de Lyon 97, Genève

intimé

Siégeant : Karine STECK, Présidente; , Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur E_____, ci-après l'assuré, de nationalité suédoise, né en 1946, a exercé une activité indépendante de 1978 à 1985. Entre 1986 à 1998, il n'a pas eu d'activité lucrative. Le dernier poste occupé par l'assuré depuis le 1^{er} septembre 2005, consistait en une activité d'assistant de bureau auprès de X_____ & Cie SA. A compter du 1^{er} novembre 2007, l'intéressé a été dans l'incapacité totale de travailler pour cause de maladie.
2. Le 28 juin 2008, dans le cadre de la détection précoce, l'assuré et son employeur ont informé l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après OAI) de la situation. Ils ont indiqué que le contrat de travail de l'assuré, occupé à 100 %, prendrait fin le 8 août 2008 et que l'incapacité de travail était liée à un abus d'alcool et à des troubles du comportement.
3. Un entretien de détection précoce a eu lieu le 23 juillet 2008, à l'occasion duquel l'assuré a expliqué qu'il souffrait du dos au point de devoir prendre de la morphine; il a par ailleurs mentionné des problèmes de sensibilisation à deux doigts de la main droite. L'assuré a admis qu'il lui était arrivé d'adopter un comportement problématique sous l'influence de l'alcool, mais a affirmé être sobre depuis mars 2008. Il a expliqué sa consommation d'alcool par le besoin de soulager ses douleurs dorsales et ses insomnies. L'assuré a précisé qu'il travaillait à 100 % pour un salaire mensuel de 2'840 fr. et qu'il avait accepté ce poste pour ne pas rester au chômage. Eu égard à ses douleurs dorsales, l'assuré craignait de ne plus pouvoir assumer son poste, lequel n'était pas aménageable.
4. Le 1^{er} août 2008, l'assuré a déposé auprès de l'OAI une demande de rente en invoquant une atteinte à la santé remontant à 2000, dont il n'a pas précisé la nature.
5. Le 8 août 2008, les Drs L_____ et M_____, du service de radiologie des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), ont pratiqué une imagerie par résonance magnétique (IRM) panmédullaire, qui a révélé une anomalie de transition sous forme d'une lombalisation de S1, une hyperlordose cervicale et hypercyphose dorsale, un canal cervical rétréci d'origine dégénérative prédominant aux niveaux C3-C4, C4-C5 et C5-C6 sans myélopathie associée, une discrète dilatation du canal épendymaire au niveau dorsal, des tassements anciens des vertèbres D8, D10, L1 et L4 stables et un antélisthesis de S1 sur S2 de grade I/IV, dont il a été précisé qu'il était stable comparativement à un examen pratiqué en 2004.
6. Le 13 août 2008, l'employeur de l'assuré a confirmé à l'OAI que l'assuré avait travaillé pour lui à compter de 2005, qu'il était impossible d'aménager son poste de travail et enfin, que l'assuré avait été occupé à plein temps à raison de 8 heures par jour, 20 heures par semaine et 1920 heures par année.

7. Le 2 septembre 2008, le Dr N_____, spécialiste FMH en radiologie, a procédé à des radiographies de la colonne lombaire lesquels ont révélé un tassement de D12 (discrètement du plateau supérieur de L3, à moindre degré de L4), un spondylolisthesis de L5 de grade I ne se modifiant pas lors de la flexion ni de l'extension, une arthrose interapophysaire postérieure et interépineuse et une athéromatose aortique.
8. Le 2 septembre 2008, la Dresse - O_____, spécialiste FMH en médecine interne et endocrinologie-diabétologie, a indiqué à l'OAI avoir été consultée par l'assuré le 2 mai 2008 pour la première fois, en raison de douleurs dorsales importantes essentiellement neurologiques, raison pour laquelle elle l'avait adressé au Dr P_____. Le médecin a précisé ne pas pouvoir se prononcer sur les causes de l'incapacité de travail, laquelle n'avait pas été attestée par ses soins.
9. Le 12 septembre 2008, l'employeur de l'assuré a une nouvelle fois confirmé à l'OAI qu'une adaptation du poste était impossible. Il a ajouté qu'il faisait depuis quelques années office d'"institution sociale" pour l'assuré.
10. Le 12 septembre 2008, l'employeur de l'assuré a établi un certificat de travail attestant que l'assuré avait travaillé pour lui du 1^{er} janvier 1988 au 31 décembre 2003 puis à nouveau dès le 1^{er} janvier 2005, et que l'assuré quittait son emploi pour des motifs médicaux.
11. Le 18 septembre 2008, l'assuré a rempli un questionnaire servant à déterminer son statut. Il a indiqué qu'il recherchait une activité à plein temps et précisé qu'il avait toujours travaillé à 100%.
12. Le 23 septembre 2008, le Dr Q_____, de l'unité d'alcoologie des HUG, a rédigé sur la base du dossier de l'assuré un rapport dont il ressort que ce dernier a été traité aux HUG pour un trouble mental lié à l'utilisation d'alcool en 2002, 2003 et qu'il a été hospitalisé en avril 2008 pour un sevrage d'alcool. Il a été mentionné que l'assuré souffrait en outre d'un trouble de la personnalité narcissique.
13. Dès le 25 septembre 2008, l'assuré s'est entretenu avec un coordinateur emploi de l'OAI. Lors de cet entretien, il a manifesté un intérêt pour une activité de conseil dans un cabinet de jeunes entrepreneurs.
14. Le 26 septembre 2008, le Dr P_____, spécialiste FMH en neurologie, a établi un rapport indiquant que l'incapacité de travail était due à des douleurs lombaires invalidantes et résistantes à tout traitement, présentes depuis 1990. Le neurologue a exprimé l'avis que l'activité exercée précédemment n'était plus exigible et un avis neurochirurgical était nécessaire. Ce spécialiste a énuméré les limitations fonctionnelles suivantes : éviter la marche prolongée, les activités s'exerçant en position assise ou debout uniquement, celles impliquant de se pencher ou de travailler bras au-dessus de la tête, accroupi ou à genoux, les rotations en

position assise ou debout, le port de charges ainsi que la montée d'escaliers ou d'échelle. Le Dr P_____ a précisé que ces limitations étaient valables depuis juin 2007 et que la résistance physique de l'assuré était restreinte.

15. Un second entretien a eu lieu le 2 octobre 2008 entre l'assuré et un coordinateur emploi. A cette occasion, l'assuré a émis des doutes quant à sa capacité à travailler, mais a néanmoins accepté l'idée d'un stage se déroulant selon un horaire adapté.
16. Le 15 octobre 2008, l'assuré a consulté le Dr R_____, spécialiste FMH en neurochirurgie. Ce médecin a estimé que les douleurs de l'assuré étaient vraisemblablement en rapport avec les troubles de la statique induits par les deux tassements révélés par l'IRM et qu'une intervention chirurgicale n'était pas raisonnable en l'état, compte tenu du fait que les mécanismes de compensation avaient fixé la statique et que l'opération serait invasive au niveau des segments impliqués. Une vertébroplastie ne lui semblait pas non plus indiquée, la déformation étant difficilement corrigible vu le nombre d'années écoulées.
17. Le 30 octobre 2008, lors du troisième entretien avec son coordinateur emploi, l'assuré a déclaré ne plus vouloir travailler.
18. Le 17 décembre 2008, l'OAI a informé l'assuré qu'il considérait que des mesures de réadaptation d'ordre professionnel ne pouvaient être envisagées en raison de son état de santé.
19. Dans un rapport daté du 14 février 2009, le Dr R_____ a indiqué qu'il était indispensable pour l'assuré de pouvoir alterner les positions, d'éviter la marche prolongée, les activités impliquant de se pencher ou de travailler bras au-dessus de la tête, accroupi ou à genoux, la rotation en position assise ou debout, le port de charge, sauf de façon très occasionnelle et limité à 8 kg ainsi que la montée d'escaliers ou d'échelle. Pour le surplus, le Dr R_____ a souligné que la concentration, la capacité d'adaptation et la résistance du patient étaient limitées en fonction des douleurs et des restrictions fonctionnelles.
20. Sur avis du Dr S_____, médecin auprès du Service médical régional de l'AI (SMR), une expertise neuropsychologique a été confiée à Madame T_____, psychologue FSP spécialiste en neuropsychologie, qui a rendu son rapport en juillet 2009.

La psychologue a constaté des troubles cognitifs d'intensité légère à modérée avec troubles d'apprentissage, de l'attention et de l'exécution et a fait état de douleurs lombaires invalidantes, de troubles mentaux du comportement liés à l'utilisation d'alcool (F10.25) et de trouble de la personnalité narcissique (F60.8), dont elle a précisé qu'ils étaient probablement présents depuis 2005.

L'examen neuropsychologique détaillé a mis en évidence des difficultés aux niveaux de l'apprentissage, de l'attention et de l'exécution, limitant partiellement la capacité de travail et la réinsertion professionnelle. La neuropsychologue a relevé qu'aux dires de l'employeur, le travail effectué par l'assuré était exigeant en termes de concentration, d'attention, d'endurance, de soin et de faculté d'interprétation. L'altération des facultés de l'assuré rendait ce travail quasiment impossible, même si les troubles n'étaient que d'intensité légère à modérée.

S'agissant de l'influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'alors, Madame T_____ s'est prononcée ainsi :

" 2.1 Les troubles sont de nature à limiter l'activité professionnelle d'assistant de bureau, telle que réalisée jusqu'à maintenant: difficultés attentionnelles, manque d'endurance, difficultés d'apprentissage.

2.2 La capacité résiduelle de travail est faible: les troubles cognitifs limitent la capacité de travail pour environ 50 %. Il convient par ailleurs d'évaluer l'incapacité de travail en relation avec les troubles de la statique et le syndrome douloureux chronique (pas d'estimation à disposition dans les documents joints).

2.3 L'activité exercée jusqu'ici n'est plus exigible.

2.4 Le rendement est diminué, dans une mesure difficile à apprécier sans évaluation en milieu réel, mais probablement d'au moins 50 %, constituant ainsi une capacité résiduelle de travail de l'ordre de 25-30 %, soit une incapacité de travail de 70-75 %.

2.5 L'incapacité de travail de 20 % au moins existe depuis octobre 2007.

2.6 Le degré d'incapacité de travail est resté stable depuis lors. Il n'y a pas de mesure médicale susceptible d'améliorer la capacité de travail, hormis palliative (morphine)."

Quant aux répercussions des troubles sur la réadaptation professionnelle, il a été indiqué :

" 1. Il n'y a pas lieu d'envisager des mesures professionnelles en raison des limitations cognitives et psychiques mentionnées au point A.5.

2. Il n'y a pas de possibilité d'améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent, ni par des mesures médicales (voir lettre du Dr R_____, neurochirurgien), ni par des moyens auxiliaires, ni par une adaptation du poste de travail, déjà réalisée durant les trois dernières années d'activité professionnelle: M. E_____ a bénéficié de la bonne volonté de son employeur et d'un quasi salaire social.

3. Activités exigibles: Il n'y a pas d'autre activité exigible. M. E_____ présente des troubles cognitifs et psychiques rendant impossible une réinsertion professionnelle dans une nouvelle activité."

21. Ce rapport a été soumis à la Dresse S_____, qui l'a qualifié de détaillé et convaincant et en a tiré la conclusion que la capacité de travail exigible était nulle dans l'activité habituelle et réduite à 25% dans une activité adaptée.

22. Une enquête économique sur le ménage a été effectuée le 14 octobre 2009. L'assuré a indiqué à l'enquêtrice qu'il avait toujours travaillé à 100% et qu'il aurait continué si sa santé le lui avait permis. L'enquêtrice a néanmoins conclu à un taux d'activité de 50% seulement en raison du fait que le taux d'occupation dans le dernier emploi n'avait pas excédé 20 heures par semaine. Le rapport d'enquête mentionnait : "En effet, après une période de chômage, son ancien patron l'a repris à temps plein avec un horaire adapté et surtout un salaire plus bas". L'enquête a conclu à un degré d'empêchement dans le ménage de 20 %.
23. Le 29 octobre 2009, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dont il ressortait qu'un degré d'invalidité de 34% lui serait reconnu, insuffisant pour ouvrir droit à une rente.
24. Par courrier du 5 novembre 2009, rédigé en anglais, l'assuré a contesté ce projet en indiquant qu'il fournirait par la suite des arguments à l'appui de sa position.
25. Par courrier du 30 novembre 2009, l'assuré a indiqué à l'OAI qu'il avait besoin d'un délai supplémentaire pour se déterminer, afin de rencontrer les Drs P_____ et R_____.
26. Le même jour, l'OAI a rendu une décision de refus de rente reprenant les termes de son projet de décision.
27. Par acte du 18 janvier 2010, l'assuré (ci-après le recourant) a interjeté recours auprès du Tribunal de céans en concluant à l'octroi d'une rente entière à compter de juin 2008, avec suite de frais et dépens.

Il reproche à l'intimé d'avoir retenu un statut mixte, explique que son employeur du recourant s'est trompé en indiquant qu'il aurait travaillé à raison de 20 heures hebdomadaires et qu'en réalité, il a toujours été occupé à plein temps.

Le recourant conteste par ailleurs le salaire avant invalidité retenu par l'intimé au motif que celui-ci était déjà influencé par son état de santé et qu'il aurait dès lors fallu se référer au salaire statistique correspondant à un emploi à plein temps, soit 61'490 fr.

Il fait enfin grief à l'intimé de n'avoir pas appliqué de réduction supplémentaire au salaire d'invalidé, réduction dont il estime qu'elle devrait être de 25 %.

28. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 3 février 2010, a conclu au rejet du recours.

Il soutient que c'est à juste titre qu'un statut mixte a été retenu puisque l'employeur a indiqué que l'assuré travaillait 20 heures par semaine et que l'enquête économique sur le ménage avait également conclu à un taux d'activité de 50%, d'autant que les salaires ressortant du rassemblement des comptes individuels AVS n'étaient pas

compatibles avec une activité exercée à plein temps. Il a rappelé par ailleurs que l'assuré avait été sans activité lucrative durant plusieurs années.

29. Par écriture du 8 mars 2010, le recourant a fait valoir que l'indication de son employeur selon laquelle il n'aurait travaillé que 20 heures par semaine résulte à l'évidence d'une erreur. Il en veut pour preuve que le nombre d'heures de travail annuelles indiqué (1920), divisé par 48 semaines, conduit à un résultat de 40 heures par semaine. Il ajoute que la reprise d'une indication erronée dans l'enquête économique ne saurait remettre en question le fait qu'il a en réalité été occupé à plein temps.

A l'appui de ses dires, le recourant a produit une attestation établie le 1^{er} mars 2010 par son employeur, qui confirme que la mention d'un horaire hebdomadaire de 20 heures constituait une erreur, le recourant ayant été à son service à plein temps.

30. Le 7 avril 2010, l'intimé a persisté dans ses conclusions. Selon lui, les éléments fournis par le recourant ne permettent pas de remettre en question le statut mixte retenu dans la mesure où les revenus enregistrés sur son compte individuel AVS sont trop modestes pour permettre de considérer qu'il aurait exercé une activité à plein temps avant l'atteinte à la santé.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI ; RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.
2. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, 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 (ATF 130 V 229 consid. 1.1). Les règles de procédure s'appliquent quant à elles sans réserve dès le jour de leur entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b).

En l'espèce, la demande de rente a été formulée le 1^{er} août 2008 et la décision litigieuse est datée du 30 novembre 2009. Le droit éventuel à une mesure de placement doit par conséquent être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 5^{ème} révision, entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 consid. 1). Cela étant, les notions et les principes développés jusqu'alors par la

jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité n'ont pas été modifiés par l'entrée en vigueur de la LPGA ou de la 4^{ème} révision de la LAI (ATF 130 V 343).

3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA).
4. L'objet du litige porte sur le droit du recourant à une rente, plus particulièrement sur le calcul de son degré d'invalidité.
5. a) Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2).

b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou d'autres spécialistes doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2). Il sied d'ajouter que le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, 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. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa).
6. En vertu de l'art. 28 al. 1^{er} LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à

60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

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.

7. Il existe différentes méthodes pour évaluer l'invalidité d'un assuré en fonction du statut de ce dernier.

a) L'art. 16 LPGA prévoit que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Il s'agit là de la méthode dite de comparaison des revenus, qu'il convient d'appliquer aux assurés exerçant une activité lucrative (ATF 128 V 29, consid. 1).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 128 V 174 consid. 4a).

Le revenu sans invalidité se détermine pour sa part en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'intéressé aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF du 25 mai 2007, I 428/06, consid. 7.3.3.1). On n'admettra d'exceptions à ce principe que si elles sont établies au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 129 V 222, consid. 4.3.1). Si pour des raisons étrangères à l'invalidité, qui peuvent être liées à l'absence de formation scolaire ou professionnelles, aux connaissances linguistiques ou au statut de l'assuré, celui-ci a touché un revenu clairement inférieur à la moyenne, il y a lieu d'en tenir compte lors de l'évaluation de l'invalidité selon l'art. 16 LPGA s'il est établi que l'assuré n'entendait pas s'en contenter. Ce parallélisme des revenus se fera soit en tenant compte d'un revenu sans invalidité plus élevé que le revenu effectivement touché, soit en le fondant sur des valeurs statistiques, soit en diminuant la valeur statistique du revenu d'invalide (ATF 134 V 322, consid. 4.1 et les références).

Pour déterminer le revenu d'invalide de l'assuré, il y a lieu en l'absence d'un revenu effectivement réalisé 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). Il y a lieu de procéder à une réduction des salaires statistiques lorsqu'il résulte de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de

service, nationalité ou catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) que le revenu que pourrait toucher l'assuré en mettant en valeur sa capacité résiduelle de travail est inférieur à la moyenne. Un abattement global maximal de 25 % permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75, consid. 5b). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393, consid. 3.3). Conformément à l'art. 61 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative (LPA; E 5 10), seul l'abus ou l'excès du pouvoir d'appréciation peut être revu par le Tribunal de céans. Il y a notamment excès de pouvoir d'appréciation négatif lorsque l'autorité renonce à faire usage de son pouvoir d'appréciation (ATF 116 V 307, consid. 2).

b) Aux termes de l'art. 28a al. 3 LAI, lorsque l'assuré exerce une activité lucrative à temps partiel ou travaille sans être rémunéré dans l'entreprise de son conjoint, l'invalidité pour cette activité est évaluée selon l'art. 16 LPGA. S'il accomplit ses travaux habituels, l'invalidité est fixée en fonction de son incapacité à accomplir ses travaux habituels. Dans ce cas, les parts respectives de l'activité lucrative ou du travail dans l'entreprise du conjoint et de l'accomplissement des travaux habituels sont déterminées; le taux d'invalidité est calculé dans les deux domaines d'activité. C'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (ATF du 20 avril 2007, I 288/06, consid. 3.2.5).

8. En l'espèce, le recourant fait grief à l'intimé d'avoir procédé à l'évaluation de son degré d'invalidité en appliquant la méthode mixte. L'intimé justifie ce choix par le fait que le questionnaire rempli par l'employeur le 13 août 2008 indiquait un horaire de 20 heures par semaine.

Force est cependant de constater que l'indication d'un taux d'occupation de 20 heures hebdomadaires résulte à l'évidence d'une erreur de plume. En effet, l'employeur, dans ce même questionnaire, fait par ailleurs mention d'un horaire de travail quotidien de huit heures et d'un nombre d'heures de travail de 1920 par an, ce qui, rapporté à 48 semaines, conduit bien à un horaire hebdomadaire de 40 heures. Ce questionnaire spécifie d'ailleurs expressément que le recourant était employé à 100 %, ce que corroborent toutes les autres indications et questionnaires contenus dans le dossier du recourant. Ainsi, le formulaire de détection précoce du 28 juin 2008, rempli par l'employeur et le recourant, fait état d'un emploi à 100%. Par ailleurs, lors de son entretien de détection précoce du 28 juillet 2008, l'assuré a précisé être occupé à temps plein et ne pas rechercher un emploi à temps partiel. Enfin, l'employeur du recourant a expressément confirmé ce point dans son attestation du 1^{er} mars 2010. Dans ces conditions, on s'étonne que l'intimé persiste à vouloir considérer le statut de l'assuré comme mixte.

L'intimé entend tirer argument de la faiblesse des revenus indiqués dans les comptes individuels AVS du recourant - en faisant valoir qu'une telle rémunération

est incompatible avec une activité exercée à temps complet - et du fait qu'il ressort que l'assuré n'a pas exercé d'activité lucrative durant plusieurs années. Ces éléments sont cependant sans pertinence dans le cas présent. S'agissant du montant des revenus touchés, on rappellera que le recourant a expliqué lors de son entretien de détection précoce avoir accepté une faible rémunération afin de ne pas émarger plus longtemps à l'assurance-chômage. De plus, ce n'est qu'en l'absence d'autres informations fiables sur le taux d'activité qu'on pourrait tirer un indice sur le pourcentage d'occupation d'un assuré du fait que les salaires usuellement versés pour le même travail sont statistiquement plus élevés. Quant au fait que le recourant n'ait pas toujours exercé d'activité lucrative par le passé, il n'a aucune portée en l'espèce, dès lors que l'invalidité doit s'apprécier selon les circonstances prévalant au moment de la naissance du droit à la rente et non avant cette date, comme le retient la jurisprudence citée plus haut.

Compte tenu de ce qui précède, le Tribunal de céans constate qu'à l'exception de la coquille contenue dans le questionnaire rempli par l'employeur et corrigée par la suite par ce dernier, tous les éléments du dossier concourent à établir que le recourant était occupé à plein temps. Ce point est dès lors démontré au degré de la vraisemblance prépondérante. Le recours est donc admis sur ce point en ce sens que le recourant doit se voir reconnaître un statut d'actif à plein temps. Il en découle que c'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus qui doit être appliquée pour calculer son degré d'invalidité.

9. a) Il convient à présent de déterminer le montant du revenu avant invalidité.

Le recourant fait valoir que le dernier revenu qu'il a réalisé était déjà influencé par son état de santé et ne correspond pas à celui qu'il aurait pu obtenir sans atteinte.

Il est vrai que le montant du salaire réel du recourant se révèle de moitié inférieur aux données statistiques. L'ancien employeur du recourant a par ailleurs reconnu avoir fait office d'"institution sociale" durant les années qui ont précédé l'incapacité de travail du recourant, ce qui porte à croire que l'activité du recourant était affectée par divers facteurs, peut-être d'origine médicale. Dans sa demande de rente, le recourant a en effet indiqué que les atteintes dont il souffre remontent à l'an 2000. Il est cependant inutile de procéder à des mesures d'instruction supplémentaires afin de déterminer si l'invalidité est antérieure à l'été ou l'automne 2007, dates retenues par les médecins et la neuropsychologue. En effet, on constate à l'examen des montants figurant dans les comptes individuels AVS du recourant que celui-ci a toujours réalisé de bas revenus - pour la plupart même inférieurs à la rétribution perçue en dernier lieu - et qu'il a même été sans activité lucrative de 1986 à 1998. Ainsi, durant l'ensemble de sa vie professionnelle, le recourant semble s'être contentés de revenus modestes. Dès lors, rien ne permet d'affirmer que ce bas salaire constituait un pis-aller que le recourant aurait été contraint d'accepter en raison de son état de santé ou de facteurs étrangers à l'invalidité.

C'est donc au salaire réel de 30'000 fr. réalisé par le recourant en 2006 qu'il convient de se référer. Adapté au renchérissement sur la base de l'indice suisse des salaires (1.10 % en 2006 et 1.60 % en 2007), il correspond à un revenu de 31'510 fr. 60 en 2008.

b) Quant au revenu d'invalidé, le Tribunal de céans retient ce qui suit.

L'intimé l'a déterminé en se fondant sur la mise en valeur économique d'une capacité résiduelle de travail de 25%. A la lecture de l'expertise réalisée par la neuropsychologue, on ne saurait cependant admettre que le recourant dispose d'une capacité résiduelle de travail.

Certes, la neuropsychologue fait état d'une capacité résiduelle de travail de l'ordre de 25%. Cette capacité de travail résiduelle ne doit cependant se comprendre qu'en référence au poste qu'occupait le recourant auprès de son dernier employeur. En effet, il est relevé que ce n'est que grâce à la bienveillance de celui-ci que le recourant a pu garder son travail malgré les difficultés rencontrées dans l'exécution de celui-ci. L'expertise indique clairement que ni l'activité exercée jusqu'alors, ni une autre activité ne sont exigibles. Cette apparente contradiction doit être interprétée en ce sens que le recourant ne serait pas capable d'exercer une activité similaire à celle qu'il exécutait jusqu'alors auprès d'un autre employeur, dans le cadre d'un contrat de travail normal. Une telle conclusion s'impose avec d'autant plus de force que le recourant devrait se plier à de nouvelles consignes et instructions et assimiler de nouveaux processus de travail même dans le cadre d'un travail de nature identique à celui qu'il occupait précédemment. Or, l'expertise retient qu'un tel apprentissage serait impossible pour le recourant, compte tenu de ses limitations.

Dans la mesure où le recourant a été dans l'intervalle privé du seul poste envisageable pour lui, suite à la résiliation de son contrat, c'est donc à une incapacité totale de travail qu'il convient de conclure, au vu de l'ensemble de l'expertise, dont le SMR a reconnu qu'elle était convaincante. Le recourant ne pouvant réaliser le moindre revenu, le taux d'invalidité est par conséquent de 100%, ce qui lui ouvre droit à une rente entière dès le 1^{er} février 2009, soit six mois après le dépôt de sa demande de rente (art. 29 al. 1 LAI).

10. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis en ce sens que le recourant se voit reconnaître le droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} février 2009 et la décision de l'intimé du 30 novembre 2009 est annulée. Le dossier est renvoyé à l'intimé pour calcul des prestations dues.

Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de 2'000 fr. lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA).

La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité n'est pas gratuite (art. 69 LAI). Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de 1'000 fr.

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'intimé du 30 novembre 2009.
4. Dit que le recourant a droit à une rente entière de l'assurance-invalidité à compter du 1^{er} février 2009.
5. Renvoie la cause à l'intimé pour calcul des prestations dues.
6. Condamne l'intimé à payer au recourant une indemnité de 2'000 fr. à titre de dépens.
7. Met un émolument de 1'000 fr. à la charge de l'intimé.
8. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF ; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Yaël BENZ

Karine STECK

La secrétaire-juriste : Christine PITTELOUD

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