

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1424/2007

ATAS/952/2007

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 1

du 4 septembre 2007

En la cause

Monsieur P_____, domicilié , 1227 CAROUGE, comparant
avec élection de domicile en l'étude de Maître BAIER Florian

recourant

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue
de Lyon 97, GENEVE

intimé

**Siégeant : Doris WANGELER, Présidente; Evelynne BOUCHAARA et Christine
TIRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur P _____, né le 1966, d'origine portugaise, vit en Suisse depuis 1992. Il a exercé une activité lucrative en qualité de manœuvre de chantier jusqu'au 2 juillet 2003, date à laquelle il a été victime d'un accident (chute en scooter), à la suite duquel il a souffert d'une fracture comminutive du condyle externe du fémur gauche et d'une fracture et luxation postérieure du coude gauche.
2. Il a déposé une demande de prestations AI auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après l'OCAI) le 25 mai 2004, visant à la prise en charge de mesures professionnelles ou à l'octroi d'une rente.
3. Le 27 octobre 2004, le Dr A _____, chef à la clinique de rééducation de Beau-Séjour, a énuméré les différentes limitations fonctionnelles présentées par son patient.
4. Dans un rapport établi le 1^{er} novembre 2004 sur demande de l'OCAI, le Dr B _____, chef à la clinique d'orthopédie, a posé les diagnostics de fracture consolidée de l'olécrane et du condyle externe du genou gauche, fragment du capitellum libre et exostose de la tête radiale limitant la supination. Il a estimé l'incapacité de travail de son patient à 100% depuis le jour de l'accident, indiqué que celui-ci se plaignait encore de douleurs à la marche et au niveau du coude gauche, précisé qu'il avait été procédé à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse tant pour le fémur que pour le coude le 5 octobre 2004, et ajouté que le cas n'était pas encore stabilisé.
5. Le Dr C _____, spécialiste FMH en chirurgie, médecin d'arrondissement de la SUVA, a examiné l'assuré le 13 décembre 2004. Il a constaté que celui-ci se plaignait essentiellement de douleurs au niveau du coude gauche et du genou gauche et présentait un déficit d'extension et de pro-supination au membre supérieur gauche et au niveau du genou une flexion maximum de 110° et une boiterie. Il a également relevé la présence d'une importante amyotrophie persistante au niveau du quadriceps gauche. Selon lui la situation n'est pas du tout stabilisée, et le patient ne montrait pas de signe d'exagération. Il lui a été proposé un séjour à la Clinique romande de réadaptation (CRR), à Sion.
6. Le Dr A _____ a confirmé le 14 décembre 2004 que l'assuré était incapable de travailler dans son ancienne profession mais que l'on pouvait exiger de lui qu'il exerce une autre activité. Il ne donne toutefois aucune précision sur le taux de cette activité.

Le 31 janvier 2005, il a indiqué que l'état de santé était stationnaire et que le patient devait se rendre à Sion le 16 janvier 2005. Il a répété qu'une autre activité était envisageable, tout en précisant qu' "actuellement l'état de santé du patient ne permet

pas de savoir dans quelle direction il peut envisager à une reconversion professionnelle". S'agissant de la mesure dans laquelle cette activité adaptée pourrait être exercée, le Dr A_____ a posé un point d'interrogation, précisant qu'il y aurait en tout cas diminution de rendement.

7. L'assuré a ainsi été hospitalisé à la CRR du 18 janvier au 16 février 2005. Il y a été constaté que sa capacité de travail dans sa profession d'aide-maçon était nulle (nécessité de passage à un travail plus léger en position assise avec peu de déplacements et non contraignant pour ses genoux). La situation a été considérée comme non encore stabilisée, selon l'avis de sortie du 16 février 2005.
8. Le Dr D_____, spécialiste FMH en psychiatrie, a également suivi l'assuré lors de son séjour à la CRR. De son rapport du 26 janvier 2005, il ressort que sur le plan psychiatrique, l'évaluation est pleinement rassurante, que le status psychiatrique est rigoureusement dans les limites de la norme et que le patient n'a aucune plainte d'ordre psychique.
9. Une imagerie par résonance magnétique (IRM) des genoux et des coudes a été pratiquée le 21 janvier 2005. Il en résulte les constatations suivantes :
 - Pour les genoux : Remaniements post-fracturaire du condyle fémoral externe gauche, sans trait fracturaire actuellement décelable. Status post-ablation du matériel d'ostéosynthèse fémoral distal gauche. Discret pincement fémoro-tibial externe gauche, pouvant témoigner d'une arthrose débutante, à confronter au contexte clinique.
 - Pour les coudes : Remaniements post-fracturaire de l'extrémité proximale du cubitus gauche, avec status post-ablation de matériel d'ostéosynthèse. Pas de trait fracturaire décelable. Minéralisation osseuse sans particularité. Interligne articulaire mal appréciable.
10. L'IRM du genou gauche effectuée le 14 février 2005 a révélé :
 - une altération du condyle fémoral externe se traduisant par un œdème osseux, altération de contour, irrégularité de la surface cartilagineuse : tous ces éléments étant des séquelles du traumatisme mentionné ;
 - une probable déchirure en anse de seau du ménisque externe, avec un petit fragment situé médialement par rapport au condyle fémoral externe sur les séquences coronales ;
 - un discret œdème du condyle fémoral interne dans sa partie antérieure.
11. Du rapport établi par les médecins de la CRR le 22 mars 2005, il résulte que 18 mois après le traumatisme initial et sa prise en charge thérapeutique, la situation médicale de ce patient, à la lumière des derniers éléments d'imagerie, n'est toujours

pas stabilisée. Dans tous les cas, il est illusoire d'espérer pour lui une reprise dans le secteur de la maçonnerie vu l'atteinte au genou gauche. La situation du coude gauche peut en revanche être considérée comme satisfaisante. L'assuré devra être reclassé dans une activité plus légère, plus sédentaire, non contraignante pour ses genoux et évitant le port de charges lourdes.

12. Le Dr C_____ a ainsi considéré, dans son rapport final du 11 mai 2005, qu'il existe un dommage permanent important au niveau du genou gauche qui ne permettra plus au patient de reprendre son activité de manœuvre dans le bâtiment et ceci de manière définitive.

Au niveau du coude gauche, le patient devrait pouvoir encore améliorer ses performances, notamment en ce qui concerne la force de préhension de la main gauche, car il n'y a aucune amyotrophie au niveau des loges musculaires de l'avant-bras.

En ce qui concerne le membre inférieur gauche, l'exigibilité n'est plus celle d'un travailleur de force, il ne peut travailler ni accroupi, ni à genoux, ni monter ou descendre des échelles ou porter des charges moyennes à lourdes. Il ne peut se déplacer que sur de courtes distances et il faut privilégier les travaux plus sédentaires.

Invité, sur demande de l'OCAI, à compléter son appréciation s'agissant de savoir si l'assuré pourrait travailler avec un horaire complet dans un travail adapté tenant compte des limitations indiquées dans son rapport du 11 mai 2005, le Dr C_____ s'est contenté de répondre "oui".

13. Le Dr B_____ a informé l'OCAI le 30 mai 2005 que le patient n'était plus venu à sa consultation depuis le 18 octobre 2004.
14. La SUVA a interrogé l'employeur afin de déterminer si celui-ci avait un poste adapté à proposer à l'assuré, poste adapté tenant compte du fait que celui-ci ne pouvait travailler ni accroupi ni à genoux, ni monter ou descendre des échelles ni porter des charges moyennes à lourdes et ne se déplacer que sur de courtes distances.

Celui-ci, par courrier du 9 juin 2005, a informé la SUVA qu'il ne disposait d'aucun poste qui puisse convenir aux limitations de la capacité de travail telles que décrites.

15. Le 15 juillet 2005, constatant qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement une amélioration notable des suites de l'accident, la SUVA a mis fin au paiement des soins médicaux. Elle a toutefois continué à payer l'indemnité journalière sur la base d'une incapacité de travail de 100%, ce jusqu'au

30 novembre 2005, date à laquelle elle avait d'ores et déjà annoncé qu'elle rendrait une décision quant au droit à une rente d'invalidité.

16. Dans une note du 23 décembre 2005, le Dr E _____, du Service médical régional AI (ci-après SMR), a fait siennes les conclusions du Dr C _____.
17. La division de réadaptation professionnelle a procédé à la comparaison des gains, soit d'un revenu avec invalidité de 49'134 fr., compte tenu d'une réduction de 15 %, avec un revenu sans invalidité de 55'587 fr. et a obtenu un degré d'invalidité de 11,6 %. L'assuré a été entendu par un collaborateur de ce service le 6 juin 2006. Un procès-verbal d'entretien a été dressé. Il est apparu que l'assuré n'avait pas les ressources personnelles lui permettant de se lancer dans un projet de réadaptation professionnelle. Il a semblé en effet persuadé qu'un retour dans le monde du travail lui était impossible par quel que chemin que ce soit. Une mesure d'observation professionnelle lui a été proposée lui étant rappelé les exigences de l'AI s'agissant de la motivation et de l'engagement personnel, et même après avoir compris qu'il s'agissait de la seule possibilité de prise en charge par l'AI, l'assuré n'a pas modifié sa position.
18. Par décision du 7 juin 2006, la SUVA a accordé à l'assuré une rente d'invalidité sur la base d'une incapacité de gain de 23 %, ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 25 %.
19. L'OCAI a adressé à l'assuré, le 6 juillet 2006, un projet de décision selon lequel le droit à une rente entière AI basée sur un taux d'invalidité de 100 % lui était reconnu du 2 juillet 2004 au 30 avril 2005, date à compter de laquelle il ne présentait plus qu'un degré d'invalidité de 12 %, soit un taux insuffisant pour justifier le maintien de la rente.
20. L'assuré, représenté par Me Florian BAIER, a relevé, par courrier du 6 octobre 2006, que l'instruction menée par l'OCAI était non seulement incomplète mais que les réponses des Drs C _____ et A _____ présentaient des points de vue apparemment opposés. Il sollicite dès lors de l'OCAI qu'il procède immédiatement à un examen médical satisfaisant aux exigences du droit d'être entendu et de la maxime d'office.
21. Invité à se déterminer, le Dr E _____ du SMR a, le 20 octobre 2006, motivé le projet de décision de l'OCAI comme suit :

"Au terme *de son examen*, le Dr C _____ a reconnu une incapacité de travail totale comme manœuvre dans la construction. Constatant qu'il ne s'était pas prononcé sur l'exigibilité dans une activité adaptée, une demande lui a été adressée dans ce sens. Par une note du 3 juin 2005, il a ainsi confirmé que l'assuré pourrait travailler à plein temps dans une activité adaptée. Nous avons logiquement admis que cette activité pouvait être exercée depuis l'examen final de la SUVA. Ces

conclusions ne sont absolument pas en contradiction avec celles du Dr A_____ (rapport du 27 octobre 2004). Ce dernier admet en effet qu'une autre activité est exigible de l'assuré. Les problèmes de langue et de niveau scolaire qu'il évoque pour nuancer sa réponse sortent du domaine médical et ne peuvent pas être pris en considération par l'AI. Dans son rapport du 31 janvier 2005, ce spécialiste confirme l'incapacité de travail totale comme manœuvre et annonce un séjour à la CRR de Sion. Il maintient qu'une certaine exigibilité persiste sans en préciser le taux. Quant au Dr B_____, il ne se prononce pas sur l'exigibilité (rapport du 1^{er} novembre 2004), considérant à juste titre que l'état de santé n'est pas stabilisé".

Le Dr E_____ entend ainsi démontrer qu'il est possible de répondre aux questions de l'assuré s'agissant du taux d'incapacité de travail comme manœuvre, du taux de capacité résiduelle de travail et à partir de quelle date une reprise de travail pourrait être envisagée. Selon le Dr E_____, une expertise est de ce fait tout à fait superflue.

22. Par décision du 6 février 2007, l'OCAI a confirmé à l'assuré l'octroi d'une rente entière d'invalidité du 1^{er} juillet 2004 au 30 avril 2005.
23. L'assuré ayant fait part à l'OCAI de son souhait de retrouver une petite activité, son dossier a été transmis au Service de placement de l'AI. Il s'est toutefois avéré que l'assuré étant en arrêt de travail à 100 % jusqu'au 16 mars 2007, le service ad hoc n'a pu traiter sa demande de placement.
24. L'assuré a interjeté recours le 5 avril 2007 contre la décision du 10 février 2007. Il a complété son recours le 30 avril 2007. Il s'indigne de ce que l'OCAI se soit uniquement fondé sur une télécopie de l'administration au médecin d'arrondissement de la SUVA, non motivée et non signée. Il relève également que selon les médecins, son cas n'est pas encore stabilisé. Il conclut dès lors à ce que le Tribunal de céans ordonne une expertise médicale judiciaire visant à déterminer sa capacité de travail résiduelle effective, et lui octroie une rente d'invalidité entière ou partielle en fonction de sa capacité de travail résiduelle médicalement établie.
25. Dans sa réponse du 18 juin 2007, l'OCAI a conclu au rejet du recours.
26. Le 17 juillet 2007, l'assuré a informé le Tribunal de céans que l'Office cantonal de l'emploi l'avait déclaré inapte au placement à 100 %.
27. Ce courrier a été transmis à l'OCAI et la cause gardée à juger.

EN DROIT

1. 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).

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant des modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-invalidité. 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 sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités). En ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, la LPGA et son ordonnance d'application s'appliquent sans réserve dès le jour de leur entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

Sur le fond, le Tribunal de céans relève que la décision litigieuse ayant été rendue en date du 6 février 2007 et statuant sur un état de fait juridiquement déterminant remontant à juillet 2003, le présent litige sera examiné à la lumière des dispositions de la LPGA. Il convient quoi qu'il en soit de relever que ces dispositions n'ont pas modifié la notion d'invalidité selon l'ancienne LAI et la jurisprudence du TFA y relative est toujours d'actualité.

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

3. Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 60 LPGA).
4. L'objet du litige porte sur le droit de l'assuré à des prestations AI.
5. Aux termes de l'art. 8 al. 1 et 3 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Les assurés majeurs qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique ou mentale et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une sont réputés invalides si l'atteinte les empêche d'accomplir leurs travaux habituels. Selon l'art. 4 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.
6. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut être raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte de sa santé physique ou mentale. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). 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 sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

7. Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins.
8. 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 119 V 470 consid. 2b, 116 V 249 consid. 1b et les arrêts cités; ATFA non publiés du 16 juin 2005, I 425/04 et U 174/04).

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. 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. A tout le moins, une évaluation entérinée par une décision entrée en force ne peut pas rester simplement ignorée.

Une appréciation divergente ne peut intervenir qu'à titre exceptionnel et seulement s'il existe des motifs suffisants. A cet égard, il ne suffit donc pas qu'une appréciation divergente soit soutenable, voire équivalente. Peuvent en revanche constituer des motifs suffisants le fait qu'une telle évaluation repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable ou encore qu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré. A ces motifs de divergence déjà reconnus antérieurement par la jurisprudence, il faut ajouter des mesures d'instruction extrêmement limitées et superficielles, ainsi qu'une évaluation pas du tout convaincante ou entachée d'inobjectivité (ATFA non publié du 30 novembre 2004, I 50/04).

9. 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).

10. Il y a lieu de constater qu'en l'espèce, les médecins sont unanimes pour considérer que l'assuré est incapable de travailler à 100% comme manœuvre de chantier, mais qu'il pourrait exercer une activité adaptée à ses diverses limitations fonctionnelles.

Force est toutefois de souligner que le Dr A _____ dit ne pas savoir quel serait le taux exigible, tout en prévoyant quoi qu'il en soit une diminution de rendement (cf. rapport du 30 janvier 2005) et que le Dr C _____ se borne à répondre par un laconique "oui" sans autre commentaire à la question de savoir si l'assuré pourrait travailler à plein temps dans un travail adapté.

Il y a également lieu de relever qu'en janvier 2005, le Dr A _____ déclare que l'état de santé de son patient n'étant pas encore stabilisé, ce qui est confirmé par les médecins de la CRR en mars 2005, il est difficile de déterminer à ce stade quel type de reconversion professionnelle serait indiqué.

La division de réadaptation professionnelle quant à elle a renoncé à mettre sur pied un projet de réadaptation professionnelle, considérant que l'assuré était persuadé qu'un retour dans le monde du travail lui est impossible, alors que précisément l'état de santé de celui-ci n'était pas encore stabilisé.

Il convient au surplus de rappeler que la SUVA a certes octroyé à l'assuré une rente sur la base d'une incapacité de gain de 23%. Elle lui a néanmoins versé des indemnités représentant un 100% jusqu'au 30 novembre 2005.

Le Tribunal de céans constate que les conclusions du Dr C _____, que le Dr E _____ fait sans autre siennes, ne sont pas motivées et que les points litigieux importants, à savoir quel est le taux d'incapacité de travail dans une activité adaptée, quel type d'activité serait compatible et depuis quelle date une reprise de travail serait envisageable, n'ont fait l'objet d'aucun examen complet et approfondi. On ne saurait dans ces conditions faire l'économie d'une instruction complète et sérieuse.

Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206). A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87)

11. Il se justifie dans le cas d'espèce et au vu de ce qui précède, de renvoyer la cause à l'OCAI pour instruction complémentaire.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Renvoie la cause à l'OCAI pour instruction complémentaire dans le sens des considérants.
4. Condamne l'intimé à verser au recourant la somme de 1'000 fr., à titre de participation à ses frais et dépens.
5. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'intimé.
6. 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

La Présidente

Marie-Louise QUELOZ

Doris WANGELER

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