

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3329/2009

ATAS/850/2010

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 4

du 25 août 2010

En la cause

Monsieur P _____, domicilié à BERNEX, représenté par
APAS - Association pour la permanence de défense des patientes et
des assurés, Madame Q _____

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Christine TARRIT-DESHUSSES et Olivier
LEVY, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur P _____, né en 1947, est arrivé en Suisse en 1964. Après l'obtention d'une demi-licence en sciences économiques à l'Université de Fribourg, l'assuré a interrompu ses études pour aider sa famille restée au Vietnam. Il a alors travaillé dans la restauration, en effectuant divers emplois dans ce cadre. En 1980, il a commencé à exploiter un restaurant à Montreux, ce durant 10 ans. Par la suite, il s'est installé à Genève et a géré un restaurant vietnamien jusqu'en 1996, époque où, selon l'assuré, son commerce a fait faillite. La même année, son divorce a été prononcé.
2. Dès 1996, suite au prononcé de la faillite et de son divorce, l'assuré a traversé une période difficile et a vécu dans la forêt genevoise, coupé de la société, parfois hébergé par des amis.
3. Sous l'impulsion de l'Hospice général et de ses amis, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après OAI), demande datée du 24 janvier 2008, mais déposée le 25 février 2008, visant à l'octroi d'une rente d'invalidité, au motif qu'il souffre d'une polyarthrite rhumatoïde.
4. En date du 21 février 2008, l'assuré a consulté un médecin, la Dresse A _____, spécialiste FMH en rhumatologie et en médecine interne, qui a certifié, selon attestation médicale du 28 février 2008, que l'assuré souffrait d'une polyarthrite rhumatoïde déformante et invalidante, sa capacité de travail étant alors nulle.
5. Dans un rapport du 10 mars 2008 établi à l'attention de l'OAI, la Dresse A _____ a confirmé son diagnostic. Le pronostic était défavorable, s'agissant d'une maladie chronique détruisant et déformant les articulations. L'incapacité de travail était totale depuis le 21 février 2008, date de la consultation, ce médecin précisant que le patient ne pouvait pas travailler auparavant, mais qu'il n'était pas suivi médicalement. Concernant les limitations professionnelles, le patient ne pouvait pas fermer complètement les mains, présentait une absence de force, une extension des coudes limitée ainsi qu'une abduction des épaules très limitée. La capacité de travail du patient était nulle, que ce soit dans son activité habituelle ou dans une activité adaptée.
6. En date du 7 mai 2008, le SMR Suisse romande (ci-après SMR) a préconisé la mise en place d'une enquête ménagère pour déterminer les limitations fonctionnelles.
7. L'OAI a diligenté une enquête économique sur le ménage qui a été effectuée au domicile de l'assuré en date du 1^{er} juillet 2008. L'enquêtrice a retenu un statut mixte, l'assuré ayant déclaré vouloir travailler à 60 %, s'il était en bonne santé.

Selon ses dires, il avait assez travaillé dans sa vie et ses besoins actuels étaient modestes. Le degré d'invalidité retenu dans les activités ménagères est de 40.73 %.

8. En date du 8 août 2008, le SMR, sous la plume du Dr B_____, mentionnait que l'atteinte à la santé est incapacitante mais non chiffrée. Selon l'enquête ménagère, une incapacité de travail de 40 % semblait plausible. L'atteinte avait débuté le 21 février 2008.
9. Par rapport médical intermédiaire du 21 janvier 2009 établi à la demande de l'OAI, la Dresse A_____ indiquait ne pas avoir vu le patient depuis la dernière consultation du 21 février 2008.
10. En date du 6 février 2009, le SMR indiquait que l'atteinte est évolutive et que l'incapacité de travail est de 40 % selon l'enquête ménagère, ce taux concordant aux éléments du rapport médical de la Dresse A_____. L'avis émis en date du 8 août 2008 demeurait ainsi valable.
11. Selon projet d'acceptation de rente du 26 février 2009, l'OAI entendait octroyer à l'assuré un quart de rente.
12. Par pli du 15 mars 2010, l'assuré s'est opposé au projet d'acceptation, arguant que sa capacité de travail est nulle, déjà depuis le mois de février 2008 au moins, et que l'OAI n'a pas tenu compte de l'aggravation de son état de santé depuis l'enquête ménagère.
13. Par décision du 23 juillet 2009, l'OAI a octroyé un quart de rente en faveur de l'assuré dès le 1^{er} janvier 2009, motif pris qu'au vu de l'atteinte à la santé, une incapacité de travail de 40% était admissible, tant sur le plan professionnel que ménager. L'OAI rejetait les contestations de l'assuré.
14. Par l'intermédiaire de son conseil, l'assuré interjette recours en date du 14 septembre 2009. En substance, il conteste le taux de capacité de travail retenu par l'OAI, dès lors qu'il n'a pas été tenu compte de l'appréciation de la Dresse A_____. Il expose également que l'enquête ménagère a été établie sur un malentendu. Il conclut à l'octroi d'un délai supplémentaire pour compléter son recours, à l'annulation de la décision querellée et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.
15. Dans son écriture complémentaire du 14 octobre 2009, le recourant soutient que sa capacité de travail est nulle, en raison de son atteinte à la santé, causant des déformations importantes des articulations, l'empêchant de fermer complètement les mains, n'ayant plus de force suffisante pour éplucher un légume ou tenir un fer-à-repasser. Il expose également que le droit à la rente s'ouvre dès juin 2008, soit six mois à compter de la date à laquelle le recourant a fait valoir son droit aux prestations. Il conteste également la méthode d'évaluation retenue par l'intimé. Le

recourant ne conteste pas avoir déclaré qu'il se contenterait de travailler à 60 % s'il était en bonne santé. Toutefois, il expose que sa réponse a été formulée naïvement, sans qu'il n'ait jamais réfléchi auparavant à cette question, et sans en avoir évalué la faisabilité. Il estime donc que l'invalidité doit être calculée sur une activité salariée à 100%. Le recourant conteste la pertinence de l'enquête ménagère dès lors qu'il n'effectue aucune tâche à ce titre. De surcroît, il conteste les taux d'empêchement retenus par l'enquêtrice, au motif qu'ils ne correspondraient pas à la réalité, sa capacité dans la sphère ménagère étant nulle. Du moins, et selon le recourant, une activité ménagère ne serait pas exigible. Le recourant conclut à l'annulation de la décision querellée et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière dès le 1^{er} juin 2008.

16. Dans sa réponse du 3 décembre 2009, l'intimé conclut au rejet du recours. Selon l'intimé, l'enquête ménagère était parfaitement légitime, dès lors que le recourant ne travaille plus depuis 12 ans. Quant au taux de l'activité ménagère de 40 %, il ressort des premières déclarations du recourant. Enfin, se fondant sur un avis du SMR du 3 décembre 2009, à teneur duquel ledit service ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail exigible de l'assuré (en dehors du ménage), l'intimé propose de compléter l'instruction médicale, en procédant à l'audition de la Dresse A_____.
17. Dans ses observations complémentaires du 21 décembre 2009, le recourant ne s'oppose pas à l'audition de la Dresse A_____ et propose, en fonction de l'audition de ce médecin, la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique, voire psychiatrique. Le recourant maintient pour le surplus ses arguments et conclusions.
18. Le Tribunal de céans a entendu les parties en comparution personnelle le 10 février 2010. Le recourant a déclaré que lorsqu'il avait cessé son activité lucrative en 1996, il avait quelques faiblesses mais pas encore de graves problèmes. Cela faisait cinq à six ans qu'il souffrait de polyarthrite et que sa santé s'était aggravée avec des déformations des mains, des pieds, des genoux et des chevilles. La Dresse A_____ est le premier médecin qu'il a consulté dans sa vie. L'intimé a pour sa part déclaré que le SMR s'était fondé sur l'enquête ménagère pour conclure à une incapacité de 40 %.
19. En date du 21 avril 2010, le Tribunal de céans a entendu la Dresse A_____ en audience d'enquêtes. Elle a déclaré avoir vu le recourant, pour la première et dernière fois, lors de la consultation du 21 février 2008. Elle a confirmé son diagnostic, soit une polyarthrite rhumatoïde déformante et invalidante, diagnostic établi sur la base d'un examen clinique. Vu l'état de santé présenté par le recourant au mois de février 2008, le témoin pensait qu'il devait souffrir de cette maladie depuis cinq à dix ans, sans toutefois pouvoir dire quand est-ce que la maladie est devenue invalidante. Elle a confirmé avoir constaté, lors de la consultation du mois de février 2008, des déformations des mains, des coudes, des poignets et des épaules. Ces déformations pourraient dater de 6 mois comme de 10 ans. En l'absence de bilan radiologique, elle ne peut toutefois pas se prononcer, étant

précisé qu'elle n'avait jamais vu quelqu'un qui présentait de telles déformations en moins de 6 mois. Le témoin a également déclaré que le jour de l'examen du mois de février 2008, le recourant était totalement incapable de travailler dans n'importe quelle profession. Dans les tâches ménagères, la situation est également difficile et les patients qui souffrent d'une telle maladie doivent se faire aider. Le témoin a rappelé que le recourant ne prenait pas de médicaments. Les traitements de fond actuels enlèvent entre 50 % et 90 % des douleurs et inflammations, mais ne guérissent pas la maladie. Quant aux déformations, elles subsistent. Toutefois, certains nouveaux traitements (anti-TNF) permettent d'éviter l'aggravation des déformations, dans environ 80 % des cas. Quant à la situation du recourant, un traitement aurait pu améliorer les douleurs probablement, sans toutefois pouvoir conclure à une efficacité de 100 %. La Dresse A_____ a également déclaré qu'avec un traitement anti-inflammatoire, les patients retrouvent un peu de force, vu l'atténuation des douleurs et de l'inflammation. Toutefois, pour un patient exerçant un métier tel que maçon, un traitement n'entraînera pas une récupération de sa capacité de travail. En revanche, un patient qui exerce une activité légère, par exemple dans un bureau, peut travailler à 100 % avec des médicaments, dans certains cas. Enfin, la Dresse A_____ a déclaré que, selon son souvenir, les mains du recourant étaient moins déformées lors de la consultation de février 2008. Au vu de la déformation spécialement très avancée présentée par le recourant, le témoin pense qu'un traitement pourrait soulager les douleurs, mais qu'une récupération de la mobilité et de la dextérité n'est pas envisageable.

20. Suite à un délai octroyé par le Tribunal de céans à l'intimé, ce dernier a maintenu ses conclusions par écriture du 4 mai 2010.
21. Après communication de cette écriture au recourant, la cause a été gardée à juger.

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) qui sont 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. 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 et les références). Les règles de procédure s'appliquent quant à elles sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b).

En l'espèce, l'objet du litige porte sur une demande de prestations datée du 24 janvier 2008. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003 et s'applique donc au cas d'espèce. Tel est également le cas des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004 et celles du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision de la LAI), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008.

3. Interjeté dans les forme et délai prescrits, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA).
4. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement sur son statut et son degré d'invalidité.

a) Aux termes de l'art. 8 al. 1^{er} LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1^{er} LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. 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).

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.

b) Selon l'art. 4 al. 2 LAI, l'invalidité est réputée survenue 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.

c) En vertu de l'art. 28a LAI, l'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative (al. 1^{er}). L'invalidité de

l'assuré qui n'exerce pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'il en entreprenne une est évaluée, en dérogation à l'art. 16 LPGA, en fonction de son incapacité à accomplir ses travaux habituels (al. 2). 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 (méthode mixte). S'il accomplit ses travaux habituels, l'invalidité est fixée selon l'al. 2 pour cette activité-là. 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 (al. 3).

Toutefois, lorsqu'il y a lieu d'admettre que si l'assuré ne souffrait d'aucune atteinte à la santé, il exercerait, au moment de l'examen de son droit à la rente, une activité lucrative à temps complet, l'invalidité est évaluée exclusivement selon les principes applicables aux personnes exerçant une activité lucrative (art. 27^{bis} RAI).

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.

S'agissant de la méthode mixte, pour déterminer la part de l'activité lucrative par rapport à celle consacrée aux travaux ménagers, il convient d'examiner ce que ferait l'assuré dans les mêmes circonstances s'il n'était pas atteint dans sa santé. Il faut tenir compte de la situation familiale, sociale et professionnelle, ainsi que des tâches d'éducation et de soins à l'égard des enfants, de l'âge, des aptitudes professionnelles, de la formation, des dispositions et des prédispositions. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de la situation telle qu'elle s'est développée jusqu'au moment où l'administration a pris sa décision, encore que, pour admettre l'éventualité selon laquelle l'assuré aurait exercé une activité lucrative s'il avait été en bonne santé, il faille que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 125 V 146 consid. 2c).

Pour déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question, il faut évaluer, d'une part, l'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités et, d'autre part, l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus (art. 16 LPGA) ; on pourra alors déterminer l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activité. La part de l'activité professionnelle dans l'ensemble des travaux de l'assuré est déterminée en comparant l'horaire de travail usuel dans la profession en question et l'horaire accompli par l'assuré

valide ; on calcule donc le rapport en pour-cent entre ces deux valeurs. La part des travaux habituels constitue le reste du pourcentage (cf. ATF 130 V 393 consid. 3.3 et les références, 104 V 136 consid. 2a).

5. 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, à ce motif, 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 et les références).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. 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 qu'enfin, 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 157 consid. 1c et les références ; ATF non publié du 23 juin 2008, 9C_773/2007, consid. 2.1).

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).

6. En l'espèce, il est admis par les parties que le recourant souffre d'une polyarthrite rhumatoïde déformante et invalidante. Dans son rapport médical du 10 mars 2008,

confirmé lors de l'audience du 21 avril 2010, la Dresse A_____ a certifié que la capacité de travail du recourant était nulle, quelle que soit l'activité envisagée, au moins dès le 21 février 2008, date de la première consultation. Le diagnostic a été posé sur la base d'un examen clinique complet, de sorte que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires, ne renfermant pas de contradiction. Le médecin a dûment motivé les raisons pour lesquelles la capacité de travail du recourant était nulle, que ce soit dans son activité habituelle ou dans une activité adaptée.

Aussi, il convient de conférer pleine valeur probante à l'avis médical de la Dresse A_____.

A cet égard, force est de constater que l'intimé ne conteste pas l'avis de la Dresse A_____. Il en va de même du SMR qui s'est limité à se référer, sans motivation, aux résultats de l'enquête ménagère, pourtant sans pertinence quant à la capacité de travail du recourant. Par ailleurs, il est le lieu de rappeler que l'intimé, dans son écriture du 3 décembre 2009, a sollicité du Tribunal de céans une instruction médicale complémentaire, en vue d'auditionner la Dresse A_____, laquelle a confirmé, lors de l'audience du 21 avril 2010, ses conclusions médicales. L'intimé n'a pas contesté, dans son écriture du 4 mai 2010, et dans le cadre de la procédure en général, les raisons pour lesquelles l'avis émis par la spécialiste en rhumatologie ne serait pas soutenable.

Le Tribunal de céans ne saurait donc remettre en cause la valeur probante de l'avis de la Dresse A_____, qui n'est, au demeurant, ni contesté ni contredit par l'intimé. Aussi, il y a lieu d'admettre que la capacité de travail du recourant est nulle, quelle que soit l'activité envisagée.

7. Dès lors, il sied de procéder au calcul du degré d'invalidité. Le recourant conteste l'application de la méthode mixte d'évaluation appliquée par l'intimé. En effet, il expose que sans ses atteintes à la santé, il travaillerait à 100% et non à 60%, arguant que, lors de l'enquête ménagère, sa réponse a été formulée naïvement, sans qu'il n'ait jamais réfléchi auparavant à cette question, et sans en avoir évalué la faisabilité. Toutefois, et pour les motifs qui suivent, la question peut rester ouverte, dès lors que, quel que soit le statut du recourant, il a droit à une rente entière d'invalidité. En effet, et en suivant la formule consacrée dans la Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (chiffre 3110 CIIAI, méthode mixte) établie par l'OFAS (valable dès 1^{er} janvier 2010), les données idoines sont les suivantes: le temps consacré par le recourant en tant que personne non invalide exerçant une activité lucrative en heures par semaine est de 25,2 heures (60% de 42 heures). Le recourant s'occupe de son ménage à raison de 16,8 heures (42 heures - 25,2 heures). En retenant un taux d'invalidité ménagère de 40,73 % et une incapacité de travail en tant que personne exerçant une activité lucrative de 100%, le degré d'invalidité s'établit comme suit:

$[(25.2 \times 100\%) + (16.8 \times 40.73\%)] / 42 = 76.29 \%$.

Un taux d'invalidité dès 70 % ouvre donc le droit à une rente entière d'invalidité. A considérer, comme le soutient le recourant, qu'il aurait travaillé à 100 % sans ses atteintes à la santé, il aurait également droit à une rente entière d'invalidité, dès lors que sa capacité de travail est nulle tant son activité habituelle que dans une activité adaptée.

Quant à l'ouverture du droit à la rente, le recourant soutient que compte tenu du stade avancé de sa maladie, l'incapacité existait déjà plus de six mois avant le dépôt de la demande du mois de janvier 2008, ouvrant ainsi le droit à la rente dès le mois de juin 2008, conformément à l'art. 29 al. 1 LAI.

Dans son rapport médical du 10 mars 2008, la Dresse A_____ indique que l'incapacité de travail était totale depuis le 21 février 2008, date de la consultation, ce médecin précisant que le recourant ne pouvait toutefois pas travailler avant. Lors de son audition, la praticienne a déclaré que les déformations dont souffre le recourant pourraient dater de 6 mois comme de 10 ans. En l'absence d'un bilan radiologique, elle n'était toutefois pas en mesure de se prononcer formellement, tout en précisant qu'elle n'avait jamais vu de patient qui présentait de telles déformations en moins de 6 mois.

Eu égard à ce qui précède, il y a lieu d'admettre, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'incapacité de travail du recourant remonte au moins à 6 mois avant la date de la première consultation, soit au mois d'août 2007, dès lors que la Dresse A_____ atteste qu'à ce moment-là, le recourant était déjà incapable de travailler. Ce médecin n'avait en effet jamais rencontré une telle progression de la maladie en moins de 6 mois.

A cet égard, la cinquième révision a modifié les règles relatives à la naissance du droit à la rente, qui, pour autant que les conditions du droit soient réunies (art. 28 al. 1 LAI), 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 LPGA (cf. ATF non publié du 28 août 2008, 8C_373/08, consid. 2.1). Toutefois, dans la mesure où l'incapacité de travail significative a commencé à courir en août 2007 et où le délai d'attente d'une année de l'art. 29 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007) est parvenu à échéance en août 2008, ce sont les anciennes dispositions qui s'appliquent, bien que la décision entreprise soit postérieure à leur entrée en vigueur, de même que le dépôt de la demande de prestations. Cette interprétation est au demeurant codifiée dans la lettre-circulaire n° 253 de l'OFAS, du 12 décembre 2007, La 5^{ème} révision de l'AI et le droit transitoire.

Par conséquent, la rente doit être octroyée à compter du 1^{er} août 2008, soit dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 3 LAI).

Pour ces motifs, le droit à la rente ne s'est pas ouvert le 1^{er} janvier 2009, comme l'a retenu l'intimé dans la décision querellée, qui avait fixé le début de l'incapacité de travail au mois de janvier 2008, sans motivation à ce sujet. De même, le Tribunal de céans ne saurait suivre le recourant qui soutient que le droit à la rente s'est ouvert le 1^{er} juin 2008, soit seulement dix mois après le début de l'incapacité totale de travail.

8. Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis.
9. Le recourant a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que le Tribunal fixe en l'espèce à 1'500 fr. (art. 89H al. 3 LPA; art. 61 let. g LPGA).
10. Pour le surplus, un émolument de 500 fr. est mis à la charge de l'intimé (cf. art. 69 al. 1bis LAI).

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement et annule la décision du 23 juillet 2009.
3. Dit que le recourant doit être mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité, dès le 1^{er} août 2008.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour le calcul des prestations dues.
5. Condamne l'intimé à payer au recourant la somme de 1'500 fr. à titre de participation à ses frais et dépens.
6. Met un émolument de 500 fr. à la charge de l'intimé.
7. 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

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDE

Le secrétaire-juriste :
Jean-Martin DROZ

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