

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4089/2008

ATAS/927/2009

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 4

du 15 juillet 2009

En la cause

Monsieur O _____, domicilié à GENEVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Daniel MEYER

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Christine LUZZATTO et Dana DORDEA,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur O _____, de nationalité suisse et portugaise, marié et père de famille, vit en Suisse depuis 1978. Depuis son entrée en Suisse, il a travaillé en qualité de maçon, son dernier employeur ayant été l'entreprise X _____ SA.
2. Le 16 avril 2004, le Dresse A _____, spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales a indiqué à l'ALLIANZ SUISSE SOCIETE D'ASSURANCE, assureur perte de gain de l'employeur de l'assuré, que son patient souffrait d'une lombalgie-sciatalgie droite chronique sur H.D. L5-S1 droite et que partant, son pronostic était réservé en raison de rechutes de plus en plus fréquentes vu l'activité professionnelle de ce dernier.
3. En date du 14 juin 2004, l'assuré a déposé une demande auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après OCAI) visant au reclassement dans une nouvelle profession. Sa demande était motivée par des discopathies L4-L5, une protusion discale L5-S1 et de l'arthrose au niveau des hanches.
4. Un rapport médical du 28 juin 2004 émanant du Dr B _____, spécialiste FMH en neurochirurgie, mentionnait que Monsieur O _____ souffrait d'une petite hernie discale L5-S droite. A l'époque du dernier examen de ce médecin, lequel datait de décembre 2003, il n'y avait pas d'indication opératoire.
5. L'inspecteur de sinistre d'ALLIANZ SUISSE, a indiqué dans un rapport daté du 19 juillet 2004, que Monsieur O _____ souffrait depuis l'âge de 30 ans de dorso-lombalgies plus ou moins sévères, lesquelles s'étaient aggravées depuis environ deux ans. En outre depuis le début de l'année 2003, ces dorso-lombalgies s'étaient compliquées par des cervicalgies. Les douleurs étaient décrites par l'assuré comme étant violentes, mais irrégulières c'est-à-dire en dent de scie. Ce dernier a par ailleurs mentionné à l'inspecteur qu'il avait des difficultés lorsqu'il se trouvait dans la position assise plus de trente minutes et, dans la même proportion, lorsqu'il était debout, qu'il pouvait toutefois effectuer une marche lente avec des stations régulières durant un kilomètre par jour. En outre, sa mobilité du corps était réduite et déclenchait des douleurs dans tous les mouvements de rotation et de flexion latérale gauche et droite, de même que lorsqu'il cambrait son dos. Enfin, son sommeil était parfois rendu difficile par les douleurs.
6. La Dresse A _____, a indiqué, dans un rapport médical daté du 23 août 2004 que son patient souffrait d'une lombo-sciatalgie droite chronique sur H.D. L5-S1 droite, ayant des répercussion sur la capacité de travail. Elle a par ailleurs mentionné que lesdites lombalgies chroniques étaient présentes depuis des années et qu'elles tendaient vers une chronicité. Ces douleurs ont occasionné plusieurs incapacités de travail, respectivement de 100% du 23 mai 2003 jusqu'au 23 août

2004 et de 50 % du 26 avril 2004 à la fin du mois de mai 2004. L'incapacité de travail de l'assuré a par ailleurs été de 100 % jusqu'à ce jour avec toutefois une nette amélioration de sa situation durant le mois de novembre 2007.

7. Dans l'annexe au rapport médical daté du 23 août 2004, le Dresse A _____ a, en outre, précisé que l'activité exercée par l'assuré jusqu'alors n'était à présent plus envisageable, que le rendement dans cette activité ne pouvait plus être amélioré et qu'il y avait une diminution générale du rendement de son patient dès lors qu'il devait éviter certaines positions et ne pouvait plus porter de poids importants. Elle a toutefois indiqué qu'une autre activité pouvait être exigée, dans l'hypothèse où cette dernière serait moins contraignante physiquement.
8. Le médecin traitant de Monsieur O _____ a notamment déterminé, dans un rapport médical du 29 octobre 2004 concernant les capacités professionnelles de son patient, que son patient ne pouvait se tenir dans la position assise plus d'une heure d'affilée, qu'il pouvait se tenir debout environ 3 à 4 heures par jour dans l'hypothèse où il lui était permis de marcher de temps à autre, que la position accroupie lui était difficile, qu'il pouvait marcher au maximum pendant trois heures par jour et, enfin, qu'il lui était possible de soulever des charges d'un poids égal ou inférieur à 15 Kg.
9. Une imagerie par résonnance magnétique (IRM) cervicale effectuée par le Dr C _____, spécialiste en neuroradiologie, le 2 novembre 2004, a mis en évidence que Monsieur O _____ souffrait d'une raideur du segment cervical avec ébauche d'inversion de la lordose physiologique et de discrètes discopathies C4-C5 et C5-C6 sans image de conflit disco-radiculaire.
10. Dans un rapport d'examen du SERVICE MEDICAL REGIONAL AI POUR LA SUISSE ROMANDE (ci-après, SMR Léman) effectué le 21 juillet 2005, le Dr D _____ a indiqué qu'au vu des éléments qui précèdent et conformément à la demande faite par l'assuré, l'octroi d'une mesure d'ordre professionnelle était indiquée.
11. La Dresse A _____ a mis en évidence, dans un rapport médical intermédiaire du 19 janvier 2007, que son patient souffrait d'une augmentation des douleurs cervicales alors que les problèmes lombaires restaient, quant à eux, stationnaires. En outre, les traitements prescrits en relation avec les douleurs indiquées étaient des anti-inflammatoires, des analgésiques, des myorelaxants selon ses besoins et, enfin, des séances épisodiques de physiothérapie.
12. Le Dr E _____, médecin au SMR, a mentionné, dans un rapport daté du 19 février 2007, que l'état de l'assuré restait inchangé au niveau lombaire et qu'il convenait d'éviter que ce dernier fasse des flexions excessives de la nuque en raison de cervicalgies sur discrètes discopathies.

13. Un rapport d'évaluation de l'Entreprise sociale privée PRO (ci-après, entreprise PRO) a été effectué le 17 décembre 2007 par Monsieur P_____, directeur et Madame Q_____, assistante, à l'issu d'un stage d'observation. Ledit rapport indiquait que dès la septième semaine de stage, Monsieur O_____ a fait part d'intenses douleurs dans les cuisses qui ont entravé sa capacité d'utiliser les escaliers. Ces douleurs présentes durant deux semaines ont incité l'assuré à prendre deux fois un jour et demi de congé. Au début de la dixième semaine de stage, ce dernier à éprouvé des douleurs aux articulations des genoux et a eu très mal au dos. A la fin de ladite semaine, il a poussé un cageot dans l'atelier et a ainsi dû quitter son poste étant incapable de se mouvoir. Ce rapport mentionnait, en outre, dans ses conclusion les éléments suivants : " *Monsieur O_____ possède de très bonnes qualités de travail, et un rendement en temps compatible avec une reprise d'activité dans le marché économique traditionnel. Cependant, tant en début de stage qu'en fin de stage, l'assuré s'est montré assez révolté à l'idée de devoir reprendre une activité dans son état. En outre, il ne se voyait pas du tout solliciter un emploi de lui-même auprès d'un employeur, ayant tenté- sans succès - d'y parvenir avant le début du stage. Aussi lorsqu'il lui a été proposé d'occuper un poste plus intéressant financièrement, le stagiaire s'est tout d'abord montré plutôt réfractaire. Après un temps de réflexion, Monsieur O_____ a finalement accepté la proposition (...).*" Plus précisément, le rendement de l'assuré a été estimé entre 95 % et 100 %.
14. Dans un rapport médical intermédiaire du 12 mai 2008, la Dresse A_____ a indiqué, en sus de ce qui précède, que ce qui, selon elle, rendait la reprise de travail difficile pour son patient et avait par ailleurs justifié un arrêt de travail durant le stage d'observation, était la survenance répétée de blocages, même dans un contexte de tâches légères, à domicile, et même au repos.
15. Suite au rapport de l'entreprise PRO, le Dr E_____ a rédigé un avis médical en date du 20 mai 2008, dans lequel il a mentionné que seule une activité légère était envisageable, qu'une activité à 100 % lui paraissait trop importante et qu'il fallait admettre une légère baisse de rendement à raison de 20 % afin que le taux retenu puisse être tenu à long terme.
16. Dans son rapport final de réadaptation professionnelle du 9 juin 2008, l'OCAI a décidé de clore le mandat de réadaptation notamment en raison du fait que l'assuré était lui-même persuadé qu'il n'était pas capable de travailler et a estimé, en outre, que le degré d'invalidité de Monsieur O_____ s'élevait à 43 % dès l'année 2004. En outre, figurait dans le paragraphe intitulé "*rappel de la situation et discussion*" dudit rapport que l'assuré estimait que son état de santé s'était aggravé en ce qui concerne ses cervicales et sa gorge, étant toutefois disposé à effectuer un stage.

17. Par trois décisions datées du 14 octobre 2008, l'OCAI a retenu un degré d'invalidité de 43 % donnant droit à un quart de rente d'invalidité depuis le 1^{er} mai 2004. Ce résultat tenait compte, pour l'activité avec invalidité, d'une diminution de rendement de 20 % et d'une réduction supplémentaire de 15 %.
18. L'assuré a interjeté recours contre ladite décision le 13 novembre 2008. Il a fait grief de ce que la décision rendue par l'OCAI ne mentionne pas quel type d'activité serait adaptée à ses nombreuses limitations fonctionnelles, que, de surcroît, les activités exercées durant son stage ne correspondaient à aucune activité réelle, qu'en outre, durant ledit stage, il a travaillé à son rythme tout en alternant les positions et que partant, il était, selon lui, surprenant qu'aucune diminution de rendement n'ait été retenue. En outre, il a allégué que compte tenu des atteintes rhumatologiques dont il souffrait, il n'était pas admissible de fixer sa capacité résiduelle de travail à 80 % dans le cadre d'une activité adaptée, mais que cette dernière s'élevait tout au plus à 50 %, conformément au rapport médical de son médecin traitant ; il convenait, en outre, d'ajouter à ce pourcentage une diminution de rendement. Le recourant a, enfin, contesté le pourcentage de l'abattement retenu par l'autorité qu'il estime, quant à lui, à 25 %.
19. Dans sa réponse du 21 janvier 2009, l'OCAI a conclu au rejet du recours, se fondant sur les avis du SMR qui renaient une capacité de travail totale dans une activité adaptée.
20. Cette écriture a été communiquée au recourant, sur quoi, la cause a été 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).

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

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1er 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 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En particulier, les dispositions de la novelle du 21

mars 2003 modifiant la LAI (4e révision), entrées en vigueur le 1er janvier 2004 (RO 2003 3852), et celles de la nouvelle du 6 octobre 2006 (5e révision), entrées en vigueur le 1er janvier 2008, sont régies par ce principe. D'autre part, le juge des assurances sociales se doit, en règle générale, d'apprécier la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références citées).

En l'espèce, les faits déterminants s'étant réalisés en partie avant et en partie après l'entrée en vigueur de la nouvelle du 6 octobre 2006, le droit aux prestations doit être examiné au regard de l'ancien droit pour ce qui concerne les faits survenus avant le 31 décembre 2007 et au regard de la nouvelle réglementation légale pour les faits survenus après cette date.

Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de l'entrée en vigueur de la LPGA (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

3. Interjeté dans la forme et le délai prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA).
4. L'objet du litige consiste à déterminer si le recourant présente une atteinte à la santé susceptible de lui donner droit à une demi- rente.
5. Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur du 1er janvier 2004 au 31 décembre 2007 (art. 28 al. 2 LAI dès le 1er janvier 2008), l'assuré a droit 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.

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. S'agissant du droit à une rente, la survenance de l'invalidité se situe au moment où il prend naissance, conformément à l'art. 29 al. 1 LAI dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, soit dès que l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins ou dès qu'il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable, mais au plus tôt le premier jour du mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 2 aLAI ; ATF 126 V 5 consid. 2b et les références). Il y a interruption notable de l'incapacité de travail au sens de l'art. 29 al. 1 LAI, lorsque l'assuré a été entièrement apte au travail pendant trente jours consécutifs au moins (cf. art. 29ter RAI).

6. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré

sur 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).

b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4 et les références).

c) 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 est 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 du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 122 V 160 consid. 1c.).

d) S'agissant des rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux

dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

e) L'appréciation de la situation médicale d'un assuré ne se résume pas à trancher, sur la base de critères formels, la question de savoir quel est parmi les rapports médicaux versés au dossier celui qui remplit au mieux les critères jurisprudentiels en matière de valeur probante, puis à s'en approprier les conclusions. Si la provenance et la qualité formelle sont des facteurs permettant de pondérer la portée de différents rapports médicaux, seul leur contenu matériel permet en fin de compte de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si le Tribunal fédéral tient compte de la différence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (cf. arrêts du Tribunal fédéral non publiés 9C_701/2007 du 20 juin 2008, consid. 3.3 et 9C_897/2007 du 8 juillet 2008 et les références), il n'a jamais établi une hiérarchie entre les divers types d'expertises médicales (cf. arrêt du Tribunal fédéral non publié du 15 septembre 2008, 9C_885/2007, consid. 3.2).

7. a) Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'administration ou le juge. Sont pertinents tous les faits dont l'existence peut influencer d'une manière ou d'une autre le jugement relatif à la prétention litigieuse. Les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994, 220 consid. 4a).

b) D'après l'art. 43 al. 1 LPGa, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (principe inquisitoire; voir ATF 125 V 195 consid. 2 et les références). L'instruction d'office a, toutefois, des limites. En effet, ce principe ne signifie pas que l'administration devrait examiner d'office tout ce qui est affirmé. Elle doit seulement clarifier l'état de fait, lorsqu'il existe encore des incertitudes et des éléments peu clairs. (cf. ATF 100 V 63). Par ailleurs, l'assureur peut considérer qu'un fait est prouvé et renoncer à de plus amples mesures d'instruction lorsqu'au terme d'un examen objectif, il ne conçoit plus de doutes sérieux sur l'existence de ce fait (cf. ATF 130 III 321 consid. 3.2, p. 324; SVR 2007 IV n° 31 p. 111 [I 455/06], consid. 4.1). Si de tels doutes subsistent, il lui appartient de compléter l'instruction de la cause, pour autant que l'on puisse attendre un résultat probant des mesures d'instruction entrant raisonnablement en considération.

c) Selon la jurisprudence, 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'assureur, 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 (ATF 122 V 163 consid. 1d, RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206). 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).

8. En l'espèce, il ressort des pièces du dossier que le médecin traitant a estimé la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée à 50 %. L'OCAI, dans son avis médical du 20 mai 2008 a, en revanche, estimé ladite capacité à 80%.

Pour parvenir à cette conclusion, ce dernier s'est basé, d'une part, sur deux rapports médicaux établis par le SMR respectivement les 21 juillet 2005 et 19 février 2007 et, d'autre part, sur le rapport d'évaluation effectué par l'entreprise PRO.

Or, s'agissant tout d'abord des deux rapports médicaux, lesquels font respectivement une et deux pages, on ne peut considérer qu'ils ont été solidement motivés par les médecins du SMR.

En outre, il résulte desdits rapport que les médecins se sont contentés de fixer la capacité résiduelle de travailler du recourant en se basant exclusivement sur les pièces figurant au dossier, aucune consultation médicale n'ayant eu lieu avec ce dernier. Par ailleurs, il ressort du rapport d'examen du SMR Léman du 21 juillet 2005 que certains rapports radiologiques n'ont pas été remis à l'OCAI. Au surplus aucune expertise n'a été effectuée. Enfin, l'IRM figurant au dossier date d'il y a plus de cinq ans. Or, lors d'un entretien avec l'office qui s'est tenu le 1^{er} décembre 2006, Monsieur O _____ a mentionné, une première fois, que son état de santé s'était aggravé. Il est fait également mention de l'exacerbation des douleurs, par le recourant, dans le rapport d'évaluation du 17 décembre 2007, ainsi que par son médecin traitant, dans un rapport médical du 12 mai 2008. Ceci aurait dû conduire l'intimé à effectuer une expertise médicale afin de clarifier la situation. Ainsi, il ne peut être admis que les rapports médicaux ont été établis sur la base d'examens complets, ni que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude fouillée, pas plus que les douleurs du patient aient été prises en considération lors de la fixation de l'incapacité de travail dans une activité adaptée.

S'agissant du rapport d'évaluation effectué par l'entreprise PRO, lequel a également été pris en considération par l'OCAI en tant que complément aux données médicales, il convient de rappeler que certes, comme le soutient l'intimé, ledit rapport est effectué par des maîtres de stage; leur appréciation ne saurait toutefois se substituer à celle de médecins spécialisés. En outre, le rendement estimé entre 95 % et 100 % par lesdits maître de stage ne saurait être pris en considération sans

retenue. En effet, durant ce stage, le recourant s'est plaint d'intenses douleurs dans les cuisses qui l'empêcheront, dans un premier temps, d'utiliser les escaliers et qui le contraindront, dans un deuxième temps, à prendre deux fois un jour et demi de congé. Ceci est d'autant plus vrai qu'après avoir poussé un cageot dont le poids n'excédait pas 15 kg, ce dernier a dû interrompre le stage durant deux semaines, étant alors incapable de rester debout ou de se mouvoir.

Dans ces circonstances, l'OCAI ne pouvait se fier sans retenue aux chiffres articulés dans ce rapport pour fixer la capacité de travail résiduelle du recourant.

Force est ainsi que de constater que l'OCAI, n'ayant pas instruit suffisamment le dossier, n'a pas pu fixer de façon convaincante la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée.

Dans ces conditions, il convient de renvoyer le dossier à l'intimé pour la mise en œuvre d'une expertise médicale par un expert indépendant et nouvelle décision.

9. Au vu de ce qui précède le recours sera partiellement admis et la décision du 24 octobre 2008 annulée au sens des considérants.

Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de 1'500 fr. lui est octroyée à titre de dépens (art. 61 let.g LPGA). L'intimé qui succombe sera condamné à un émolument de 500 fr (art. 69 al. 1 bis 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 24 octobre 2008.
3. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
4. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de 1'500 fr. à titre de dépens.
5. Met un émolument de 500 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

Juliana BALDE

La secrétaire-juriste :

Hermione STIEGER

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