

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4339/2009

ATAS/1088/2010

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 4

du 27 octobre 2010

En la cause

Monsieur D_____, domicilié à Genève, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Me Laurence CRUCHON

recourant

contre

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

intimé

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

EN FAIT

1. Monsieur D_____, né en 1959, est vendeur en confection masculine de formation. Au chômage depuis l'an 2000, il aurait trouvé un emploi en qualité de nettoyeur pour le compte de l'entreprise X_____ du 31 août 2004 au 31 août 2005 selon ses informations. Depuis cette dernière date, il serait en incapacité de travail pour diverses affections.
2. Le 23 janvier 2008, il a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité sous la forme d'une orientation professionnelle, d'un reclassement ou d'une rééducation dans la même profession.
3. L'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (OAI), en charge de l'instruction de la demande, a requis des informations de la part du dernier employeur de son assuré. X_____ SA a indiqué à l'administration que l'intéressé avait travaillé pour son compte en tant qu'employé d'entretien à raison de 2 heures par jour (10 heures par semaine) du 4 janvier 2005 au 29 août 2005. Il n'avait plus donné de nouvelles à compter de cette date, mis à part sa lettre de démission intervenue 5 jours plus tard pour la fin août. Le revenu brut était de 17 fr. 35 l'heure, vacances en sus.
4. Dans un rapport du 2 juin 2008, le docteur L_____, médecin traitant de l'assuré, a indiqué que son patient souffrait de myélopathie cervicale sur canal cervical étroit (C5-C6 et C6-C7), lumbago chronique sur dégénérescence discale en L2-L3, protrusion discale et dépression nerveuse. L'intéressé présentait depuis 2005 des douleurs cervicales et lombaires associées à une sensation de serrement et une incontinence urinaire et fécale intermittente, ainsi qu'une sensation d'engourdissement des membres supérieurs et inférieurs, rendant la marche difficile. Actuellement, il n'y avait plus de douleurs cervicales, mais une persistance de fourmillements dans les 3 doigts des deux mains, un syndrome du canal carpien étant probable. Le médecin escomptait une amélioration du trouble de la marche, mais une persistance de la dépression nerveuse liée à l'état de santé de la mère de l'assuré, atteinte de la maladie d'Alzheimer et de psychose. L'incapacité de travail avait été totale du 27 février 2006 au 2 septembre 2007 et, depuis, une incapacité à 50 % demeurait. S'agissant des limitations fonctionnelles, la marche dans les escaliers, ainsi que le port de charges n'étaient pas possibles et si le patient restait assis 1 à 2 heures, il éprouvait des difficultés à marcher ensuite. Enfin, l'activité précédemment exercée n'était plus exigible.
5. Questionné par l'OAI, le docteur M_____, neurologue FMH, a transmis un rapport qu'il avait adressé en date du 20 juin 2008 au médecin traitant. Dans ce document, le spécialiste expose que le patient a bénéficié en juillet 2006 d'une intervention chirurgicale sous la forme d'une décompression médullaire avec mise en place d'une cage et d'une plaque, associée à une laminectomie C6 complète et

C7 partielle en raison d'un canal cervical étroit avec myélopathie. L'évolution post-opératoire avait été favorable avec récupération de l'incontinence urinaire et fécale et amélioration de la force au niveau des membres inférieurs. Deux ans après l'intervention, il subsistait une sensation de lourdeur au niveau des membres inférieurs et une discrète raideur avec crampes au niveau des mains et des pieds, ainsi que des myoclonies du triceps des deux côtés. L'examen neurologique mettait en évidence la persistance d'un syndrome pyramidal des membres inférieurs, caractérisé par un clonus achilléen, un réflexe cutané plantaire en extension et une hyperréflexie rotulienne et achilléenne avec extension de la zone réflexogène. Ces anomalies étaient séquellaires de la myélopathie cervicale compressive.

6. L'OAI a soumis l'assuré à une expertise neurologique confiée au docteur N_____. Ce médecin a rendu son rapport le 10 mars 2009, après avoir examiné l'assuré et pris connaissance du dossier. L'expert a procédé à l'anamnèse de l'intéressé, puis rapporté les plaintes et données subjectives de ce dernier. L'expert estimait souffrir à peu près des mêmes séquelles depuis la période péri-opératoire, avec notamment des douleurs du bas de l'abdomen et du pubis, une impression de serrement et de blocages à ce même niveau, parfois des lombalgies prédominantes à droite avec des réveils intempestifs liés à des douleurs des membres, fluctuantes, modifiées par la position. Le matin, il lui fallait 5 à 10 minutes pour pouvoir marcher correctement, en raison d'une exacerbation du phénomène de raideur des membres inférieurs qui se produisait également après le maintien de la position assise pendant un certain temps. Cette raideur, ainsi que l'impression de ne pouvoir lever les jambes et mouvoir les pieds correctement rendaient la course difficile. Les troubles d'incontinence avaient disparu, mais une impuissance fréquente était relatée. Enfin, le patient mentionnait des spasmes multifocaux touchant notamment les mollets et les membres supérieurs, en progression depuis leur apparition il y avait une année. L'intéressé déclarait avoir effectué divers travaux depuis l'obtention de son CFC de vendeur en confection, mais ne pas avoir réellement travaillé entre 2000 et 2006. Depuis janvier 2008, il effectuait un stage bénévole au sein d'une ONG à mi-temps dans le domaine de l'entretien informatique et s'estimait capable de travailler à 80 % dans cette activité. Sa motivation était bonne. Pour lui, la limitation de sa capacité de travail était due à une fatigabilité et à une difficulté à rester assis de façon prolongée ; enfin, il estimait ne pas pouvoir travailler dans ses anciennes professions telles que serveur ou nettoyeur, car l'activité physique était au premier plan. A l'examen clinique, l'expert a noté la présence d'une tétraspasticité, avec légère prédominance à droite, avec signe de Babinski, hyperréflexie tendineuse avec diffusion et extension de la zone réflexogène, ainsi qu'un clonus achilléen. La marche elle-même était spastique, sans composante ataxique et le Romberg était légèrement oscillant, instable. Quant à la sensibilité, elle montrait une hyperesthésie des membres inférieurs, sans modification du tact superficiel ou de la discrimination piquer-toucher aux quatre membres et sur le tronc. Il y avait une légère ataxie avec

trémor aux épreuves de coordination des membres supérieurs, prédominante à droite, mais sans diadococinésie. Enfin, le médecin notait la présence d'un syndrome lomboveertébral, avec une contracture paralombaire prédominante à gauche, une distance doigts-sol de 10 cm et un Schober lombaire conservé. Le patient marchait avec le tronc légèrement fléchi vers l'avant, probablement en raison de la spasticité. L'expert a retenu, comme diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail, un syndrome médullaire sous-lésionnel sur myélopathie cervicale secondaire à un CCE C5-C6 et C6-C7, avec tétraspasticité séquellaire et syndrome douloureux depuis 2005, la stabilisation étant intervenue après l'intervention de juillet 2006. Au second plan et sans influence sur la capacité de travail, il mentionnait également un état dépressivo-anxieux évoluant depuis 8 ans. Sur le plan professionnel, le tableau neurologique séquellaire empêchait (totalement) la reprise d'une activité à forte composante physique et de déplacement, comme les travaux d'entretien ou de nettoyage, ainsi que de serveur. En revanche, la limitation n'était que faible dans une profession comme technicien informatique - telle qu'exercée actuellement à titre bénévole - ou tout autre travail de bureau en excluant les efforts physiques, le port de charges et les déplacements rapides à pied ; il fallait compter avec une diminution de la capacité de travail de 20 %, potentiellement améliorable à 10 % si la réponse au traitement (antispastique) proposé par l'expert s'avérait favorable. Cette limitation persistante de la capacité de travail était attribuée à un syndrome de fatigue associé aux séquelles spastiques et douloureuses. De l'avis du médecin, il était préférable d'opter pour une réinsertion professionnelle dans le type d'activité exercé actuellement, l'intéressé étant motivé et bénéficiant d'une certaine expertise en la matière. Si cela ne devait pas se révéler possible, un autre travail de bureau, avec usage de l'ordinateur, devait être préconisé. S'agissant de l'évolution de la capacité de travail, le médecin estimait qu'une incapacité de 20 % s'était installée dans le courant de l'année 2005, avec le développement de la myélopathie cervicale. Elle avait été de 100 % dès le 27 février 2006 jusqu'au 2 septembre 2007, puis de 50 % jusqu'à la fin 2007 et de 80 % (améliorable à 90 % suivant les résultats du traitement) dès début 2008. L'expert a encore ajouté qu'il était important d'effectuer un contrôle neurologique annuel, avec contrôle IRM, afin d'exclure le développement d'une cavité intramédullaire secondaire à la myélopathie. Outre l'introduction d'un traitement antispastique, la prescription de séries de physiothérapie séquentielles était préconisée.

7. Dans son avis du 21 avril 2009, le service médical de l'AI, sous la plume de la docteure O _____, a considéré qu'il y avait une incapacité de travail durable de 100 % depuis le 27 février 2006 dans toute activité. A compter du 1^{er} janvier 2008 cependant, la capacité de travail était de 80 % dans une activité adaptée. Les limitations fonctionnelles étaient décrites de la façon suivante : pas de déplacements intempestifs, pas de travail physique lourd, pas de mouvements de

porte-à-faux avec le tronc, pas de travail physique lourd et répété avec les avant-bras.

8. Fort des conclusions de son instruction, l'OAI a rendu un projet de décision en date du 25 mai 2009 aux termes duquel il entendait octroyer une rente d'invalidité basée sur un taux d'incapacité de gain de 100 % de février 2007 à avril 2008.
9. En l'absence de contestation, ledit projet a été confirmé par décision formelle du 20 octobre 2009. Dans ses considérations, l'OAI a retenu que son assuré s'était trouvé totalement incapable d'exercer une activité quelconque à compter du 27 février 2006. Une capacité de travail de 80 % ayant cependant été recouvrée dès janvier 2008 dans une activité adaptée, l'administration a procédé à une comparaison des revenus à cette date et en a déduit un taux d'invalidité de 8 %, insuffisant pour la poursuite du versement d'une rente, de même que pour l'ouverture du droit à une réadaptation professionnelle. En application des dispositions légales, il a supprimé la rente à fin avril 2008.
10. Par acte du 28 novembre 2009, l'assuré interjette recours contre cette décision, dont il requiert l'annulation. Sur le fond, il conteste l'exigibilité médicale relative à sa capacité de travail, faisant valoir qu'il éprouve déjà de la peine à effectuer le stage de technicien en informatique à 50 %. En outre, il estime que la décision querellée comporte une contradiction en ce sens qu'elle lui reconnaît une capacité de travail de 80 %, mais lui nie le droit à une mesure de réadaptation professionnelle. Il expose que la motivation principale de sa demande de prestations concernait l'obtention de telles mesures, sans lesquelles il estime ne pas pouvoir se réinsérer. En effet, l'éventail des activités dont il est encore capable de s'acquitter est considérablement réduit eu égard à ses limitations fonctionnelles. Pour conclure, il met en avant sa motivation, prouvée la reconduction de son stage à 50 %.

L'intéressé joint à son mémoire une note manuscrite dans laquelle il demande à être excusé pour le retard avec lequel est déposé son recours, alléguant avoir été malade durant les trois précédentes semaines, ce qui pouvait être attesté médicalement.

11. Sur demande du Tribunal, l'office intimé a fait savoir que la décision querellée a été envoyé sous pli simple et qu'il n'existait par conséquent pas de preuve de la date de sa réception par le recourant.
12. Le 3 février 2010, le Tribunal a entendu les parties en audience de comparution personnelle. A cette occasion, l'assuré a déclaré ne pas se souvenir de la date à laquelle il avait reçu la décision attaquée. Il reconnaissait avoir mis un certain temps à y donner suite, car il avait été malade. Quant à la représentante de l'intimé, elle a déclaré que l'OAI avait reçu la décision transmise par la caisse de compensation le 22 octobre 2009 et qu'il était vraisemblable que le recourant l'ait reçue à la même date.

13. Suite à cette audience, la Juridiction de céans a fait savoir aux parties qu'elle considèrerait le recours recevable. Une réponse sur le fond a donc été requise de l'intimé.
14. Celui-ci s'est exécuté par acte du 2 mars 2010. S'agissant du droit à la rente, il se borne à confirmer sa décision. Quant aux mesures de réadaptation professionnelle, il relate ce qui suit. Une formation professionnelle initiale n'entre pas en ligne de compte, car le recourant a déjà exercé une activité lucrative. Le reclassement, ainsi que la rééducation dans la même profession ne peuvent être octroyés vu le taux d'invalidité insuffisant au sens de la jurisprudence. Quant à l'orientation professionnelle, elle suppose que l'assuré ne soit pas en mesure de faire le choix d'une profession en raison de l'insuffisance de ses connaissances sur les aptitudes et possibilités disponibles sur le marché du travail. Or, il faut considérer en l'espèce que le recourant a effectué un choix adapté à ses limitations fonctionnelles en poursuivant des stages en informatique. Dès lors, seule peut être considérée une aide au placement qui est proposée formellement, un avis du service de réadaptation à l'appui. Pour le surplus, l'intimé conclut au rejet du recours.
15. Dans un courrier du 29 mars 2010, l'assuré a déclaré maintenir son recours. Il considèrerait que l'intervention de l'assurance-invalidité était nécessaire vu son incapacité à reprendre une activité à plein temps. Quant aux propositions faites par l'OAI, elles ne lui semblaient pas satisfaisantes.
16. Une nouvelle audience de comparution personnelle a été convoquée le 12 mai 2009. Le recourant, désormais représenté par un mandataire, a déclaré par la bouche de ce dernier avoir travaillé pendant près d'un an en 1999 en qualité d'informaticien pour la société Y_____. La seule formation dont il disposait vraisemblablement dans ce domaine avait été acquise sur le tas. Ensuite, il avait été au chômage pendant plusieurs années et, ne trouvant pas d'emploi, il avait œuvré à hauteur de 2 heures par jour en tant que nettoyeur chez X_____. Il fallait également prendre en compte le fait qu'à cette époque, l'intéressé était dépressif suite à sa séparation conjugale et au décès de plusieurs proches. Il contestait l'exigibilité médicale, la limitation dans le temps de la rente et l'amélioration de la capacité de travail au 1^{er} janvier 2008 en l'absence de document venant l'étayer.
17. Le 5 juillet 2010, le recourant a transmis un complément à son recours. Il y expose être de nationalité portugaise, au bénéfice d'un permis C et avoir effectué sa scolarité obligatoire à Genève où il a également suivi une formation de vendeur en confection avant de travailler à plein temps comme technicien/programmeur informatique pour la société Y_____ SA de janvier 1999 à juin 2000. Il a d'ailleurs suivi une formation auprès de l'IFAGE dans ce domaine. Il a abandonné cet emploi suite à une décompensation psychique réactionnelle à des difficultés conjugales et à des décès dans sa famille. Il a été suivi pour ce motif par quatre psychiatres/psychologues. La persistance d'une dépression durant plusieurs années

a par ailleurs été notée par le docteur L_____ dans son rapport du 2 juin 2008 et l'assuré déclare avoir pris des antidépresseurs, anxiolytiques et somnifères entre 2000 et 2008. Vu l'absence d'effet des traitements, il a depuis renoncé à la thérapie et à la médication. Après la fin de son droit aux prestations de l'assurance-chômage, il a requis l'aide de l'Hospice général (HG) et se trouve à la charge de l'assistance publique depuis le 1^{er} mai 2003. Sur insistance de l'HG, il a été contraint de reprendre une activité de quelques heures qu'il a exercée pour le compte de X_____ à hauteur de 10 heures par semaine. Dès lors, son activité dite habituelle est celle de technicien/programmeur informatique et non employé d'entretien. Le dernier salaire à plein temps dans ladite activité a été de 31'200 fr. pour six mois, selon son compte individuel. Au cours de l'année 2005, il a commencé à souffrir de divers problèmes physiques qui ont motivé un diagnostic de myélopathie cervicale sur canal cervical étroit et il a subi une intervention chirurgicale en juillet 2006. Après la rééducation post-opératoire, des séquelles ont subsisté. Un lumbago chronique sur dégénérescence discale L2-L3, avec protrusion discale, a également été mis en évidence, ce qui explique les douleurs lombaires. Malgré ses problèmes de santé persistants, il a accepté d'entamer un stage de six mois, prolongé à deux reprises par l'employeur, auprès d'une entreprise à but non lucratif en tant qu'installateur/programmeur informatique. Durant ce stage, l'intéressé déclare avoir accompli diverses activités dans le domaine informatique à la pleine satisfaction de son employeur. Toutefois, il a quotidiennement souffert de douleurs et de problèmes de mobilité (en particulier lorsqu'il restait assis plus d'une heure), malgré le taux d'occupation réduit de 50 %. De l'avis de l'assuré, aucune constatation ni motivation médicale précises ne permettent de tenir pour établi qu'il soit en mesure d'effectuer une activité en tant que technicien/programmeur en informatique à 80 %. Les faits sont même contraires aux conclusions de l'administration, puisqu'il a exercé son stage à 50 % et non à 80 % et que son médecin-traitant signale une capacité de travail résiduelle de 50 %. Il semble par ailleurs que l'expert N_____ se soit fondé uniquement sur ses déclarations - représentant le souhait de travailler à 80 % - pour en déduire une telle capacité de travail, ce qui est totalement insuffisant. Au final, compte tenu d'un revenu de valide calculé sur la base du salaire qu'il percevait comme technicien en informatique pour Y_____ SA et d'une capacité résiduelle de travail de 50 %, le taux d'invalidité se révèle supérieur au seuil des 40 % nécessaires pour l'ouverture du droit à une rente. Le recourant conclut donc, sous suite de dépens, à l'annulation de la décision attaquée et à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité.

18. Copie de cette écriture a été transmise à l'intimé, ensuite de 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 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. Le recours remplissant par ailleurs les conditions de recevabilité (art. 56 à 60 LPGA), il y a lieu de le déclarer recevable.
3. Est litigieuse en l'espèce la question du droit du recourant à une rente d'invalidité au-delà du 30 avril 2008, ainsi qu'à des mesures de réadaptation professionnelle.
4. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Le 1^{er} janvier 2008 est entrée en force la nouvelle du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision AI). Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1, 127 V 467 consid. 1 et les références).

En ce qui a trait plus particulièrement à l'application des dispositions nouvelles de la LAI, la lettre-circulaire n° 253 du 12 décembre 2007 de l'OFFICE FEDERAL DES ASSURANCES SOCIALES reprend le principe ci-dessus évoqué. En effet, elle expose clairement que si le cas d'assurance survient avant le 1^{er} janvier 2008, c'est l'ancien droit qui est applicable. Si la survenance du cas d'assurance a lieu par contre ultérieurement, c'est le nouveau droit qui trouve application, des facteurs externes aléatoires telle la date de dépôt de la demande ou de la décision se révélant sans influence (avec une exception pour les octrois de rente lorsque le délai de carence se trouve à cheval sur l'ancienne et la nouvelle législation).

S'agissant des règles de procédure, elles 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).

5. En l'espèce, la demande a été déposée le 23 janvier 2008. Toutefois, la date à laquelle est survenue l'incapacité de travail est bien antérieure au 1^{er} janvier 2008. En effet, il ressort de la décision attaquée, d'une part, que la survenance du droit aux prestations a eu lieu le 27 février 2007. D'autre part, le début de l'incapacité de travail durable date de courant 2005 selon les avis médicaux au dossier. Quelle que soit la date considérée, l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions de la LAI est de toute évidence postérieure à la survenance du droit, de sorte que ce sont les dispositions de la législation dans leur teneur applicable avant le 1^{er} janvier 2008 qui sont déterminantes.

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 donc 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 précité ; OMLIN, Die Invaliditätsbemessung in der obligatorischen Unfallversicherung p. 297 ss).

7. a) Dans le cas présent, le recourant a été soumis à une expertise médicale conduite par le docteur N_____, spécialiste en neurologie. Ce médecin a rendu un rapport complet, détaillé, fondé tant sur ses propres constatations, que sur les plaintes de l'intéressé et les pièces du dossier. Ses conclusions sont dûment motivées et cohérentes avec le contenu de son rapport, de sorte qu'il y a lieu

d'accorder pleine valeur probante à ce dernier. Contrairement à ce que soutient l'assuré, l'expert ne s'est pas limité à prendre en considération ses déclarations relatives à la capacité de travail pour fixer celle-ci. Au contraire, il a fait état des raisons qui l'ont amené à retenir une capacité de travail de 80 %, éventuellement améliorable à 90 % moyennant poursuite et résultat d'un traitement médicamenteux. Dans la mesure où le recourant a attendu la fin de la procédure probatoire devant la juridiction de recours pour faire valoir des difficultés à exécuter ses tâches lors du stage à 50 % en qualité de technicien en informatique, ses propos ne sauraient se voir attacher une importance prépondérante. En effet, il convient de retenir les premières déclarations de l'intéressé, qui ne pouvaient être influencées par l'issue éventuelle de la procédure. Or, il appert que le recourant ne s'est jamais plaint de problèmes particuliers lors de son stage. Il a même plutôt fait état de ce qu'il avait assumé ce dernier à l'entière satisfaction de son « employeur » et de son assistante sociale. Quant, enfin, à la problématique de la marche rendue pénible après une période prolongée en position assise, elle n'est pas contestée mais n'a pas été retenue, à juste titre, par le médecin expert dans ses conclusions sur la capacité de travail résiduelle. Cette problématique se révèle effectivement sans incidence sur la capacité à travailler dans une activité adaptée, puisqu'une profession en position assise est recommandée.

Pour conclure au sujet - litigieux - de la détermination médicale de la capacité de travail, il sied de se prononcer sur les conclusions (partiellement divergentes) du médecin traitant. Celui-ci admet une incapacité de travail de 50 %. Or, son opinion n'est pas motivée à suffisance pour remettre en question les conclusions de l'expert qui, il faut le rappeler, se prononce sur la base d'un mandat différent de celui qui lie le médecin traitant à son patient. Ce second praticien est en effet enclin, en cas de doute, à aller dans le sens de son patient, en raison du lien de confiance qui l'unit à celui-ci, lien de confiance nécessaire à la bonne exécution du mandat de soins (cf. ATF 124 V 175 consid. 4 et les références). En conséquence, ce n'est que dans des cas particuliers qu'un tribunal s'écartera de l'avis exprimé par un expert au profit de celui du médecin traitant. Le plus souvent d'ailleurs, une nouvelle expertise sera ordonnée ; une telle mesure n'est toutefois pas utile dans le cas d'espèce.

b) Il suit de tout ce qui précède que le Tribunal de céans retiendra une incapacité totale d'exercer une quelconque activité à compter du 27 février 2006, jusqu'à fin 2007. Dès cette date, une capacité de travail résiduelle de 80 % est reconnue dans une activité adaptée, à savoir une profession s'exerçant en position assise (travail de bureau), sans effort physique, port de charges ni marche rapide. La seule incertitude qui demeure en regard de l'expertise du docteur N_____ est le début de l'incapacité de travail durable. Ce médecin considère qu'une telle incapacité, de 20 %, s'est installée dans le courant de l'année 2005, mais ne précise pas à quel moment. Des renseignements suffisants ressortent cependant du rapport du 2 juin 2008 du docteur L_____. Ce dernier expose en effet que le recourant le consulte de façon continue depuis le 13 avril 2005 pour les problèmes liés à la

myélopathie cervicale. Par conséquent, on peut en déduire que l'incapacité de travail de 20 % s'est installée à compter de la première consultation auprès du médecin-traitant.

8. a) Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur - applicable au cas d'espèce - en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 (repris sans changement à l'art. 28 al. 2 LAI depuis le 1^{er} janvier 2008), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un 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. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu du travail que l'invalide pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (art. 28 al. 2 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007). La comparaison des gains s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b). On ajoutera qu'en ce qui concerne le calcul du taux d'invalidité selon la méthode générale de comparaison des revenus, sont déterminants les rapports existant au moment de l'ouverture du droit à une éventuelle rente, ainsi que les modifications éventuelles survenues jusqu'au moment de la décision qui ont des conséquences sur le droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.1, 128 V 174).

b/aa) Conformément à l'art. 29 al. 1 aLAI, le droit à la rente naît après que la personne assurée a présenté une incapacité de travail moyenne de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable et qui, à l'échéance de ce délai d'attente, présente encore une incapacité de gain durable de 40 % au moins. Le délai d'attente est réputé avoir commencé dès qu'il a été possible de constater une incapacité de travail indiscutable au vu des circonstances, une réduction de la capacité de travail de 20 % étant d'ailleurs, en règle générale, déjà considérée comme significative (cf. Pratique VSI 1998, p. 126).

Le calcul de l'incapacité de travail moyenne et du délai d'attente peut être effectué en mois ou en jour. La formule suivante s'applique :

(A mois à X % d'incapacité de travail) + (B mois à Y % d'incapacité de travail) + (C mois à Z % d'incapacité de travail) + ... = 12 mois à 40 % au moins d'incapacité de travail (cf. Circulaire sur l'invalidité et l'impuissance dans l'assurance-invalidité [CIIAI], ch. 2018).

En ce qui concerne l'incapacité de travail, on se référera au taux défini médicalement par rapport à l'activité lucrative habituelle.

b/bb) Dans le cas du recourant, c'est une incapacité de travail de 20 % qui est à considérer jusqu'au mois de janvier 2006, puis une incapacité de travail totale. En application de la formule précitée, le délai de carence était échu en avril 2006 (9 mois à 20 % d'incapacité de travail) + (3 mois à 100 % d'incapacité de travail) = 40 % d'incapacité de travail moyenne [180 % + 300 % : 12 mois = 40 %].

A ce moment, le recourant présentait un taux d'invalidité de 100 %, puisqu'il était totalement incapable d'exercer une quelconque activité.

Il en résulte que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité à compter du mois d'avril 2006 et non 2007 (à noter qu'incapacité de travail et incapacité de gain - cette dernière notion étant identique à celle du taux d'invalidité - devant être clairement distinguées [cf. Circulaire, ch. 2003], point n'est besoin que taux d'incapacité de travail moyen et taux d'invalidité se confondent pour que le second permette l'ouverture du droit aux prestations ; une telle façon de procéder aurait pour conséquence d'allonger le délai de carence que le législateur a fixé à une année sans prolongation possible, ce qui ne serait pas admissible).

9. Il convient à présent de vérifier si l'intimé était fondé à supprimer la rente avec effet au 30 avril 2008.

a) Une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la réduction ou l'augmentation de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 125 V 417 consid. 2 et les références). Conformément à cette disposition, lorsque l'invalidité d'un bénéficiaire de rente subit une modification de manière à influencer le droit à la rente, celle-ci est révisée pour l'avenir, à savoir supprimée, augmentée ou réduite en conséquence (arrêt du TF du 30 août 2005, I 362/04, consid. 2.2). Selon la jurisprudence, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 113 V 275 consid. 1a et les arrêts cités ; voir également ATF 120 V 131 consid. 3b, 119 V 478 consid. 1b/aa). Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver la révision de celle-ci. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2 notamment).

En cas d'allocation d'une rente dégressive ou temporaire, la date de la modification du droit (diminution ou suppression de la rente) doit être fixée conformément à l'art. 88a al. 1 RAI (ATF 125 V 417 consid. 2c). Selon cette disposition, si la

capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période ; il en va ainsi lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

b) Dans le cas d'espèce, il ne fait nul doute que l'état de santé du recourant s'est notablement amélioré à compter du mois de janvier 2008, moment à partir duquel l'expert lui reconnaît une capacité de travail résiduelle de 80 % dans une activité adaptée. La date de l'amélioration de l'état de santé est par ailleurs corroborée par la reprise, par l'intéressé, d'une activité, quand bien même il n'a exercé celle-ci qu'à temps partiel et à titre bénévole. Dans ces circonstances, on ne peut que confirmer le point de vue de l'OAI, selon lequel il y avait lieu à révision à la période considérée.

c/aa) L'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative. Cette dernière disposition 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.

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente, respectivement de la modification des circonstances influant cette dernière. Les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, respectivement jusqu'au moment de la modification des circonstances, doivent être prises en compte (cf. ATF 129 V 22 consid. 4.1).

c/bb) Force est de constater que dans le cas qui nous occupe, l'intimé a omis d'instruire le point de savoir quel est le statut du recourant. En effet, dans la mesure où celui-ci n'a eu, pour seule activité lucrative depuis 2000, qu'un emploi à 25 % durant quelques mois, la question de son statut n'apparaît pas évidente.

Cela étant, dès lors qu'il a, de par le passé, travaillé à temps complet (notamment pour le compte de Y_____) et exercé de nombreuses activités qui, cumulées, avoisinent le plein temps et que, de surcroît, il a perçu des indemnités de chômage pour un taux d'activité entier, le point de vue de l'office ne saurait être critiqué. C'est donc un statut d'actif qui sera présentement retenu.

c/cc) Le revenu sans invalidité se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'intéressé aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il avait été en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et

la référence). 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 (arrêt du TF du 25 mai 2007, I 428/06 et I 429/06).

Dans le cas présent, l'intimé a fixé le revenu sans invalidité en prenant comme référence le salaire perçu par le recourant dans sa dernière activité rémunérée, à savoir celle de nettoyeur exercée pour le compte de X_____. Cette façon de procéder ne saurait être suivie, dans la mesure où il n'apparaît pas hautement vraisemblable qu'au moment déterminant de la comparaison des revenus, l'intéressé aurait travaillé à plein temps en cette qualité. C'est d'ailleurs lui qui a résilié le contrat de travail, qu'il allègue avoir accepté sur insistance de l'HG dont il dépend financièrement, assertion dont on ne voit pas de motif permettant de la mettre en doute. De surcroît, il y a lieu de tenir compte de la longue période de chômage et du fait que les emplois préalablement exercés par l'assuré sont forts divers, sans qu'on puisse retenir un domaine d'activité de prédilection. Il s'ensuit que le revenu avant invalidité doit être fixé sur la base de l'ENQUETE SUISSE SUR LA STRUCTURE DES SALAIRES (ESS) publié par l'OFFICE FEDERAL DE LA STATISTIQUE, en prenant comme référence toutes les activités confondues, niveau de qualification 4 étant donné que l'intéressé, qui possède certes un CFC de vendeur mais n'a apparemment jamais ou que très peu œuvré en cette qualité, n'a pas de formation déterminante reconnue. A ce propos, on ajoutera encore qu'il n'est pas possible de suivre le recourant quand il requiert que soit retenu le revenu qu'il réalisait en tant qu'employé dans le domaine de l'informatique pour Y_____. Non seulement il n'a pas prouvé avoir poursuivi la formation qu'il allègue dans le domaine en question, mais de plus - notamment en raison du fait qu'il a là aussi lui-même résilié le contrat de travail - il n'a travaillé pour cet employeur qu'un peu plus d'un an. Les remarques faites au sujet du choix, par l'intimé, de la profession de nettoyeur valent *mutatis mutandis* pour celle de technicien dans l'informatique.

Dès lors, le revenu déterminant pour l'année 2008 pour une activité simple et répétitive exercée par un homme est de 4'806 fr. (TA1 ESS 2008). Compte tenu d'un horaire de travail hebdomadaire de 41,6 heures (cf. T31 de la publication de l'OFFICE FEDERAL DE LA STATISTIQUE « Indicateurs du marché du travail 2010 »), il se révèle être, au final, de 4'998 fr. 25 mensuels ou 59'978 fr. 90 annuels.

c/dd) Pour sa part, le revenu avec invalidité doit avant tout être évalué en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité ou catégorie d'autorisation de séjour et

taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Un abattement global maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 déjà cité).

In casu, il apparaît que l'ensemble des activités simples et répétitives regroupées dans les secteurs de la production et des services comporte un certain nombre de professions compatibles avec les limitations fonctionnelles de l'assuré, à commencer par celle mentionnée par l'expert et exercée à titre bénévole par le recourant. Par conséquent, c'est à juste titre que l'intimé a pris en considération, pour procéder à la comparaison des gains, le revenu tel qu'il émane des ESS (TA1, total, niveau de qualification 4 pour les hommes). Toutefois, il convient de corriger le chiffre retenu, car l'OAI a pris les données relatives à l'année 2007, ce qui n'est pas conforme à la jurisprudence mentionnée ci-avant.

Comme mentionné ci-dessus pour le revenu sans invalidité, le salaire statistique déterminant après indexation selon l'horaire habituel de travail dans les entreprises est de 4'998 fr. 25 mensuels ou 59'978 fr. 90 annuels. Adapté au taux d'activité de 80 % exigible, le chiffre est de 47'983 fr. 10. Enfin, au vu de l'importance des limitations fonctionnelles et de l'exercice d'une profession à temps partiel, il y a lieu de procéder à un abattement supplémentaire de 10 % (l'intimé, qui n'a au demeurant pas jugé utile d'expliquer pour quel motif il n'appliquait de déduction sur le salaire statistique, a outrepassé son pouvoir d'appréciation, de telle sorte que la Juridiction de céans est habilitée à revoir ce point qui relève normalement de la compétence de l'administration). En fin de compte, le revenu après invalidité est de 43'184 fr. 80.

c/ee) Le taux d'invalidité présenté par le recourant en janvier 2008 n'était, eu égard aux revenus tels que calculés ci-dessus, plus que de 28 %. C'est donc à bon droit que l'intimé a supprimé la rente d'invalidité avec effet au 30 avril 2008 en application de l'art. 88a al. 1 RAI.

10. Subsiste la question de savoir si le recourant peut prétendre d'autres prestations, en particulier des mesures d'ordre professionnel telles qu'il les réclame dans sa demande et dans son mémoire de recours. Singulièrement, c'est la mesure de reclassement qui entre ici en considération.

a) Selon l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée (al. 1^{er}). La rééducation dans la même profession est assimilée au reclassement (al. 2).

Par reclassement, la jurisprudence entend l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son

ancienne activité. En règle générale, l'assuré n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de la réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas (ATF 124 V 110 consid. 2a et les références ; VSI 2002 p. 109, consid. 2a). En particulier, l'assuré ne peut prétendre une formation d'un niveau supérieur à celui de son ancienne activité, sauf si la nature et la gravité de l'invalidité sont telles que seule une formation d'un niveau supérieur permet de mettre à profit d'une manière optimale la capacité de travail à un niveau professionnel plus élevé. On notera aussi que si les préférences de l'intéressé quant au choix du genre de reclassement doivent être prises en considération, elles ne sauraient toutefois jouer un rôle déterminant (RCC 1988 p. 266 consid. 1).

Sont réputées nécessaires et appropriées toutes les mesures de réadaptation professionnelle qui contribuent directement à favoriser la réadaptation dans la vie active. L'étendue de ces mesures ne saurait être déterminée de manière abstraite, puisque cela suppose un minimum de connaissances et de savoir-faire et que seules seraient reconnues comme mesures de réadaptation professionnelle celles se fondant sur le niveau minimal admis. Au contraire, il faut s'en tenir aux circonstances du cas concret. Celui qui peut prétendre un reclassement en raison de son invalidité a droit à la formation complète qui est nécessaire dans son cas, si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable (ATF 124 V 108 consid. 2a ; VSI 1997 p. 85 consid. 1).

Contrairement au droit à une rente (art. 28 al. 1^{er} LAI), la loi ne dit pas à partir de quel degré d'invalidité l'assuré peut prétendre des mesures de réadaptation. Conformément au principe de la proportionnalité, le droit à une mesure déterminée doit toutefois s'apprécier, notamment, en fonction de son coût. Dès lors que le service de placement n'est pas une mesure de réadaptation particulièrement onéreuse, il suffit qu'en raison de son invalidité l'assuré rencontre des difficultés dans la recherche d'un emploi, mêmes minimales, pour y avoir droit (ATF 116 V 80 consid. 6a). En revanche, le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de l'ordre de 20 % (ATF 124 V consid. 2b et les références).

Enfin, pour statuer sur le droit à la prise en charge d'une nouvelle formation professionnelle, les préférences de l'assuré ne sont en principe pas déterminantes, mais bien plutôt le coût des mesures envisagées et leurs chances de succès, étant précisé que le but de la réadaptation n'est pas de financer la meilleure formation possible pour la personne concernée, mais de lui offrir une possibilité de gain à peu près équivalente à celle dont elle disposait sans invalidité (cf. VSI 2002 p. 109 consid. 2a ; RJJ 1998 p. 281 consid. 1b et les références). Cela étant, si en l'absence d'une nécessité dictée par l'invalidité, une personne assurée opte pour une formation qui va au-delà du seuil d'équivalence, l'assurance-invalidité peut octroyer des contributions correspondant au droit à des prestations pour une mesure

de reclassement équivalente (substitution de la prestation ; VSI 2002 p. 109 consid. 2b et les références).

b) Au cas d'espèce, il ne fait nul doute que le recourant présente une invalidité au sens de la législation et que son taux d'invalidité est suffisant au regard de la jurisprudence susmentionnée relative aux conditions d'octroi d'une mesure de reclassement.

Par ailleurs, l'intéressé a fait connaître à plusieurs reprises sa motivation (qui ressort au demeurant déjà de sa demande de prestations par laquelle il ne requerrait que des mesures d'ordre professionnel). Cette dernière n'a pas été contestée par l'intimée.

On remarque, en prenant connaissance dans le détail du TA1 de l'ESS 2008, que dans l'hypothèse où l'assuré devait se réinsérer sans mesure de réadaptation fournie par l'assurance-invalidité dans le domaine d'activité qu'il semble apprécier (l'informatique), qu'il ne serait pas à même de maintenir le niveau de son ancien salaire vu son absence de formation (cf. ligne 70-74 du TA1). Certes, l'argumentation que fait le Tribunal de céans s'écarte quelque peu - a première vue - du principe d'équivalence, puisqu'il arrive à la constatation que seule l'acquisition de connaissances spécialisées (niveau de qualification 3 selon l'ESS) permettrait de garantir un niveau salarial équivalent à celui connu auparavant sans formation spécifique. Mais il ne faut pas perdre de vue que le but ultime de la mesure de reclassement est le maintien du revenu et non pas uniquement l'équivalence des titres professionnels avant et après invalidité. Le fait que le recourant ne puisse plus travailler qu'à temps partiel joue également un rôle. S'il est possible de réduire son dommage par le biais de l'octroi d'une formation certifiée, que cette formation n'est pas trop onéreuse en regard des avantages qu'elle représente, que les autres conditions (notamment la condition subjective liée à la motivation) sont également remplies, il s'impose de proposer à l'assuré atteint dans sa santé la poursuite d'une formation de ce type. En l'espèce, le recourant n'a aujourd'hui que 51 ans. Au vu du nombre d'années qu'il lui reste à accomplir avant d'atteindre l'âge de la retraite, on ne voit pas en quoi une mesure consistant par exemple en l'octroi d'un apprentissage d'informaticien serait disproportionnée, ce d'autant qu'il existe de nombreuses possibilités d'embauche dans le domaine en question. Evidemment, il appartiendra au recourant de faire les efforts nécessaires pour lui permettre d'obtenir le CFC, mais il semble suffisamment motivé.

Par conséquent, le Tribunal décide de renvoyer le dossier à l'intimé afin qu'il mette en place une mesure de reclassement sous la forme d'une formation professionnelle certifiée, par exemple en qualité d'informaticien.

c) A toutes fins utiles, il est rappelé à l'intimé son devoir de verser des indemnités journalières, y compris, cas échéant, d'attente.

11. L'intimé, qui succombe, prendra à sa charge l'émolument de justice fixé à 500 fr. Il versera en outre la somme de 2'500 fr. au recourant à titre de participation à ses dépens.

**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 du 20 octobre 2009.
4. Dit que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité dès avril 2006 jusqu'à avril 2008.
5. Dit que le recourant a droit à une mesure de reclassement.
6. Condamne l'intimé à mettre en œuvre ladite mesure au sens des considérants et à verser les indemnités journalières qui en découlent.
7. Condamne l'intimé à payer au recourant une indemnité de 2'500 fr. à titre de dépens.
8. Met un émolument de 500 fr. à la charge de l'intimé.
9. 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

La secrétaire-juriste : Laurence SCHMID-PIQUEREZ

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