REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3102/2007 **ATAS/19/2008**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 2

du

En la cause

Monsieur M_____, domicilié à CORSIER, CH, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître BAIER Florian — recourant

contre

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

Siégeant : Isabelle DUBOIS , Présidente; , Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur M_____ (ci-après : le recourant), a travaillé en qualité de nettoyeur au service de l'entreprise N_____ d'octobre 1991 à décembre 1997. Son dernier salaire était de 4'950.- fr. brut pour un horaire de 40 heures par semaine.

2. En date du 3 septembre 1998, le recourant a déposé auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ (ci-après : OCAI) une demande de prestations de l'assurance-invalidité sous la forme d'une rente, invoquant souffrir d'une maladie rénale chronique et d'hypertension artérielle.

3. Dans son rapport du 21 décembre 1998 pour l'OCAI, le Dr A_____, médecin traitant, spécialiste FMH en médecine interne et maladies des reins, indiquait que le recourant souffrait d'hypertension artérielle et d'insuffisance rénale depuis octobre 1988. L'hypertension était contrôlée par un traitement, mais depuis quelques années l'insuffisance rénale s'aggravait progressivement. Le médecin traitant estimait que des mesures de réhabilitation professionnelle pourraient éventuellement être proposées au recourant après une transplantation rénale. L'incapacité de travail était de 50 % depuis le 2 septembre 1997 et de 100 % depuis le 26 décembre 1997.

4. En date du 3 juin 2001, le recourant a bénéficié d'une transplantation rénale.

5. Par décision du 7 novembre 2001, le recourant a été mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité à partir de septembre 1998, son degré d'invalidité étant de 100%.

6. En 2004, l'OCAI a ouvert une procédure de révision. Dans le questionnaire pour la révision de la rente, le recourant a mentionné qu'il était "très fatigué" et avait "des douleurs internes dues à la transplantation du rein". Il précisait qu'il était toujours sans activité lucrative.

7. Dans un rapport médical intermédiaire du 25 octobre 2004, le Dr B_____, du service de néphrologie des HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENÈVE (ci-après : HUG) relevait que le recourant avait retrouvé une excellente fonction rénale, qu'il suivait un traitement immunosuppresseur et antihypertenseur et que le pronostic était excellent. L'état de santé général du recourant s'était amélioré depuis la greffe du 3 juin 2001. Si le recourant ne pouvait pas reprendre l'activité exercée auparavant, il était en revanche en mesure d'exercer un autre travail manuel ne nécessitant pas d'efforts physiques importants et n'impliquant pas le port de charges dépassant 10 kilos. En outre, il ne pouvait pas maintenir la position debout plus de quatre heures par jour, ni se tenir à genoux, ni effectuer un travail en hauteur ou sur une échelle. Dans cette activité adaptée, sa capacité de travail était entière à partir du 1er novembre 2004.

8. Dans son rapport médical intermédiaire du 15 novembre 2004, le Dr A_____ indiquait que l'état de santé du recourant s'était amélioré depuis la transplantation rénale, avec un bon résultat sur la fonction rénale. Il avait également subi des cures d'hernies inguinales des deux côtés. Il souffrait d'une HTA probablement en relation avec une sténose d'une artère du greffon rénal qui devait être dilatée dans les prochains jours. Il était également soumis à un traitement immunosuppresseur pour le maintien de la greffe rénale. Des crises de goutte survenaient deux à trois fois par an. Le recourant n'avait pas de limitations fonctionnelles à proprement parler qui auraient une influence sur sa capacité de travail. Toutefois, le type de traitement médicamenteux (immunosuppresseur) restreignait le choix d'un travail. Le recourant devait pouvoir retrouver un travail sans contraintes physiques importantes et dans un lieu protégé des intempéries et de la poussière. Dans ces conditions, une reprise de travail était possible à 50 %. Il soulignait que l'atteinte goutteuse et une HTA relativement instable fragilisaient le patient et rendaient impossible sa précédente activité. Le recourant pouvait maintenir la position assise durant quatre heures par jour, la position debout deux heures par jour, la même position durant deux heures. Il ne pouvait pas adopter la position accroupie, ni exécuter des mouvements des membres ou du dos occasionnels ou répétitifs. En outre, il ne pouvait pas effectuer un horaire de travail irrégulier, ni travailler à hauteur ou sur une échelle, ni se déplacer sur sol irrégulier ou en pente. En conclusion, le Dr A_____ estimait que le recourant pouvait reprendre un travail sédentaire ou de livreur à l'abri de la poussière et des intempéries dès le 1er janvier 2005.

9. Le 18 novembre 2004, le recourant a subi à l'Hôpital de la Tour l'embolisation d'une fistule artéro-veineuse qui s'était formée au niveau du pôle inférieur droit du rein greffé.

10. Dans son avis du 6 décembre 2004, le Dr B_____, du SERVICE MÉDICAL RÉGIONAL (ci-après : SMR) mentionnait qu'une capacité de travail à 100 % était exigible dans une activité où le recourant pourrait "éviter les gros efforts physiques et les milieux à risque important d'infection (ex. égoutier)". Une mesure d'observation professionnelle lui paraissait inutile.

11. Dans un rapport de réadaptation professionnelle du 6 décembre 2005, l'OCAI exposait que lors d'un entretien du même jour, il avait été expliqué au recourant que la comparaison des gains permettait de retenir un taux d'invalidité de 14,68 %, ne donnant pas droit à une rente. Le recourant ne se sentait pas capable de travailler à 100 %, même dans une activité adaptée, et avait mentionné qu'une opération était prévue en mars 2006 en raison d'une hernie inguinale. En conclusion, l'OCAI proposait de questionner à nouveau le médecin traitant. De plus, contrairement à l'avis du médecin du SMR, l'OCAI pensait qu'une mesure d'observation professionnelle pouvait se justifier "afin d'évaluer au niveau pratique la capacité de travail résiduelle réelle de l'assuré".

12. Dans son rapport médical intermédiaire du 1er février 2006, le Dr A_____ confirmait la présence d'une hernie inguinale gauche, qui s'était aggravée en 2005. L'état général était stable depuis la greffe rénale et l'hypertension était difficile à contrôler. Le médecin traitant réitérait que la capacité de travail du recourant était de 50 % dans une activité sans importante charge physique. Une reprise de travail à ce taux pouvait être envisagée après la cure de hernie inguinale gauche prévue prochainement aux HUG, soit huit semaines après le retour à domicile. Le recourant serait vraisemblablement en mesure de suivre un stage d'observation professionnelle à ce moment.

13. Sur demande de l'OCAI, le Dr A_____ a indiqué le 7 juin 2006 que la cure de hernie inguinale gauche avait eu lieu le 21 février 2006.

14. Interrogé par l'OCAI sur l'exigibilité et en particulier sur la question de savoir si "un COPAI permettrait de déterminer la capacité de travail réelle", le Dr C_____, du SMR, a indiqué le 25 juillet 2006 que depuis l'avis médical du 6 décembre 2004, aucun fait nouveau n'avait été annoncé et que la capacité de travail du recourant était entière sans baisse de rendement dans une activité adaptée. Le Dr C_____ partageait l'avis du Dr B_____ de décembre 2004 sur les mesures d'observation.

15. Par un projet de décision du 18 avril 2007, l'OCAI a informé le recourant qu'il s'apprêtait à supprimer la rente, dans la mesure où son état de santé s'était sensiblement amélioré.

16. Par lettre du 8 mai 2007, le Dr A_____, pour le compte du recourant, a fait savoir à l'OCAI qu'il était surpris par l'estimation de la capacité de travail à 100 %. En effet, même si l'évolution de la transplantation rénale était favorable, le recourant continuait à souffrir d'une hypertension artérielle sévère justifiant une trithérapie à fortes doses. Il présentait en outre une récidive de hernie inguinale bilatérale qui l'empêchait de travailler. Il avait remis son patient en arrêt maladie, jusqu'à ce qu'une consultation chirurgicale puisse établir le plan de traitement de la hernie. En tout état, le médecin traitant réitérait qu'une reprise de travail à plus de 50 % n'était pas possible, surtout dans le cadre d'un travail manuel. L'impact du traitement antihypertenseur ainsi que le retentissement psychologique de la maladie ne lui permettraient certainement jamais de retrouver un travail à plein temps. Il invitait l'OCAI à reconsidérer sa position.

17. Interrogé par l'OCAI, le Dr C_____, dans un avis SMR du 4 juin 2007, a à nouveau indiqué qu'il n'y avait pas de faits nouveaux depuis l'avis du Dr B_____ de décembre 2004. La greffe de rein de 2001 avait été un succès et le recourant présentait une hypertension artérielle ainsi qu'une hydrocèle vaginale susceptible de bénéficier d'un traitement chirurgical. Cette dernière affection ne justifiait pas une quelconque incapacité de travail durable. De plus, le recourant ne bénéficiait ni d'un suivi psychiatrique ni d'un traitement psychotrope.

18. Par décision du 15 juin 2007, l'OCAI a supprimé la rente du recourant dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision et prononcé qu'un recours dirigé contre la décision n'aurait pas d'effet suspensif (art. 66 LAI et 97 LAVS). Sur demande expresse et motivée, le recourant pouvait toutefois bénéficier du service de placement de l'OCAI. En substance, l'OCAI estimait que les documents recueillis dans le cadre de la révision du droit à la rente démontraient que l'état de santé du recourant s'était sensiblement amélioré courant 2006, rendant possible la reprise d'une activité professionnelle adaptée à plein temps et sans baisse de rendement. Après avoir procédé à une comparaison des revenus, l'OCAI constatait que le taux d'invalidité était de 14,70 %, sur la base de l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2004 (ci-après: ESS 2004), tableau TA 1, total homme de niveau 4, soit 55'0056 fr. par an. Ce montant avait été comparé avec le salaire, réactualisé, que le recourant pouvait réaliser sans invalidité comme nettoyeur, soit 64'529 fr. 70. Le degré d'invalidité retenu devait entraîner la suppression du droit à la rente.

19. Par lettre postée le 9 août 2007, le recourant a informé le Tribunal de céans qu'il formait recours contre la décision du 15 juin 2007. Préalablement, il sollicitait un délai pour compléter son recours, ainsi qu'une expertise médicale judiciaire. Principalement, il concluait à l'octroi d'une "rente d'invalidité entière ou partielle en fonction de sa capacité de travail résiduelle médicalement établie", avec suite de frais et dépens.

20. Dans son mémoire complémentaire du 29 septembre 2007, le recourant demande, sur mesures provisoires, la restitution de l'effet suspensif et "le versement d'une rente d'invalidité de 75% jusqu'à droit jugé au fond". Il précise que, préalablement, il sollicite "une expertise médicale du cas par un hypertensiologue". Il maintient ses conclusions principales. En substance, il expose qu'il souffre d'une hypertension sévère, ainsi que de "problèmes de santé relativement graves" depuis la transplantation rénale. De plus il est astreint à suivre un traitement médicamenteux lourd, qui diminue sa résistance immunitaire, ainsi qu'à se soumettre à "un examen rénal régulier", impliquant des prélèvements de tissu rénal et pouvant ainsi entraîner une fistule (comme en novembre 2004) ou une sténose artérielle. Le recourant reproche aux médecins du SMR de ne pas avoir tenu compte de ce qui précède et d'avoir pris leurs conclusions "en quatre lignes manuscrites, sans anamnèse, ni status, ni référence quelconque au dossier ou aux antécédents médicaux". Le recourant estime qu'il y a lieu de constater "dans un premier temps et à titre provisoire" qu'il ne peut exercer une activité adaptée qu'à 50%, ce qui porte son taux d'invalidité à 64,68% (50% + 14,68%), ouvrant le droit à un trois-quarts de rente. L'expertise médicale d'un hypertensiologue permettra de déterminer dans quelle mesure son état de santé "est encore compatible avec l'exercice d'une quelconque activité professionnelle".

Avec son mémoire complémentaire, le recourant a produit divers documents médicaux, dont une attestation du 14 août 2007 du Dr B_____, mentionnant qu'il jouit d'une bonne fonction rénale, que sa pression artérielle est difficilement contrôlable, malgré une trithérapie et qu'il "souffre également d'un état anxio-dépressif à la suite de problèmes familiaux". Ce médecin estime la capacité du travail du recourant à 50% pour un travail ne nécessitant pas d'efforts physiques importants.

21. Par courrier du 24 octobre 2007, le recourant a fait parvenir au Tribunal un rapport d'hospitalisation du 6 octobre 2007 des HUG, dont il résulte qu'il a fait une réaction allergique à un médicament, sans qu'on puisse déterminer auquel.

22. Dans sa réponse du 31 octobre 2007, l'OCAI conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. En substance, l'état de santé du recourant s'est amélioré depuis la décision du 7 novembre 2001, de sorte que les conditions permettant la révision du droit à la rente sont remplies. L'atteinte justifiant l''incapacité totale a disparu, le pronostic relatif à la transplantation rénale étant qualifié d'excellent. L'hypertension artérielle, qui existe d'ailleurs depuis 1988 alors que le recourant travaillait comme nettoyeur, n'est pas susceptible de fonder une incapacité de travail de longue durée dans une activité légère. La capacité de travail étant à nouveau totale, la rente doit être supprimée conformément aux art. 88a al. 1 et 88bis al. 2 RAI.

23. Par courrier du 19 novembre 2007, les parties ont été informées que la cause était 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 applicable en l'espèce, dès lors que les faits juridiquement déterminants dans le cadre d'une éventuelle révision de la rente se sont déroulés postérieurement à son entrée en vigueur le 1er janvier 2003 (cf. ATF 130 V 446 ss consid. 1, 129 V 4 consid. 1.2). En tout état, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi, de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3).

3. Par ailleurs, le 1er juillet 2006 sont entrées en vigueur les nouvelles dispositions relatives aux mesures de simplification de la procédure dans l'assurance-invalidité, adoptées le 16 décembre 2005. Celles-ci ont eu, notamment, pour effet de remplacer la procédure de l'opposition par la procédure de préavis (art. 57a alinéa 1 LAI), en rétablissant ainsi la situation antérieure à l'introduction de la LPGA (cf. message du Conseil fédéral du 4 mai 2005, FF 2005, p. 2899 et ss). L'art. 69 al. 1 LAI, dans sa nouvelle teneur, prévoit que les décisions des offices AI cantonaux peuvent faire directement l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du canton de l'office qui a rendu la décision.

   En l'espèce, l'OCAI a communiqué à l'assuré un projet de décision en date du 18 avril 2007, qui a été confirmé par la décision du 15 juin 2007, contre laquelle l'assuré a interjeté directement recours devant le Tribunal de céans le 9 août 2007.

   Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est par conséquent recevable (art. 56 ss et 38 al. 4 let. b LPGA).

4. Le litige porte sur la question de savoir si le degré d'invalidité du recourant s'est modifié depuis la décision du 7 novembre 2001, à tel point que la rente entière dont il bénéficie devrait être supprimée. En d'autres termes, il s'agit de déterminer si c'est à juste titre que l'OCAI a estimé, sur la base des avis des médecins du SMR et sans autre mesure d'instruction, que le recourant peut maintenant exercer à 100% une activité adaptée.

5. A titre préalable, il sied de relever que selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

   Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. 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 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b, ATFA non publié du 28 décembre 2006, I 520/05, consid 3.2).

   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 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). A l'instar de ce qui prévaut pour une nouvelle demande (ATF 130 V 71), c'est la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ

temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente (sur demande ou d'office; ATF 133 V 108).

6. De manière plus générale, il convient de souligner qu'aux termes de l'art. 4 LAI, l'invalidité est la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale, provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. également l'art. 8 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).

   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). 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 (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI). Depuis le 1er janvier 2004, 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 (art. 28 al. 1 LAI).

7. Au niveau de la preuve, la plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office de l'assurance-invalidité, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge (VSI 1997 p. 318 consid. 3b). Lors de l'évaluation de l'invalidité, 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, ces données constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2,

114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas.

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 enfin que 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 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). Quant aux rapports émanant des médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait relevant de l'expérience que, de par sa position de confident privilégié que lui confère son mandat, le médecin traitant tranchera dans le doute en faveur de son patient (ATF 125 V 352 consid. 3 b/cc et les références).

Lors de l'examen des demandes de prestations de l'assurance-invalidité, l'OCAI prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (art. 43 al. 1 LPGA). Ainsi, l'administration (comme le juge) doit veiller d'office à l'établissement exact et complet des faits pertinents. Sont pertinents tous les faits dont l'existence peut influencer d'une manière ou d'une autre le jugement relatif à la prétention. Dans ce contexte, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons 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).

Enfin, 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 (cf. 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, le Tribunal de céans constate que la symptomatologie médicale du recourant a été suffisamment investiguée. Tant le Dr B_____, du service de néphrologie des HUG, que le médecin traitant, spécialiste des maladies des reins,

attestent que la transplantation rénale a été un succès et a sensiblement amélioré son état de santé. Le recourant suit un traitement immunosupresseur depuis cette intervention, ainsi qu'un traitement pour l'hypertension artérielle, dont il souffre depuis 1988; il a été traité également pour des hernies inguinales. Enfin, l'état anxio-dépressif évoqué par le Dr B_____ ne constitue pas une atteinte invalidante à la santé psychique du recourant, qui n'en fait d'ailleurs pas état dans ses écritures. Il n'y a donc pas lieu d'ordonner une expertise médicale, contrairement à ce qu'estime le recourant, étant rappelé que l'administration ou le juge doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il paraît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4).

Par ailleurs, il est admis que le recourant n'est toujours pas en mesure de reprendre sa précédente activité, à savoir celle de nettoyeur.

En revanche, les Drs B_____ et A_____ sont d'avis que, dans une activité adaptée, la capacité de travail du recourant est de 50%, alors que les Drs B_____ et C_____, du SMR, estiment qu'elle est entière, d'une part et qu'un stage d'observation professionnelle serait inutile, d'autre part. L'OCAI a suivi les avis SMR, non motivés, et a écarté ceux des Drs B_____ et A_____, sans explications et sans procéder à aucune autre mesure d'instruction, alors même que son service de réadaptation préconisait un stage d'observation professionnelle. Pourtant, les limitations fonctionnelles retenues par les médecins sont importantes et portent non seulement sur la nature de l'activité (limitations temporelles au maintien des positions assise/debout ainsi que de la même position, impossibilité d'adopter la position accroupie, de porter des charges de plus de 10 kilos, de travailler sur une échelle ou en hauteur, de se déplacer sur sol irrégulier ou en pente, d'exécuter de mouvements répétitifs des membres ou du dos), mais également sur l'environnement professionnel (éviter la poussière, les intempéries, ainsi que les milieux à risque important d'infection). Cela aurait dû inciter l'OCAI à mettre sur pied des stages professionnels.

Cela étant, rien ne permet de s'écarter de la fixation à 50% de la capacité résiduelle de travail du recourant. Ce taux sera donc retenu. Toutefois, on ignore dans quelle activité le recourant, qui présente passablement de limitations fonctionnelles, peut travailler.

En définitive, il apparaît que l'intimé n'a pas procédé aux investigations nécessaires pour déterminer la capacité résiduelle de travail raisonnablement exigible du recourant dans l'activité adaptée. Il a ainsi failli à son devoir d'instruction d'office ressortant de l'art. 43 al. 1 LPGA. En conséquence, il y a lieu de renvoyer le dossier à l'OCAI pour complément d'instruction sous forme de stages professionnels qui tiendront compte de l'absence de formation du recourant et qui viseront à déterminer de façon concrète quelles sont les activités adaptées à son handicap,

conformément au principe jurisprudentiel selon lequel un assuré doit mettre à contribution sa capacité résiduelle de travail. Sur ce, l'intimé rendra une nouvelle décision. Ces mesures professionnelles veilleront à placer le recourant dans une situation réelle, tenant compte des limitations fonctionnelles importantes retenues par les médecins.

9. Dans la mesure où la décision attaquée est annulée, la demande de restitution de l'effet suspensif devient sans objet.

10. Le recourant, qui obtient partiellement gain de cause, a droit à des dépens, fixés en l'espèce à 1'500 fr. (art. 61 let. g LPGA). Par ailleurs, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité, entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), a apporté des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En particulier, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). Le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005). Vu l'issue du litige, un émolument de 300 fr. sera mis à charge de l'intimé.

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 de l'OCAI du 15 juin 2007.

3. Renvoie la cause à l'intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.

4. Met un émolument de 300 fr. à la charge de l'intimé.

5. Condamne l'intimé à verser au recourant la somme de 1'500 fr. à titre de dépens.

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

Isabelle DUBOIS

Le secrétaire-juriste :
Ivo BUETTI

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