

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3272/2007

ATAS/334/2008

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 1

du 18 mars 2008

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à GENEVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude
de Maître Van LOON J. Potter

recourant

contre

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

intimé

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

EN FAIT

1. Monsieur A_____, d'origine espagnole, en Suisse depuis 1980, a déposé le 21 mars 2003 une demande auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après OCAI) visant à la prise en charge de moyens auxiliaires. Le 28 mars 2003, il a sollicité l'octroi d'une rente d'invalidité.
2. Dans un rapport du 11 avril 2003 la Dresse L_____, spécialiste FMH en médecine interne, a expliqué que le 31 mars 2002, son patient avait chuté en descendant de sa caravane d'une hauteur d'environ 60 cm avec réception en arrière au niveau du dos et de la clavicule gauche. Elle a posé à titre de diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail, une fracture tassement de D-12 avec syndrome vertébral chronique et une probable ostéoporose, et, à titre de diagnostics n'ayant pas de répercussion sur la capacité de travail une hypertension artérielle et du psoriasis. Elle a considéré que son patient était incapable de travailler à 100% depuis le 31 mars 2002 dans son activité de nettoyeur aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG). Il se plaint de douleurs dorso-lombaires persistantes en barre, s'étendant sur toutes les vertèbres lombaires, cotées à 6/10 omniprésentes, augmentées à la marche, ce qui limite l'endurance à 20-30 minutes et le port de charges. La fracture de la 12^{ème} vertèbre dorsale est traitée conservativement par un corset, l'évolution est lente malgré un traitement antalgique et de la physiothérapie. Elle a signalé que l'assuré avait tenté une reprise de travail à 50% au début du mois de décembre 2002, qui s'était avérée être un échec, en raison de douleurs dorso-lombaires trop importantes. Elle a ajouté que l'assuré pourrait exercer une autre activité que celle de nettoyeur, mais avec une diminution de rendement.
3. L'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (CRR) de la SUVA, caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après SUVA) du 4 février au 12 mars 2003. Il a été évalué dans les ateliers professionnels où il a fonctionné dans un premier temps avec le service de nettoyage, puis effectué des tâches légères. Il s'est montré collaborant et n'a pas exprimé de plaintes douloureuses. Il est capable de fonctionner correctement durant deux heures consécutives. Aussi une reprise du travail a-t-elle été préconisée comme nettoyeur à 50% dès le 17 mars 2003 dans le cadre d'activité légère ne nécessitant ni le port de charges lourdes ni la position courbée. Ces restrictions sont à conserver durant un mois d'essai, l'idée étant, si la situation était favorable, d'augmenter progressivement le temps de travail afin d'arriver à une capacité de travail de 100% dans une activité non aménagée.
4. Par décision du 24 juin 2003, la SUVA a informé l'assuré que n'ayant plus lieu d'attendre de la continuation du traitement une amélioration notable des suites de l'accident, elle mettait fin au paiement des soins médicaux. Admettant par ailleurs qu'il ne pouvait plus travailler comme nettoyeur, mais que sa capacité de travail serait possible à plein temps et à plein rendement dans une activité légère, elle a

annoncé qu'elle continuerait à lui verser l'indemnité journalière jusqu'au 30 novembre 2003 sur la base d'une incapacité de travail de 100% afin de lui permettre d'entreprendre par ses propres moyens ou avec le concours de l'AI des démarches pour trouver un poste de travail adapté. A cette date, elle se prononcerait sur le droit à une rente d'invalidité.

5. Par décision du 13 janvier 2004, la SUVA a reconnu le droit de l'assuré à une rente d'invalidité de 30% et à une atteinte à l'intégrité de 10%.
6. Le médecin du Service médical régional AI (ci-après SMR) a constaté, dans une note du 9 février 2004, que généralement ce type de fracture se consolidait bien. Il en a ainsi conclu que " s'il faut éviter les flexions forcées du tronc et le port de charges, alors il faut changer de métier : capacité 100% (avis également de la SUVA). Une observation ne paraît pas indispensable."
7. La Dresse L_____ a établi un nouveau rapport le 13 mars 2004. Elle indique que depuis son précédent rapport d'avril 2003, les douleurs ont diminué et le syndrome vertébral s'est amélioré. Elle préconise dès lors une deuxième tentative de reprise de travail et le justifie comme suit : "en décembre 2002 une reprise de travail avait été établie pour l'assuré ceci d'entente avec l'orthopédiste le Prof. Q_____. Le traumatisme était considéré comme consolidé et la reprise de travail sans risque pour l'assuré. Après trois jours de travail, l'assuré est revenu en consultation en raison de douleurs l'empêchant de poursuivre le travail. D'entente avec le médecin de la SUVA, il a été envoyé à la CRR. En raison de plaintes subjectives nous avons préconisé un travail plus léger sans port de charges lourdes. Les démarches de réinsertion ayant mis plus d'un an et la perspective de se trouver sans revenu ont modifié la situation. Je pense donc qu'il vaut vraiment la peine de tenter de le remettre au travail car il est jeune et n'a pas d'autre avenir professionnel".
8. Dans une note du 15 juillet 2004, la Dresse M_____ dit suivre les conclusions de la SUVA puisque les pathologies invalidantes (séquelles de fracture de D-12) sont dans les suites d'un accident. Les conclusions du Dr R_____ en juin 2003 reprenant celles de la CRR de mars 2003, confirment la pleine capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles et ceci depuis la sortie de la CRR. En effet une reprise progressive du travail dans une activité adaptée était déjà exigible depuis mars 2003 à 50% pendant un " mois d'essai" puis à 100%. Les diagnostics étant restés les mêmes ces exigibilités sont toujours valables. Elle relève que la Dresse L_____ qu'elle a interrogée le 7 mai 2004, estime également que la capacité de travail de son patient comme nettoyeur est de 50% (essai en cours). En résumé, l'incapacité de travail comme nettoyeur est complète du 31 mars 2002 au 16 mars 2003, puis de 50%. Dans une activité adaptée, la capacité de travail est totale dès avril 2003 (après un mois de reprise à 50%).

9. L'infirmière de santé publique du personnel des HUG a informé l'OCAI, par courrier du 30 avril 2004, que l'assuré avait repris son activité professionnelle à 50% dès le 11 mai 2004 et à 70% dès le 20 septembre 2004. Elle précise que la reprise de travail a été soumise à des mesures d'allègement préconisées par le médecin-conseil des HUG. L'assuré a pu reprendre son travail d'agent de propreté et hygiène à 100% sans aucune restriction dès le 25 octobre 2004. Selon l'infirmière, il est toutefois prématuré de se prononcer sur ses capacités à assumer sa fonction à moyen, voire long terme.
10. Dans un rapport du 6 décembre 2004, la Division de réadaptation professionnelle de l'AI a ainsi constaté que son mandat de réadaptation n'avait plus de raison d'être et a liquidé le dossier. Elle a proposé d'évaluer un éventuel droit à des prestations rétroactives.
11. L'infirmière de santé publique du personnel des HUG a indiqué le 3 mai 2005 que l'état de santé de l'assuré s'était péjoré au point qu'il était en incapacité de travail à 50% depuis le 25 avril 2005.
12. Interrogée par l'OCAI, la Dresse L _____ a, le 20 mai 2005, confirmé que l'état de santé de son patient s'était aggravé, précisant que lorsqu'il travaille à 50% et qu'il peut s'étendre l'après-midi, la situation est supportable. Les douleurs sont persistantes et s'aggravent en fin de matinée. Elles sont partiellement soulagées par les antalgiques. Depuis février 2005, les douleurs thoraciques gauches et lombaires se sont aggravées et l'assuré présente une raideur à la mobilisation du rachis dorso-lombaire. Il a été décidé de le laisser définitivement à 50%.
13. Dans un rapport du 27 juin 2005, le Dr N _____, spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales, a retenu les mêmes diagnostics et également évalué l'incapacité de travail à 50% depuis le 25 avril 2005.
14. L'assuré a été soumis à un examen rhumato-psychiatrique au SMR par le Dr O _____, psychiatre et la Dresse P _____, rhumatologue. Un rapport a ainsi été établi le 17 mars 2006.

Les médecins ont retenu à titre de diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail ceux de syndrome vertébral chronique sur status après fracture-tassement de D-12 et troubles dégénératifs modérés, et à titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, une obésité avec BMI à 29,6, une hypertension artérielle traitée et un ancien alcoolisme. Aucun diagnostic n'a été constaté du point de vue psychiatrique. Ils relèvent que cet assuré présente un syndrome douloureux chronique localisé au niveau du rachis dorso-lombaire d'origine post-traumatique. Au vu des constatations objectives de l'examen clinique et de l'anamnèse fournie par l'assuré, ils disent n'avoir aucune explication d'ordre médical pour motiver l'incapacité de travail alléguée. Ils évaluent dès lors la capacité de travail exigible dans l'activité habituelle à 50% et dans une activité adaptée à 100%, en tenant

compte des limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges supérieures à 10 kg, pas de mouvements fréquents flexion - extension du rachis ou en porte-à-faux du tronc contre-résistance, pas de montée ou descente d'escalier ou d'échelle à répétition, pas de travail en hauteur, pas de position statique assise au-delà d'une heure trente, pas de position statique debout au-delà de trente minutes et possibilité de varier les positions au minimum une fois par heure.

15. L'infirmière de santé publique du personnel des HUG a confirmé lors d'un entretien téléphonique du 15 septembre 2005 avec la gestionnaire AI du dossier que le poste actuel de l'assuré n'était aucunement adapté car trop lourd pour lui.
16. Le service de réadaptation professionnelle AI a relevé que l'assuré travaillait depuis près de 22 ans aux HUG dans l'entretien, que depuis le 25 avril 2005 il est à nouveau à 50% dans le service de pédiatrie. L'assuré a ainsi décrit ses tâches principales : balayage humide, sortie des poubelles, nettoyage des toilettes et dépoussiérage. Le matériel mis à disposition par l'employeur lui semble bien adapté et facilite quelques positions (charriot à roulettes, balais, bidons...). S'agissant du port de charges, l'assuré ne pense pas que ce soit trop lourd, sauf pour les poubelles mais il est alors aidé par le charriot. Par contre il travaille toujours debout et bénéficie d'une pause de vingt minutes. Il travaille de 8 h à midi. Pour l'assuré ce n'est pas le fait de rester debout qui est très problématique mais c'est surtout les mouvements de nettoyages (flexion - extension et la position en porte-à-faux). Se fondant sur l'exigibilité médico-théorique d'une activité possible à 100% dans une activité adaptée, ce service a procédé le 16 mars 2007 à la comparaison des revenus avec et sans invalidité et obtenu un degré d'invalidité de 29,8%, un temps de travail raisonnablement exigible de 100% et une réduction supplémentaire de 10% ayant été retenus. S'agissant d'une orientation, d'un reclassement ou d'une aide au placement, il est indiqué que l'assuré n'est pour le moment pas intéressé.
17. L'OCAI a communiqué à l'assuré le 22 mai 2007 un projet de décision aux termes duquel sa demande était rejetée.
18. Par décision du 26 juin 2007, l'OCAI a confirmé son projet.
19. L'assuré, représenté par Maître J. Potter Van LOON, a interjeté recours le 28 août 2007. Il conclut préalablement à l'ordonnance d'une expertise rhumatologique neutre qui pourrait être confié au Centre multidisciplinaire de la douleur de Genolier et principalement à ce que la rente d'invalidité à laquelle il a droit soit fixée sur la base des conclusions de l'expertise rhumatologique neutre, à ce qu'un revenu annualisé sans invalidité pour l'année 2003 de 81'992 fr. indexé à l'évolution des salaires jusqu'en 2007 soit retenu, et à ce que lui soit reconnu un abattement de 25% dans le calcul du gain annuel avec invalidité. Il a produit une attestation du Dr N_____ datée du 30 août 2007, aux termes de laquelle il continue à souffrir

de dorso-lombalgies chroniques, ce qui ne lui permet pas de travailler à plus de 50%.

20. Dans sa réponse du 5 novembre 2007, l'OCAI constate que médicalement la situation a été très clairement évaluée de concert avec l'assurance-accidents et que malgré le souhait de l'assuré de réintégrer son ancien poste une activité mieux adaptée à ses limitations fonctionnelles et moins lourde est tout à fait exigible compte tenu de son atteinte à la santé. S'agissant du calcul du degré d'invalidité, il rappelle que seule l'année 2003 peut constituer l'année de référence pour l'examen du droit aux prestations de l'assuré, l'incapacité de travail ayant débuté en mars 2002. Il considère par ailleurs que l'abattement de 10% retenu est adapté aux limitations fonctionnelles. Il conclut dès lors au rejet du recours, étant entendu que des mesures de réadaptation peuvent être envisagées si l'assuré les sollicite.
21. Ce courrier a été transmis à l'assuré et la cause gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

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

La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant des modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-invalidité. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités).

Sur le fond, le Tribunal de céans relève que la décision litigieuse ayant été rendue en date du 26 juin 2007 et statuant sur un état de fait juridiquement déterminant remontant à l'année 2002, le présent litige sera examiné à la lumière des dispositions de la LPGA. Il convient quoi qu'il en soit de relever que ces dispositions n'ont pas modifié la notion d'invalidité selon l'ancienne LAI et la jurisprudence du TFA y relative est toujours d'actualité.

2. En ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, la LPGA et son ordonnance d'application s'appliquent sans réserve dès le jour de leur entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 60 LPGA).

3. L'objet du litige porte sur le droit de l'assuré à une rente d'invalidité.
4. 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). L'incapacité de gain est 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).
5. 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). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid. 1; ATFA non publié du 19 avril 2002, I 554/01).

Ainsi que le Tribunal fédéral des assurances l'a déclaré à maintes reprises, la notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité. Dans ces trois domaines, elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé assurée, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entrent en ligne de compte pour l'assuré. La définition de l'invalidité est désormais inscrite dans la loi. Selon l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

En raison de l'uniformité de la notion d'invalidité, il convient d'éviter que pour une même atteinte à la santé, assurance-accidents, assurance militaire et assurance-invalidité n'aboutissent à des appréciations divergentes quant au taux d'invalidité. Cela n'a cependant pas pour conséquence de les libérer de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité. En aucune manière un assureur ne peut se contenter de reprendre simplement et sans plus ample examen le taux d'invalidité fixé par l'autre assureur car un effet obligatoire aussi étendu ne se justifierait pas. D'un autre côté, l'évaluation de l'invalidité par l'un de ces assureurs ne peut être effectuée en faisant totalement abstraction de la décision rendue par l'autre. A tout le moins, une évaluation entérinée par une décision entrée en force ne peut pas rester simplement ignorée.

Une appréciation divergente ne peut intervenir qu'à titre exceptionnel et seulement s'il existe des motifs suffisants. A cet égard, il ne suffit donc pas qu'une

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

En ce qui concerne la coordination des taux d'invalidité entre les différentes branches de l'assurance sociale (ATF 126 V 288), l'assurance-invalidité n'est pas liée par l'évaluation à laquelle a procédé la SUVA, lorsque l'assuré souffre d'affections d'origine malade qui n'engagent pas la responsabilité de cet assureur-accidents.

6. 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. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). 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, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine).
7. Le juge des assurances sociales 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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider 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. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, 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 du médecin 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 et les références). Ces principes, développés à propos de l'assurance-accidents, sont applicables à l'instruction des faits d'ordre médical dans toutes les branches d'assurance sociale (SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH, Bâle 2000 p. 268).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss. consid. 3). Ainsi, lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb).

8. S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).
9. En vertu de la maxime d'office, l'administration et le juge doivent 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 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).
10. En l'espèce, la SUVA a considéré que l'assuré présentait une capacité de travail de 50% comme nettoyeur dans le cadre d'une activité aménagée depuis mars 2003 et de 100% comme nettoyeur depuis avril 2003 (cf. rapport de la CRR du 21 mars 2003). Elle lui a reconnu le droit à une rente d'invalidité de 30%.

La Dresse L_____ admettait à la même époque la possibilité pour son patient de reprendre une activité adaptée à son état de santé, tout en prévoyant une certaine diminution de rendement (cf. rapport du 11 avril 2003).

Constatant une amélioration depuis mars 2004, le médecin traitant a encouragé l'assuré à reprendre une activité. Celui-ci a effectivement travaillé comme nettoyeur sans port de charges lourdes à 50% dès le 11 mai 2004, à 70% dès le 20 septembre 2004 et comme nettoyeur sans restrictions particulières à 100% dès le 25 octobre 2004.

La Dresse L_____ et le Dr N_____ ont toutefois signalé la survenue d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré, à telle enseigne que le temps de travail a été réduit de moitié dès le 25 avril 2005 (cf. rapports des 20 mai et 27 juin 2005).

L'OCAI s'est fondé sur l'examen bi-disciplinaire réalisé par les Drs O_____ et P_____ le 17 mars 2006 pour retenir une capacité de travail exigible dans l'activité habituelle à 50% et dans une activité adaptée à 100%.

Le Tribunal de céans constate que le rapport des médecins du SMR se fonde sur un examen complet et prend en considération les plaintes exprimées par l'assuré. Il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin les conclusions des deux médecins sont dûment motivées. Il doit dès lors se voir reconnaître une pleine valeur probante.

11. L'assuré conteste les conclusions de ce rapport, rappelant que selon ses médecins traitants, son incapacité de travail est évaluée à 50% dans une activité aménagée en fonction de ses limitations. Il s'agit dès lors d'examiner si les conclusions de ces médecins sont de nature à mettre en doute celles des Drs O_____ et P_____.
12. Il y a lieu de constater que la Dresse L_____ se fonde sur les plaintes de l'assuré pour évaluer son incapacité de travail à 50%. Or, de la description faite par l'assuré lui-même de son travail de nettoyeur aux HUG, il résulte que rien ne l'empêcherait d'exercer son activité à plein temps, pour autant que l'on tienne compte de ses limitations, ainsi que l'ont retenu les Drs O_____ et P_____. Il va de soi que cette activité ne pourra vraisemblablement pas s'exercer dans le cadre du service dans lequel il travaillait depuis de longues années, ce qu'il aurait naturellement préféré. L'AI ne peut cependant pas en tenir compte. Il y a à cet égard lieu d'attirer l'attention de l'assuré sur le fait que sur demande auprès de l'AI, une orientation, un reclassement ou une aide au placement pourrait être envisagé.

13. L'assuré sollicite du Tribunal de céans qu'il ordonne une expertise rhumatologique. Il convient de rappeler à ce sujet que si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; KIESER, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité).

Le Tribunal de céans renoncera dès lors à ordonner une telle expertise.

14. Reste à déterminer le degré d'invalidité.
15. Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2004, l'assuré a droit à un quart de rente si le taux d'invalidité atteint 40% au moins, à une demi-rente s'il atteint 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il atteint 60% et à une rente entière s'il atteint 70% au moins.

Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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. La comparaison des revenus 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 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; jusqu'au 31 décembre 2002: art. 28 al. 2 LAI; du 1er janvier au 31 décembre 2003: art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGa; depuis le 1er janvier 2004: art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGa). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; 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, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174).

Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il 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 la santé.

16. En l'espèce, le calcul auquel a procédé l'OCAI est conforme aux dispositions légales et réglementaires applicables, ainsi qu'à la jurisprudence du TFA. L'OCAI a à juste titre pris en considération les chiffres résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 2003 pour établir le revenu avec invalidité.
17. L'assuré conteste le taux d'abattement supplémentaire de 10% retenu par l'OCAI.

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/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 79 consid. 5b/aa cc; VSI 2002 p. 70 s. consid. 4b).

La déduction de 25% n'intervient cependant pas de manière générale et dans chaque cas. Il faut au contraire examiner sur la base de l'ensemble des circonstances du cas concret particulier si et dans quelle mesure le revenu hypothétique doit être réduit. Par ailleurs, il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération comme les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité ou la catégorie de permis de séjour, ou encore le taux d'occupation. Il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidité, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret.

Le TFA a ainsi procédé à un abattement de 15% pour tenir compte en particulier de la nationalité étrangère du recourant et de l'empêchement à effectuer des travaux lourds ou de la nécessité d'alterner les positions assis/debout (ATFA non publié du 30 novembre 2001 I 422/01).

Dans un autre cas, l'abattement a été fixé à 15% dans le cas d'un ressortissant portugais d'une cinquantaine d'année subissant des limitations importantes de l'épaule (ATFA non publié du 18 juillet 2003, I 422/01).

Dans un arrêt du 23 octobre 2000 (ATFA non publié en la cause I 177/00), le Tribunal fédéral a indiqué qu'il n'y avait pas lieu de retenir un abattement de 10%

en raison de la limitation à des activités légères dans le cadre d'activités simples et répétitives que recouvraient les secteurs de la production et des services, car au regard du large éventail d'activités que recouvrait cette catégorie, on devait convenir qu'un nombre significatif de ces activités sont légères et permettent l'alternance des positions et sont donc adaptées aux handicaps des assurés qui ne peuvent plus effectuer de travaux lourds et doivent éviter les positions statiques prolongées.

Enfin, le TFA admet comme un facteur de réduction le fait que l'intéressé se trouve limité à exercer un travail à temps partiel. En effet, il est généralement admis que les employés à temps partiel gagnent proportionnellement moins que ceux qui travaillent à temps plein (Arrêt du TFA du 10 octobre 2003, I 412/03 ; voir VSI 1998 p. 182 consid. 4b, 1998 p. 297 ; ESS 2000 p. 24 tableau 9).

La réduction des salaires ressortant des statistiques incombe en premier lieu à l'office AI, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Cela étant, le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adopté dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6 p. 81, 123 V 150 consid. 2 et les références p. 152).

En l'espèce, le taux d'abattement pris en considération par l'OCAI de 10% n'est, au vu de ce qui précède, pas critiquable.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de 200 fr. à la charge du recourant.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La Présidente

Marie-Louise QUELOZ

Doris WANGELER

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