REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4628/2006 **ATAS/614/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 6

du 31 mai 2007

En la cause

Monsieur G_____, domicilié , LE LIGNON	recourant
contre	
OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENEVE	intimé

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Teresa SOARES et Luis ARIAS, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur G_____ (ci-après : l'assuré), né le 1949, marié, de nationalité suisse, exerce la profession de facteur auprès de X_____ Suisse.

2. Le 5 juillet 2004, le Dr A_____, spécialiste FMH en médecine générale, a écrit à l'employeur que l'état de santé de l'assuré justifiait une baisse de la charge de travail selon les principes suivants, par exemple : une baisse de l'horaire quotidien de travail d'une heure environ; une tournée ne justifiant pas trop d'arrêts avec mise sur pied du scooter; une limitation du port de charge à 20 kg. Il a attesté le 9 août 2004 d'une incapacité de travail totale du 23 juin au 25 juillet 2004 et à 50 % du 26 juillet au 13 août 2004.

3. Une échographie du mollet droit du 23 janvier 1997 avait conclu à une évocation d'une ancienne déchirure avec une zone de fibrome, un hématome focal diffus et un épaississement de l'aponévrose et un CT lombaire du 30 mars 2001 avait conclu à une petite protrusion discale L4-L5, sans compression du fourreau dural antérieur, pas de conflit disco-radiculaire ou osteo-radiculaire, pas de signe d'arthrose. Il n'y avait pas d'explications aux douleurs du patient.

4. Dès le 14 mars 2005, l'assuré n'a effectivement travaillé pour X_____ Suisse qu'à 50 % et a consacré le reste de son temps à un mandat de député au Grand-Conseil. Son revenu a cependant été maintenu à 100 % par X_____ Suisse.

5. Une échographie du mollet gauche du 20 juin 2005 conclut à un status après déchirure de la partie supéro-interne du solaire gauche, avec un hématome organisé à l'endroit de la déchirure de 20 sur 15 mm de diamètre environ, et un hématome diffus avoisinant élargissant le solaire.

6. Le 30 juin 2005, l'assuré a déposé une demande de prestation AI en raison de problèmes musculaires et lombaires.

7. Le 7 juillet 2005, X_____ Suisse a attesté que l'assuré travaillait comme collaborateur du Service de distribution depuis le 1er mars 1965 à raison de 42 heures par semaine 6 jours par semaine pour une salaire en 2005 de 75'126 fr.

8. Le 22 juillet 2005, X_____ Suisse a informé l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OCAI) que l'assuré avait pu reprendre une activité à 100 % dès le 10 juillet 2005.

9. Le 19 août 2005, le Dr A_____ a rendu un rapport médical AI. Il diagnostique des lombalgies communes droites récidivantes depuis 2000, des épicondyalgies droits récents (depuis mai 2005), des accidents musculaires à répétition (mollets, ischiojambiers) depuis deux à trois ans et des fissures des côtes depuis 2004. L'incapacité de travail avait évolué comme suit depuis 1998 :

100 % du22 janvier 1998 au 8 mars 1998
100 % du 14 juin 1999 au 20 juin 1999
100 % du 15 janvier 2001 au 21 janvier "2005"
100 % du 24 octobre 2002 au 17 novembre 2002
100 % du 3 avril 2003 au 7 avril 2003
100 % du 27 octobre 2003 au 30 novembre 2003
100 % du 23 juin 2004 au 25 juillet 2004
100 % du 5 octobre 2004 au 14 novembre 2004
50 % du 15 novembre 2004 au 21 novembre 2004
100 % du 17 juin 2005 au 10 juillet 2005

Il suivait le patient depuis 1987. Il indique : "patient facteur, coureur à pied, m'ayant consulté à de nombreuses reprises pour des lombalgies, des accidents musculaires et des fissures de côtes sur glissades. (de 1998 à actuellement) Horaire discrètement allégé, travaille à 85 - 90 %. Monsieur G_____ admet avoir de la peine à assumer la charge de travail inhérente à ses tournées. Il se plaint de toujours avoir mal quelque part".

Le pronostic était plutôt favorable. L'activité habituelle était exigible avec une diminution de rendement de 10 à 20 %. On pouvait améliorer la capacité de travail en prenant des mesures telles que limiter les arrêts avec mise sur pied du vélomoteur. La capacité de travail était de 85 à 90 %.

10. A la demande de l'OCAI, le Dr B_____, spécialiste FMH en rhumatologie - médecine interne a rendu le 6 décembre 2005 une expertise. Il avait examiné l'assuré le 28 novembre 2005. L'assuré présentait depuis 1998 des douleurs lombaires basses, avec exacerbation depuis 2001 et des douleurs qui remontaient au niveau interscapulaire depuis 2003 ainsi que de la fatigue. Depuis mars 2005, la symptomatologie douloureuse avait nettement diminué (travail à 50 %). En mai 2005 étaient apparues des épicondyalgies, probablement à mettre en relation avec un syndrome cervico-vertébral dans un contexte de trouble dégénératif avec uncarthrose multi-étagée mineure. L'ensemble des éléments objectifs et radiologiques ne permettaient pas à eux seuls d'expliquer l'ampleur de la symptomatologie douloureuse et des limitations professionnelles qu'elles entraîneraient dans sa vie quotidienne et professionnelle. Il disposait d'une capacité

de travail de 90 % dans son activité professionnelle antérieure, mais de 100 % après un suivi de physiothérapie de trois mois. Le médecin relève : "dans une activité adaptée avec port de charge limité à 5 kg, les mouvements en porte à faux avec long bras de levier, sa capacité est estimée à 100 %. Dès lors, une adaptation de son poste de travail devrait être appuyée auprès de son employeur. Cet avis s'apparente aux conclusions du Dr A_____ qui estime dans son rapport du 4 juillet 2005 que l'activité professionnelle dans son ancienne profession s'élève entre 85 et 90 %. De plus, le bilan clinique et radiologique est rassurant et l'assuré n'a pas bénéficié d'une prise en charge physiothérapeutique depuis 2004". (…) "La capacité résiduelle de travail dans son activité de postier est estimée à 70 %. Dans son activité politique, pour autant que l'on considère comme activité professionnelle sa capacité de travail est totale".

11. Le 24 janvier 2006, le Dr C_____ du groupe médical du Petit-Lancy, FMH médecine interne, a attesté que l'état de santé s'était aggravé (augmentation des douleurs), sans changement dans les diagnostics, en raison de la reprise de travail à 100 % en automne 2005.

    La capacité de travail comme facteur était de 50 % et comme facteur sans activité de tri et avec limitation des charges de 80 à 100 %. Une capacité de travail entière était possible moyennant un travail léger, sans port de charge de plus de 5 kg et sans travail bras tendus en avant et surélevés.

12. Le 24 janvier 2006, le Dr C_____ a sollicité du Dr D_____, médecin d'entreprise de X_____ Suisse, qu'il examine une modification du poste de travail de l'assuré en raison de ses limitations fonctionnelles. Il relève : "il travaille comme facteur depuis longtemps (tri postal manuel et distribution) et, depuis des années, souffre de douleurs de la nuque, du dos et des épaules ainsi que d'une épicondylite droite qu'il attribue au travail bras tendus en-avant et en surélévation (tri), au soulèvement de charges (colis et paquets de courrier), dans une moindre mesure à la distribution dans les boîtes aux lettres. Tout ceci avec des cadences de travail qui ont fortement augmenté ces dernières années".

13. Le 7 avril 2006, à la demande de l'OCAI, le Dr B_____ a précisé que la capacité de travail comme postier était de 90 % depuis juillet 2004 et d'ici janvier de 100 %. Il n'avais pas mis en évidence de signe évoquant une atteinte anxio-dépressive ou autre psychose.

14. Le 25 avril 2006, le SMR a conclu à une incapacité de travail de 100 % du 23 juin au 25 juillet 2004 et de 10 % dès le 26 juillet 2004 dans l'activité habituelle.

15. Par décision du 26 avril 2006, l'OCAI a rejeté la demande de prestations en relevant que le degré d'invalidité du 26 juillet 2004 au 31 décembre 2005 était uniquement de 10 %.

16. Le 19 mai 2006, l'assuré a fait opposition à cette décision en faisant valoir que depuis 2001, il avait diminué de six semaines par année son temps de travail, soit 11 %, puis en 2004 de trente minutes par jour entre janvier et juillet et d'une heure par jour entre juillet et décembre, plus six semaines durant l'année, soit une diminution de 21 %, puis dès le 16 mars 2005, une diminution de 50 %.

    En 2006, il était toujours en incapacité de travail à 50 %. Il fallait évaluer "les nouvelles données entre une baisse du rendement et une baisse du temps de travail concernant sa maladie et l'usure de son métier de facteur pour continuer dans la fonction exercée, et aussi prendre en considération l'aggravation signalée par le Dr C_____". Il a transmis un certificat du Dr C_____ du 6 juin 2006 attestant d'une incapacité de travail de 50 % pour douleurs rhumatismales et de plaintes de troubles de la mémoire attestées par un examen spécifique, en rapport avec une personnalité anxieuse.

17. A la demande de l'OCAI, le Dr C_____ a précisé le 17 septembre 2006 qu'il existait un trouble de la mémoire depuis mai 2006 au moins nécessitant un examen approfondi par un spécialiste. Il s'agissait de troubles de la concentration, d'oublis dans l'exécution du travail et de confusions de noms.

18. Le 31 octobre 2006, le SMR a rendu un avais médical selon lequel la diminution du temps de travail de 6,2 % n'avait pas eu lieu pour des raisons médicales (élection à la commune de Vernier) et l'employeur n'avait pas attesté d'une diminution des heures de travail. Enfin la diminution de son taux de travail à 50 % était due à sa charge de député au Grand-Conseil.

    L'avis du Dr C_____ ne rendait pas plausible une aggravation de l'état de santé. Il avait expliqué le résultat limite au "test MMS" par l'état anxieux du patient. Les troubles de mémoire étaient dus à un conflit professionnel et administratif. Il n'y avait pas donc ni aggravation ni atteinte supplémentaire.

19. Le 28 septembre 2006, X_____ Suisse a établi un rapport d'entretien avec l'assuré, lequel a déclaré "je ne vais pas bien. Je subis des pertes de la mémoire très graves, qui me perturbent dans mon travail et m'empêchent de poursuivre mon mandat politique au conseil municipal. De plus, au niveau du dos et des épaules, je prends beaucoup de médicaments et je souffre beaucoup. Je pense que mes troubles de mémoire viennent de la prise de médicaments antidouleurs que je prends pour le dos. Je ne pense pas pouvoir augmenter mon temps de travail. Il va plutôt diminuer en raison de mon problème de mémoire. Mon rendement diminue de plus en plus. Je ne vois pas l'avenir très rose".

20. Par décision du 8 novembre 2006, l'OCAI a rejeté l'opposition de l'assuré en relevant que l'incapacité de travail de 50 % attestée par le Dr C_____ n'était médicalement pas justifiée et que la diminution du temps de travail n'était pas expliquée par des problèmes médicaux.

21. Le 7 décembre 2006, l'assuré a recouru à l'encontre de cette décision auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales en concluant à ce qu'il lui soit reconnu une incapacité de travail de 50 % dans sa profession de facteur, comme attestée par le Dr C_____. Il n'exerçait sa profession qu'à 50 %, ne siégeait plus au Grand-Conseil et allait démissionner de sa fonction de conseiller municipal. Il ne contestait pas une capacité de travail entière dans une profession moins lourde. Le 27 octobre 2006, il avait eu un malaise au volant, inexpliqué. L'OCAI avait méconnu les contraintes liées à sa profession de facteur.

22. Le 9 janvier 2007, l'OCAI a conclu au rejet du recours en relevant que les conclusions du Dr B_____ étaient corroborées par le premier médecin-traitant du recourant. Les problèmes de mémoire réactionnels à un conflit professionnel et assécurologiques n'étaient pas significatifs.

23. Le 18 janvier 2007, le Dr E_____, médecin d'entreprise, a rendu un rapport médical suite à un examen du recourant du 27 décembre 2006. Il estime qu'"au vu de l'examen, je partage en partie les conclusions du Dr B_____ en ce sens que M. G_____ présente sur le plan physique des douleurs lombaires basses récurrentes sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire dans un contexte de troubles dégénératifs et statiques minimes. Le fait nouveau consiste en la présence de troubles de la mémoire, peine à se concentrer, difficulté parfois à trouver ses mots, symptômes pour lesquels il est actuellement en investigation auprès d'une neurologue. Avant de prendre une décision définitive concernant ce collaborateur, je pense qu'il serait bon de prendre des renseignements auprès de la Dresse G_____ afin de justifier l'arrêt de travail à 100 % actuel. Selon les résultats, il y aura lieu, peut-être de revoir sa capacité de travail. Compte tenu de l'état actuel, je partage l'avis du médecin traitant, le Dr C_____ en ce sens que l'aptitude au travail est actuellement de 50 %. Le poste de travail devrait bénéficier de certains allégements, notamment d'éviter un port de charges supérieur à 5 kg et d'éviter également le travail avec les bras tendus en charge en avant et en haut. Cette capacité de travail est exigible uniquement dans une activité allégée et je ne pense pas que M. G_____ puisse reprendre dans l'entier de la fonction son métier de facteur".

24. Le 5 février 2007, le Tribunal de céans a entendu en audience les parties ainsi que le Dr C_____. Celui-ci a déclaré : "Je suis d'accord avec les diagnostics posés par le Dr B_____. Du point de vue des douleurs, la situation est stable depuis la date de l'expertise. Je précise néanmoins que les douleurs ont augmentés depuis le 1er novembre 2005 date à laquelle le patient a dû reprendre son activité à plein temps. Plus récemment sont apparus des troubles de la mémoire et de la concentration. Ces troubles sont subjectifs, le patient indique des oublis notamment dans le cadre de son travail. A la suite d'un malaise (éblouissement alors qu'il conduisait son véhicule) je l'ai adressé à Mme G_____, neurologue, laquelle a attesté de troubles de la mémoire et a adressé le patient au centre de

neuropsychologie des "établissement hospitalier". J'attends le rapport de celui-ci, il semble toutefois que les troubles de la mémoire soient confirmés. Ces troubles diminuent la performance professionnelle. Il est supposé que ces troubles proviennent d'un état d'anxiété et de fatigue. Les médicaments psychotropes ont été interrompus durant l'examen, ce qui fait que l'on peut exclure qu'ils soient à l'origine des troubles. Je pense que le patient a une capacité de travail comme facteur à 50 %. Le Dr D_____, médecin conseil de la Poste, n'a pas répondu à ma demande d'adaptation de travail pour le patient. Sous réserve du problème de la mémoire, la capacité de travail devrait être plus importante dans une autre profession, ou même dans sa profession si celle-ci pouvait être adaptée à ses possibilités. Le travail répétitif avec élévation des bras comme cela est le cas dans le travail actuel de facteur déclenche en particulier des douleurs. D'un point de vue médical le patient prend des anti-inflammatoires ou des antalgiques et effectue des massages sportifs. Il n'y a, à mon sens, pas d'autre traitement à envisager. Dans le travail de facteur l'incapacité de travail de 50 % est durable mais elle pourrait être nulle si le poste de travail était correctement adapté comme l'a d'ailleurs relevé le Dr B_____. Je confirme qu'il y a bien une discordance entre les constations objectives et les plaintes du patient. Cette situation rappelle celle du coup-du-lapin dans le sens qu'il y a peu de constations objectives mais beaucoup de douleurs. Il y a cependant une diminution de mobilité objective au niveau de la colonne cervicale et lombaire. Je suis M. G_____ environ une fois par mois afin de renouveler le traitement et l'incapacité de travail. Pour moi, le patient est en incapacité de travail à 50 % depuis le 28 janvier 2006 sous réserve de l'avis médical de la Dresse G_____. Je précise que je n'ai pas encore reçu le rapport du Dr E_____, médecin-conseil à la Poste".

Le recourant a déclaré : "J'avais une convention individuelle avec la Poste selon laquelle je travaillais à 50 % du 15 mars au 31 décembre 2005, tout en étant rémunéré à 100 %. Mon mandat de député s'est terminé le 1er novembre 2005, j'ai alors travaillé à 100 % depuis cette date puis j'ai été environ un mois en arrêt de travail au tour du mois de décembre 2005. Durant l'année 2006, j'ai effectivement travaillé à 50 % et dès le 27 décembre 2006, la Dresse G_____ m'a mis à l'arrêt de travail complet en raison de problèmes de mémoire et de concentration. Le Dr E_____, médecin-conseil de la Poste, m'a convoqué en décembre 2006. Le Dr D_____, médecin-conseil de la Poste à Berne, attend le rapport médical de la Dresse G_____ avant de rendre sa décision. J'ai oublié de dire au Dr B_____ que j'ai fait longtemps de la physiothérapie auprès de M. B1_____, ostéopathe, soit pendant deux ans. Aujourd'hui la profession de facteur est très stressante. Il y a toujours plus de plis à distribuer. Si l'on peut alléger un poste, je pourrais travailler à 50 %. Je reçois actuellement le 80 % de mon salaire dans le cadre du contrat perte de gain maladie. J'espère pouvoir continuer à travailler à 50 % et je demande une demi-rente à l'AI. Je pourrais exercer une autre

activité sous réserve du problème de la mémoire. Je travaille à la poste depuis 42 ans comme facteur".

25. Le 26 mars 2007, à la demande du Tribunal de céans, la Dresse G_____ a établi le diagnostic suivant : "problème attentionnel sans pathologie de nature dégénérative. La conclusion du bilan neuropsychologique est la suivante : une fatigabilité importante; des troubles mnésiques en mémoire antérograde visuo-spatiale (rappels immédiat et différé); des troubles exécutifs légers à modérés, avec un manque d'auto-activation importante. Ainsi, ce tableau symptomatologique met en évidence une assez bonne conservation des fonctions cognitives au prix néanmoins d'une énergie mentale qui explique la fatigabilité du patient. Les difficultés ponctuelles mises en évidence rentrent à notre avis dans le cadre des troubles douloureux, si le bilan neurologique n'a pas montré d'autres troubles (circulatoire, etc) et semblent expliquer les plaintes du patient dans la vie quotidiennes, en particulier dans son activité professionnelle et sociale. Une IRM cérébrale a exclu une encéphalopathie vasculaire hormis une discrète lésion corticale cérébelleuse gauche ne permettant en rien d'expliquer la symptomatologie clinique. Il n'y a pas de troubles métaboliques ni carentiels. L'observation par l'épouse du patient ne relève pas non plus d'apnée ni mouvement périodique du sommeil permettant d'expliquer la fatigabilité. L'assuré subit une incapacité à 100 % dès le 27 décembre 2006 en attendant le bilan neuropsychologique suite à un téléphone de son supérieur (en accord avec le patient) se plaignant de gros problèmes d'oublis et d'erreurs dans le travail. Une reprise à 25 % a été effectuée le 22 février 2007 avec difficulté subjective. Elle n'est pas prévue au-delà de 50 %. Vu l'importante fatigabilité notée lors de l'examen neuropsychologique avec, de plus, des problèmes articulaires douloureux des épaules, une activité de 50 % me paraît appropriée. Pour un taux supérieur, il faudrait envisager un bilan psychiatrique complémentaire chez un psychiatre. Une autre activité que celle de facteur ne résoudrait pas les problèmes attentionnels et ne permettrait pas d'augmenter le pourcentage de travail".

26. Le 11 avril 2007, le SMR a rendu un avis médical selon lequel le Dr C_____ n'expliquait pas pourquoi il retenait une incapacité de travail de 50 % alors que le Dr B_____ l'évaluait à 90 % sur la base de diagnostics communs. Il en était de même du Dr E_____. Quant à la Dresse G_____ elle n'expliquait pas pourquoi une reprise au-delà de 50 % n'était pas possible, ni les discordances entre les plaintes de l'assuré et les constatations objectives. Aucune réflexion n'était faite quant aux conclusions de l'examen neuropsychiatrique. Nous devons retenir que les trois médecins consultés par le Tribunal cantonal des assurances sociales confirment les diagnostics de l'expertise rhumatologique, confirment les discordances entre les plaintes et les constatations cliniques. Sur le plan neuropsychologique, les fonctions cognitives sont préservées et les anomalies relevées entrent pour les examinateurs dans le cadre d'un trouble douloureux et pour le Dr G_____ dans le cadre d'une possible pathologie psychiatrique.

Toutefois, aucun médecin n'a relevé dans ce dossier de trouble psychique invalidant. L'assuré fonctionne normalement, puisqu'il ne nie pas pouvoir travailler à 100 % dans une autre activité et mentionne qu'à 50 % il se sent mieux, car selon lui l'activité est trop stressante.

27. Le 12 avril 2007, le recourant a considéré que le Dr E_____ avait bien résumé sa situation délicate. Son activité professionnelle lui provoquait toujours plus de fatigue et donc des oublis et des erreurs de concentration.

28. Le 23 avril 2007, l'OCAI a estimé que les nouveaux documents médicaux n'étaient pas de nature à modifier sa position.

29. A la demande du Tribunal de céans, le Dr B_____ a précisé le 14 mai 2007 que l'activité de facteur n'était pas contre-indiquée. Il relève que "l'activité de l'assuré consiste à trier des lettres dans les casiers au-dessus et au-dessous de l'horizontal puis d'effectuer une tournée à vélomoteur. Après la pause de midi, il doit travailler dans l'office de poste dans le cadre de triage et d'écriture, lui permettant d'effectuer des alternances de positions assisses et debout. Au vu du status effectué lors de l'expertise qui était tout à fait rassurant, du status radiologique qui ne mettait pas en évidence de trouble dégénératif significatif compte tenu de son âge et de l'absence de signe de non organicité, il n'y a pas d'argument rhumatologique suffisant pouvant contre indiquer l'activité de facteur telle que décrite ci-dessus et ce à 90 %, voire 100 % une fois la prise en charge physiothérapeutique prescrite suivie de manière régulière". Il n'y avait à son avis pas eu de péjoration significative du status et du bilan radiologique par rapport à cette date pouvant justifier, alors que l'assuré n'avait plus d'activité politique, sa capacité à réintégrer le circuit professionnel antérieur.

30. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales statuant conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ en instance unique, sur les contestations prévues à l'art. 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 sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où

les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

En l'espèce, la demande de prestations a été déposée le 30 juin 2005 et se réfère à une incapacité de travail depuis 2004. La LPGA s'applique donc au cas d'espèce.

3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (article 56 à 60 LPGA).

4. L'objet du litige porte sur le droit du recourant à l'obtention d'une rente de l'assurance-invalidité.

5. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA).

6. Depuis l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, de la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4ème révision) la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI est la suivante : «1. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit, selon le taux d'invalidité : 40 % au moins un quart, 50 % au moins une demie, 60 % au moins trois-quarts, 70 % au moins rente entière.».

   Selon la lettre f des dispositions finales de la modification du 21 mars 2003, les rentes entières en cours perçues au titre d'un taux d'invalidité égal ou supérieur à 662/3 % continuent d'être versées, après l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions légales, à tous les rentiers qui, à ce moment là, ont atteint l'âge de 50 ans. Toutes les autres rentes entières perçues au titre d'une invalidité inférieure à 70 % font l'objet d'une révision dans le délai d'un an dès l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions.

7. 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 d'invalide doit être évalué avant tout 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 enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). 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 (cf. ATF 126 V 78 consid. 5).

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.

8. Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (let. b).

   L'existence d'une incapacité de gain durable (art. 29 al. 1 let. a LAI) doit être admise lorsque l'atteinte à la santé est largement stabilisée et essentiellement irréversible et qu'elle affectera, selon toute vraisemblance, durablement la capacité

de gain de l'assuré dans une mesure suffisamment grave pour justifier l'octroi d'une rente (art. 29 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI). Une atteinte originellement labile peut être considérée comme relativement stabilisée seulement lorsque son caractère a clairement évolué de manière que l'on puisse prévoir que pratiquement aucun changement notable n'interviendra dans un avenir prévisible (ATF 119 V 102 consid. 4a et les références ; VSI 1999 p. 81 consid. 1a).

9. 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 a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH - Bâle, 2000, p. 268).

   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'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; BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). 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, 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).

   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).

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)

10. En l'espèce, l'intimé a mandaté un expert rhumatologue, le Dr B_____, lequel a rendu son rapport le 6 décembre 2005. Cette expertise, d'ailleurs confirmée du point de vue rhumatologique par le Dr E_____ et du point de vue diagnostic par le Dr C_____, et qui rejoint l'appréciation antérieure du médecin-traitant, le Dr A_____, remplit tous les critères susmentionnés permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. Or, selon les conclusions du Dr B_____, le recourant est à même d'exercer sa profession de facteur à un taux de 90 %, voire de 100 %. Cette appréciation a été confirmée par le Dr B_____ le 14 mai 2007, à la demande du Tribunal de céans, lequel avait transmis au médecin copie du profil physiologique relatif aux contraintes du poste de travail pour l'activité de collaborateur au service de distribution, établi par l'employeur.

    S'agissant d'une aggravation de l'état de santé, le Dr C_____ a attesté en audience que les douleurs avaient augmenté depuis la reprise du travail à 100 % soit en novembre 2005. Or, l'examen du Dr B_____ a eu lieu fin novembre 2005, soit à une date où le recourant avait déjà repris une activité professionnelle à 100 %. Par ailleurs, le Dr C_____ a mis en avant des troubles neuropsychologiques de l'assuré. A cet égard, la Dresse G_____ relève que le tableau symptomatologique met en évidence une assez bonne conservation des fonctions cognitives au prix d'une énergie mentale expliquant la fatigabilité de l'assuré. Elle estime la capacité de travail à 50 % en relation également avec les problèmes articulaires douloureux des épaules, soit aussi en raison d'un diagnostic rhumatologique qui relève cependant d'un spécialiste en rhumatologie, soit en l'espèce l'expert B_____.

    Ainsi, s'agissant de la capacité de travail à 50 % attestée par les Drs C_____, E_____ et G_____, le SMR relève à juste titre qu'elle n'est pas motivée de façon convaincante dès lors que ces médecins confirment le diagnostic du Dr B_____ et n'expliquent pas pourquoi ils s'écartent des conclusions de cet expert. Par ailleurs, aucun trouble psychique n'a été évoqué par le médecin et, à cet égard, le bilan psychiatrique évoqué par la Dresse G_____ n'est pas motivé par des constatations objectives.

Il y a ainsi lieu de confirmer une capacité de travail du recourant à 90 % dans son activité de facteur, de sorte que le droit à des prestations de l'assurance-invalidité doit lui être nié.

11. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette

3. L'émolument, fixé à 200 fr., est mis 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
Nancy BISIN	Valérie MONTANI

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