

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1556/2007

ATAS/893/2007

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 8

du 29 août 2007

En la cause

Monsieur S _____, domicilié , 1227 CAROUGE, comparant
avec élection de domicile en l'étude de Maître RIONDEL Patrice

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Diana ZEHNDER, Présidente; Monique STOLLER-FÜLLEMANN et
Christine TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur S _____, né le 1966, père de deux enfants, divorcé, a travaillé en tant qu'agent spécialisé de la division technique auprès des X _____ de 1988 à 1999, date à laquelle il a mis fin à son emploi en raison d'épisodes dépressifs successifs et crises de migraine fréquentes.
2. De 1999 à 2004, l'assuré a perçu des indemnités de l'assurance-chômage et a bénéficié d'une formation d'aide-comptable.
3. Par demande du 23 décembre 2002 adressée à l'Office cantonal de l'assurance-invalidité de Genève (ci-après : OCAI), l'assuré a requis des prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) tendant à l'octroi de mesures professionnelles. Il a indiqué souffrir d'une hernie discale et respectivement d'un désordre mental.
4. Dans son rapport du 10 janvier 2003, le Dr A _____, spécialiste en médecine interne et maladies rhumatismales, a indiqué que l'assuré présentait depuis 1999 un syndrome dépressif et respectivement lombaire avec blocages épisodiques. Sur le plan lombaire et somatique, son état de santé était stationnaire. Il a relevé que le problème de l'assuré était surtout d'ordre dépressif. La capacité de travail dans l'activité de comptable demeurait entière.
5. Par courrier du 23 février 2003, l'assuré a informé l'OCAI renoncer à sa demande de prestations de l'AI. Il a indiqué avoir retrouvé sa pleine capacité professionnelle. Son retrait fût confirmé par déclaration du 9 janvier 2004.
6. Le 28 novembre 2005, l'assuré a présenté une nouvelle demande tendant à l'obtention d'une rente d'invalidité. Il a allégué être atteint d'un syndrome du défilé thoracique droit et gauche, d'une hernie discale en L4-L5 ainsi que d'un état dépressif existant depuis 1994.
7. Répondant à une demande de renseignements de l'OCAI, le Dr B _____, Centre médical de Chêne-Bourg, dans son rapport du 29 décembre 2005, a mentionné les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de syndrome du défilé thoracique, discopathie L4-L5, épicondylite au coude gauche et état dépressif. Il a précisé que l'atteinte vasculaire et la discopathie lombaire étaient incompatibles avec la poursuite de l'activité antérieure de peintre ou autre travail dans le bâtiment. Il a estimé en revanche que toute activité sédentaire, ne

nécessitant pas de port de charge, pas de station debout prolongée et pas d'élévation des bras était envisageable. La capacité résiduelle de travail de l'assuré n'a pas été quantifiée.

8. A l'appui de son rapport médical, le Dr B _____ a produit un certificat médical du Dr A _____ du 28 juin 2004 attestant la présence chez l'assuré du syndrome du défilé thoracique. Il a joint également un rapport daté du 28 juin 2004 du Dr C _____, spécialiste en neurologie, qui concluait à la présence au niveau du membre supérieur droit d'un syndrome du tunnel carpien débutant sans dénervation thénarienne ni de dénervation de distribution radiculaire. Un traitement conservateur était indiqué. Ce médecin indiquait que la recherche d'une compression tronculaire nerveuse au niveau de la traversée thoraco-brachiale droite, associée à une compression vasculaire positionnelle s'était révélée négative.
9. Interrogé par l'OCAI, dans son rapport du 9 janvier 2006 le Dr A _____ s'est prononcé en faveur d'un état dépressif, d'une fibromyalgie et épicondylite gauche à titre de diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de l'assuré. Il a précisé que le syndrome du défilé thoracique droit existant depuis 2004 était sans répercussion sur la capacité de travail. L'état de santé était stationnaire. Du point de vue rhumatologique, les plaintes principales de l'assuré concernaient son coude gauche qui présentait une discrète épicondylite. Au plan anamnestique et à l'examen physique, aucune autre pathologie rhumatismale importante n'était décelée. Fonctionnellement, tant sur le plan cervical, dorsal que lombaire, aucun déficit n'était constaté. Il a précisé que le problème principal de l'assuré résidait dans son état dépressif. Selon lui aucune cause rhumatologique ne justifiait l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité. Dans l'annexe au rapport médical, il a mentionné une capacité de travail totale dans un travail de bureau, sans charge lourde.
10. Le 23 février 2006, le Dr B _____ a adressé à l'attention de l'OCAI les rapports de consultation du Dr D _____, spécialiste en neurochirurgie, ainsi que du Dr E _____, de l'Institut de radiologie de la clinique des Grangettes.

Dans son analyse du 14 février 2006, le Dr D _____ se prononçait en faveur d'une sténose canalaire liée à une hernie discale C4-C5, pouvant selon lui expliquer une partie des symptômes ressentis chez l'assuré.

Le rapport du Dr E _____ du 31 janvier 2006 concluait à la présence de discopathies dégénératives cervicales étagées, plus importantes au niveau C4-C7 ; confirmait une hernie discale plongeant C4-C5 postéro-latérale gauche, responsable d'un effet de masse sur la face antérieure du cordon médullaire ; constatait l'absence de signe de myélopathie cervicale ; respectivement une diminution étagée de la taille de plusieurs canaux latéro-cervicaux ; une sténose du canal rachidien cervical à la hauteur de C4-C6, sans signe de myélopathie cervicale.

A l'appui de ces rapports, le Dr B _____ a relevé que les discopathies cervicales pluriétagées sur canal étroit contribuaient largement à une perte de la capacité de travail de l'assuré.

11. Le 30 mars 2006, l'OCAI a mis en œuvre un examen rhumato-psychiatrique au SMR Vevey.
12. Dans son avis médical du 4 septembre 2006, le SMR a indiqué que le syndrome du défilé thoracique n'était manifeste cliniquement qu'en « position extrême ». Il a relevé par ailleurs que selon le Dr A _____, l'assuré ne présentait « fonctionnellement tant sur le plan cervical, dorsal que lombaire, aucun déficit ».
13. A la demande du SMR, l'assuré a informé l'OCAI avoir été en suivi psychiatrique de 1995 à 2000 auprès du Service de psychiatrie des Hôpitaux Universitaires de Genève, respectivement de 2001 à mars 2006 auprès du Centre Envol et qu'à compter du mois d'avril 2006 en traitement auprès du Dr F _____. Il a ajouté en outre avoir bénéficié du RMCAS avec placement contre prestations au CEPTA entre le mois de janvier 2004 et le mois d'octobre 2005.
14. Le rapport de décembre 2006 du SMR est arrivé à la conclusion qu'aucune atteinte principale à la santé ne pouvait être mise en évidence chez l'assuré. Il a précisé que le syndrome du défilé-thoracique ne s'exprimait que les coudes maintenus au-dessus du plan des épaules de sorte qu'il se justifiait de ne retenir aucune incapacité de travail dans la profession antérieure. Les activités de type plâtrerie ou peintre en bâtiment n'étaient toutefois pas recommandées. Il a mentionné par ailleurs que la maladie alcoolique était primaire, compte tenu qui plus est de l'absence de comorbidité psychiatrique préexistante, et que les conséquences de la pratique alcoolique n'étaient pas à charge de la LAI. S'agissant des lombalgies chroniques, elles ont été mises en relation avec la discopathie L4-L5. Les problèmes lombaires ont été qualifiés de bénins en

référence au rapport du Dr A_____ de janvier 2003. Les discopathies cervicales étagées, en relation avec les cervicalgies, ont été considérées comme n'étant pas une source d'empêchement à la profession d'aide-comptable. Concernant les limitations fonctionnelles, le SMR a préconisé d'éviter le port de charge de plus de 5 kg, la position du tronc tenue en porte-à-faux, les mouvements flexion-rotation répétés du tronc, le maintien prolongé des coudes au-dessus du plan des épaules et a suggéré l'alternance de positions après deux heures de station debout. Il a enfin indiqué que dans la profession d'aide-comptable, il n'y avait jamais eu d'incapacité de travail durable.

15. Dans un projet de refus de rente du 3 janvier 2007, l'OCAI a exposé que sur la base des documents médicaux et professionnels, aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de l'assuré ne pouvait être retenu de sorte qu'il n'existait pas d'atteinte à la santé invalidante au sens de LAI. L'OCAI a retenu en outre que les pathologies associées n'avaient pas de répercussion sur la capacité de travail, mais entraînaient uniquement des limitations fonctionnelles (pas de port de charge de plus de 10 kg, pas de position du tronc tenue en porte-à-faux, pas de flexion-rotation répétée du tronc, pas de maintien prolongé des coudes au-dessus du plan des épaules, possibilité d'alterner les positions après deux heures de station debout) compatibles avec l'activité d'aide-comptable.
16. L'assuré n'a pas manifesté son désaccord avec le projet de décision du 3 janvier 2007.
17. Par courrier du 23 janvier 2007, le Dr F_____, MD Consultations, a adressé à l'OCAI un rapport médical circonstancié. A titre de diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de l'assuré, il s'est prononcé en faveur d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1) existant depuis 1995 ; de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis, syndrome de dépendance, utilisation épisodique (F12.26) existant depuis 1980 ; de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cocaïne, syndrome de dépendance, utilisation épisodique (F14.26) existant depuis 1988 ; d'une personnalité émotionnellement labile, type borderline (F60.3) existant depuis 1995 ; de migraines (G43) existant depuis 1995 ; de lombosciatalgies existant depuis 1991 et cervicalgies existant depuis 2001. Des troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de tabac, syndrome de dépendance, consommation continue (F17.25) existant depuis 1985 ont été relevés à titre de diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail de l'assuré. La capacité résiduelle de travail de l'assuré était nulle dès le 10 septembre 2005 en

raison de l'aggravation de l'état de santé. Questionné sur l'évolution et la situation actuelle de l'assuré, le Dr F _____ a expliqué que depuis le début du suivi au Centre thérapeutique Envol (2002), l'évolution était marquée par d'importantes fluctuations de la thymie avec des moments de dépression, parfois sévères, avec des pensées suicidaires, et des moments d'envahissement de la pensée par des problèmes vécus comme inextricables et nécessitant l'adjonction d'un traitement de neuroleptiques en plus d'un traitement antidépresseur et d'un traitement anxiolytique de benzodiazépine. Il a indiqué par ailleurs que durant l'été 2006, l'assuré s'était engagé avec motivation dans une association pour handicapés, dans le cadre d'une activité bénévole, à temps partiel, pour du travail administratif et informatique, activité qu'il a cependant dû interrompre en raison de problèmes physiques (douleurs des épaules et des membres supérieurs lors de positions figées devant l'ordinateur et céphalées). Il a observé que la recrudescence des problèmes physiques, s'accompagnant d'une recrudescence des symptômes dépressifs, conduisit l'assuré à reprendre du cannabis. Il a ajouté que la participation à la fois des problèmes psychiques et physiques, retentissant les uns sur les autres et se renforçant mutuellement, étaient d'autant plus mal vécus que le patient présentait un problème dorso-lombaire persistant ayant nécessité à l'époque (1999) une reconversion professionnelle. A cet égard, il a mentionné que l'assuré continuait à souffrir de problèmes dorso-lombaires selon les positions. Les stations assises prolongées derrière un ordinateur pouvaient déclencher des douleurs lombaires avec souvent des irradiations sciatiques dans le membre inférieur. Il a relevé encore que l'assuré ressentait depuis des mois une recrudescence des douleurs cervicales et crâniennes avec crises de migraine à raison de deux fois par semaine, accompagnés de troubles visuels. Du point de vue subjectif, le Dr F _____ a retenu notamment que l'assuré se plaignait d'humeur très variable avec des moments de dépression, de troubles du sommeil, de douleurs dorso-lombaires, de douleurs de la nuque avec limitations fonctionnelles qui l'empêchaient de relever la tête ou de tourner la tête de côté sans déclencher des sensations bizarres dans la gorge ou des douleurs qui irradiaient dans les membres supérieurs. Selon des constatations objectives, le Dr F _____ a observé un patient légèrement tendu, souvent pas « confortable » en raison des migraines lors des derniers entretiens. L'assuré était décrit comme collaborant, bien orienté dans le temps et l'espace. Son discours était de débit normal, cohérent et adéquat par rapport aux circonstances. Une diminution de l'élan vital avec perte de plaisir et motivation, sans idéation suicidaire. Aucun élément de la lignée psychotique n'était observé. Compte tenu de la persistance des céphalées et des plaintes de douleurs concernant essentiellement la nuque et les membres supérieurs, il a préconisé un bilan complémentaire

neurologique/neurochirurgical. Il a indiqué en dernier lieu que l'assuré bénéficiait d'un traitement psychothérapeutique, de type cognitivo-comportemental individuel, associé à un traitement médicamenteux antidépresseur (Ciprallex), anxiolytique (Seresta) et, en réserve, neuroleptique (Zyprexa). Le pronostic était réservé en raison du caractère chronique des affections psychiatriques et de la présence d'affections physiques de caractère également chronique. Il a encore expliqué que le retentissement de ces affections les unes sur les autres contre-indiquait tout projet de réinsertion professionnelle.

Répondant au questionnaire complémentaire pour les troubles psychiques, le Dr F_____ a indiqué que l'assuré présentait un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), un syndrome de dépendance aux dérivés du cannabis, utilisation épisodique (F12.26), un syndrome de dépendance à la cocaïne, utilisation épisodique (14.26), une personnalité émotionnellement labile, type borderline (F60.3), des migraines (G43), des lombosciatalgies ainsi que des cervicalgies. Selon ce médecin, les affections d'ordre psychique remontaient à 1995, date de son hospitalisation à la Clinique de Belle-Idée. Il a expliqué que l'humeur de l'assuré était très variable avec des épisodes dépressifs sévères, avec abattement, perte d'espoir, impression de ne plus voir le bout du tunnel, de ne jamais pouvoir s'en sortir, de ne pas être compris, avec parfois des idées suicidaires. Il a précisé que les fluctuations de l'humeur étaient en lien avec les échecs et surtout les diverses douleurs physiques, les crises de migraine et les céphalées mixtes principalement. A la question de savoir si l'incapacité de travail était due à des raisons socio-économiques ou conjoncturelles, il a répondu que l'incapacité de travail était due aux affections physiques uniquement. Il a conclu que les affections psychiatriques, à caractère chronique, avec en particulier un trouble dépressif récurrent s'accompagnant d'une importante composante anxieuse et la fréquente recrudescence des symptômes psychiques liés à l'évolution et à l'exacerbation des affections physiques, également à caractère chronique, entraînaient chez l'assuré une incapacité de travail de 100%. Il a recommandé un bilan complémentaire neurologique/ neurochirurgical compte tenu de la persistance des plaintes de douleurs au niveau de la nuque avec symptôme fonctionnel respectivement céphalées mixtes.

18. Par courrier du 29 janvier 2007, l'OCAI a demandé au SMR de se prononcer sur le contenu dudit rapport.
19. Le 12 février 2007, le SMR a maintenu sa position estimant que le rapport du Dr F_____ ne rapportait aucun fait nouveau susceptible de modifier

l'estimation de la capacité de travail de l'assuré. Il a précisé en outre que le diagnostic de personnalité émotionnellement labile, type borderline F60.3 retenu pour la première fois en 1995, nécessitait, selon la CIM-10, qu'en plus des critères généraux d'un trouble de la personnalité d'autres critères qui en l'espèce n'étaient pas réalisés chez l'assuré. Le SMR a relevé par ailleurs que l'assuré s'était intégré durablement dans le monde de l'économie et était apte à contrôler sa consommation de psychotropes. De conclure enfin que l'usage des drogues et de l'alcool devait être considéré comme primaire et leur conséquence n'étaient pas à la charge de la LAI. Il a mentionné enfin que dans le cadre du traitement optimal d'un trouble de l'humeur, l'arrêt de toute consommation primaire d'alcool et de stupéfiants divers, était non seulement recommandé, mais exigible.

20. Par décision du 15 mars 2007, l'OCAI a refusé toute prestation en faveur de l'assuré. Sa motivation reprenait les termes du projet de décision du 31 janvier 2007.
21. Par acte du 17 avril 2007, l'assuré, représenté par Me Patrice RIONDEL, a interjeté recours contre ladite décision. Il a sollicité à titre préalable une expertise médicale afin d'effectuer un bilan complémentaire neurologique et neurochirurgicale, principalement l'octroi d'une rente entière dès le 28 novembre 2005. Il a argué en substance que l'OCAI n'avait pas tenu compte du rapport du Dr F _____ du 23 janvier 2007 lequel concluait à une incapacité totale de travail dans la profession d'aide-comptable, incapacité résultant outre des atteintes psychologiques, des atteintes au niveau des cervicales telles que constatées par le Dr G _____ dans son rapport du 20 avril 2006 et respectivement le Dr Stefano E _____ dans son rapport IRM du rachis cervical du 31 janvier 2006.
22. Dans son préavis daté du 29 mai 2007, l'OCAI a conclu au rejet du recours.
23. Par courrier du 1^{er} juin 2007, le Tribunal a informé les parties que la cause était gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'article 56 V 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 loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPG) est entrée en vigueur le 1^{er} 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 125 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En revanche, en ce qui concerne la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique 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).

Pour les mêmes raisons, les dispositions de la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4^{ème} révision), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2004 (RO2003 3852), sont applicables (ATF 127 V 467 consid.1).

Enfin, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances et l'introduction d'un émolument (art. 52, 58 et 61 let. A LPGA).

Dans le cas d'espèce, les faits déterminants ayant conduit à l'adoption de la décision litigieuse du 15 mars 2007 remontent à 2005. Sur le plan matériel et procédural, le cas d'espèce est soumis au nouveau droit.

3. Interjeté dans les forme et délai légaux, le recours est recevable conformément aux art. 56, 59 et 60 LPGA.
4. Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si le recourant souffre ou a souffert d'une maladie engendrant une invalidité à un degré qui ouvre le droit aux prestations.

a) A teneur des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain) (ATF 127 V 299). Ainsi, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, 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. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et dans quelle activité l'assurée 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).

b) Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doit considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (Kummer, Grundriss, Des Zivilprozessrechts, 4^e édition, Berne 1984, p. 136 ; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2^e édition, p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf disposition contraire de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5 lettre b ; 125 V 195 consid. ch. 2 et les références).

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, elle doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a ; RAMA 1985 K 646 p. 240 consid. 4). En revanche, 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, 2^e édition, p. 39, N° 111 et p. 117, N° 320 ; Gygi Bundesverwaltungsrechtspflege, 2e édition, p. 274 ; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 I b 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'article 29 al. 2 constit. (SVR 2001 IV N° 10, p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'article 4 a constit., étant toujours valable (ATF 124 V 94 constit. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité).

5. Dans le cas d'espèce, le SMR a estimé, dans son rapport du 28 décembre 2006, que le recourant n'a jamais eu d'incapacité de travail durable dans la profession d'aide-comptable.

Le SMR s'est essentiellement fondé sur le dossier médical existant.

Ainsi, s'agissant du syndrome du défilé-thoracique, considérant que celui-ci ne s'exprimait que lorsque les coudes étaient maintenus au-dessus du plan des épaules, le SMR a retenu qu'il ne constituait pas une source d'incapacité de travail dans la profession antérieure et de préciser que seules les activités de type plâtrerie ou peintre en bâtiment étaient à éviter. Quant aux lombalgies chroniques, le SMR a relevé qu'elles devaient être mises en relation avec une discopathie L4-L5. Pour ce qui avait trait aux problèmes lombaires, ceux-ci ayant été qualifiés de bénins par le Dr A_____ dans son rapport du mois de janvier 2003, le SMR a considéré qu'ils n'engendraient aucune incapacité de travail. Enfin, le SMR a estimé que les discopathies cervicales étagées, en relation avec les cervicalgies, n'étaient pas source d'empêchement à la profession d'aide-comptable, sans autre explication. S'agissant des autres problèmes de santé d'ordre psychique, le SMR a considéré que la maladie alcoolique était primaire, en l'absence de comorbidité psychiatrique préexistante, de sorte qu'elle n'était pas de nature à provoquer une diminution de longue durée de la capacité de gain du recourant. Autrement dit, les conséquences de la pratique alcoolique n'étaient pas considérées comme des conséquences d'un état psychique malade. Mais encore, dans son rapport du 12 février 2007 en référence au rapport du Dr F_____ du 23 janvier 2007, le SMR a écarté le diagnostic de personnalité émotionnellement labile, de type borderline F60.3 au motif que les critères médicaux n'étaient pas remplis à l'endroit du recourant. De la sorte, le SMR a confirmé que l'usage des drogues et de l'alcool devait être considéré comme primaire et que leur conséquence n'était pas à charge de la LAI. Le SMR ne s'est

guère prononcé sur les douleurs cervicales et les douleurs au niveau de la nuque entraînant selon le recourant et confirmé par le Dr F _____, le Dr A. G _____ et le Dr E _____ des migraines et des troubles visuels.

En l'occurrence, le Tribunal observe que les considérations médicales du SMR relatives aux problèmes psychiques liés à la toxico-dépendance rencontrés par le recourant ne sont pas des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité. En effet, l'utilisation nocive d'alcool et de psychotropes, ne répond pas aux critères de prise en charge par l'assurance-invalidité.

Au vu de ce qui précède, l'appréciation du SMR relative aux troubles mentaux liés à l'utilisation de drogues et de l'alcool emporte totale conviction du Tribunal.

Le Dr F _____ invoque en outre d'autres problèmes de santé d'ordre psychique, notamment une personnalité émotionnellement labile, type borderline F60.3, diagnostic retenu pour la première fois en 1995. Compte tenu de la divergence entre l'appréciation du médecin traitant et l'avis médical du SMR sur ce point, il se justifie d'ordonner une instruction complémentaire.

Le Tribunal remarque par ailleurs à la lecture du dossier que le recourant est atteint d'une sténose canalaire liée à une hernie discale C4-C5 postéro-latérale gauche, responsable d'un effet de masse sur la face antérieure du cordon médullaire, de discopathies dégénératives cervicales étagées, plus importantes au niveau C4-C7, d'une diminution étagée de la taille de plusieurs canaux latéraux-cervicaux. Le recourant, comme attesté par le Dr F _____, se prévaut d'une aggravation de son état de santé depuis plusieurs mois (cervicalgies ; céphalées mixtes ; douleurs au niveau de la nuque) l'empêchant de rester devant son ordinateur. Or, il apparaît que le SMR n'a pas investigué sur ce point litigieux, pas plus qu'il ne s'est prononcé sur ces atteintes.

Force est ainsi de conclure que le SMR n'a pas eu connaissance de tous les éléments pertinents concernant le recourant de sorte qu'une instruction complémentaire est nécessaire pour déterminer la capacité de travail du recourant, ce qui permettra ensuite d'évaluer le degré d'invalidité.

Il convient donc de renvoyer le dossier à l'OCAI pour que ce dernier procède à une instruction complémentaire par la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire au vu de déterminer la capacité de travail du recourant, et, ceci fait, rendre une nouvelle décision sur l'éventuel droit à une rente.

6. Le recours sera ainsi partiellement admis.
7. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de 1'000 fr. lui est accordée à titre de dépens.

Au vu de l'issue de la procédure, l'intimé sera condamné à l'émolument de justice de 200 fr., en application de l'art. 69 al. 1bis LAI entré en vigueur le 1^{er} juillet 2006.

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

Statuant

A la forme

1. Déclare le recours recevable.

Au fond

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision du 15 mars 2007.
4. Renvoie le dossier à l'OCAI pour instruction complémentaire sous la forme d'une expertise bidisciplinaire et notification d'une nouvelle décision dans le sens des considérants.
5. Alloue au recourant la somme de 1'000 fr à titre de dépens.
6. Condamne l'intimé au versement de l'émolument de 200 fr.
7. 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

Yaël BENZ

La présidente

Diana ZEHNDER

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