REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/318/2007 **ATAS/36/2008**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 8

du 22 janvier 2008

En la cause

Monsieur O_____, domicilié au LIGNON, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Olivier LUTZ — recourant

contre

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

Siégeant : Thierry STICHER, Président; Nathalie BLOCH et Christine KOEPPEL, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur O_____ (ci-après : le recourant), est arrivé en Suisse en 1966.

2. Titulaire d'un certificat d'aide-hospitalier qualifié, il a travaillé en cette qualité auprès des Hôpitaux universitaires de Genève de 1970 à 1983. Il a par la suite été engagé dans différentes entreprises, la dernière fois comme chauffeur emballeur d'œuvres d'art d'octobre 1990 à septembre 1991, date à laquelle il a cessé toute activité lucrative. Il fut licencié de son dernier emploi le 21 janvier 1992 avec effet au 31 mars 1992, en raison de son incapacité à porter de lourdes charges.

3. Il a déposé, le 7 janvier 1992, une première demande de prestations AI auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OCAI).

4. Dans son rapport du 18 janvier 1991, la Dresse A_____, médecin-traitant, relève que le recourant souffre de lombalgies depuis 1975 et de gastrites récidivante II AINS, raisons pour lesquelles il est en incapacité de travail à 100% depuis le 11 septembre 1991 dans sa profession de chauffeur-emballeur d'œuvres d'art.

5. Sur la base d'une IRM lombaire, le Dr B_____, précise, le 10 octobre 1991, que le recourant présente une triple discopathie lombaire inférieure, sans véritable hernie discale, un prolapsus disco-ligamentaire étagé ainsi qu'un kyste de Tarlov S2-S3 droit.

6. Il ressort du rapport établi par l'Office régional AI le 26 août 1992 que l'assuré a refusé de recevoir une formation dans un domaine adapté tenant compte de ses limitations physiques, de même qu'un poste adapté, sans aucune perte de gain. Il était relevé un manque de motivation, dû à un désir d'obtenir une indemnité financière. Ledit Office a ainsi considéré qu'aucune prestation ne devrait lui être accordée, l'assuré étant apte à retrouver un emploi dans un poste adapté.

7. Par décision du 15 septembre 1992, l'OCAI a refusé au recourant toute prestation AI, considérant que celui-ci ne subissait aucun dommage économique par l'exercice d'une activité adaptée.

8. Le 16 novembre 1992, le recourant a recouru contre cette décision auprès de la Commission cantonale de recours AVS/AI (ci-après : CRAVS).

9. Le recours a été rejeté par jugement du 8 juillet 1993.

10. Le 15 mai 2000, le recourant a déposé une nouvelle demande de prestations AI auprès de l'OCAI en raison de lombalgies, de lombosciatalgies et d'un état dépressif.

11. Le Dr C_____, radiologue, posa les diagnostics suivants dans son rapport du

15 août 2000 :

«Discopathies dégénératives et protrusives pluri-étagées des disques restant circonférentielles en particulier réguliers en L3-L4 et L4-L5 sans latéralisation significative ou signe de conflit disco-radiculaire. Protrusion focale paramédiane droite du disque L5-S1 (versus petite hernie sous-légamentaire) sans refoulement tant du fourreau dural que des structures radiculaires. Dimensions dans les limites de la norme du canal rachidien. Pas d'argument en faveur d'un kyste synovial ».

12. La Dresse D_____ indiqua, le 25 avril 2000, que son patient présentait des lombosciatalgies depuis 1986 qui ont entraîné une incapacité de travailler, à intervalles réguliers et ce, en raison de son caractère invalidant. Le médecin relevait également que le recourant ne pouvait porter de charge, ni rester debout ou assis de façon prolongée et que tous les traitements avaient échoué.

13. Le 16 août 2000, ce même médecin précise que les lombalgies du recourant persistaient et devenaient de plus en plus invalidantes, rendant toute reprise de travail impossible. Le médecin préconisa ainsi une nouvelle évaluation d'une prise en charge par l'AI.

14. Le 22 mars 2001, la Dresse D_____ constata que les lombalgies du recourant n'avaient pas évolué favorablement, malgré les traitements entrepris. Selon elle, cette pathologie entraîne un état dépressivo-anxieux majeur, avec perte de l'estime de soi, aboulie et perte de tout intérêt pour quelque activité que ce soit. Elle est également à l'origine d'une alcoolisation secondaire de plus en plus grave, ainsi que d'une consommation de drogues. Enfin, en raison de son état, l'assuré est en rupture avec toute sa famille. Le médecin considère ainsi que l'état de son patient se péjore au point qu'il est incapable d'exercer une activité professionnelle quelconque et qu'une révision du jugement AI devrait être envisagée.

15. Le 23 avril 2001, l'OCAI a écarté la demande du recourant par une décision de non-entrée en matière, réfutant ainsi l'existence de faits nouveaux démontrant une aggravation de l'état de santé du recourant.

16. Le recourant a interjeté recours le 30 avril 2001 contre ladite décision auprès de la CRAVS, invoquant le fait que sa santé tant physique que psychique n'avait cessé de se dégrader au cours des dernières années, ce qui l'empêchait de reprendre une activité lucrative.

17. L'OCAI a conclut au rejet du recours, considérant que les arguments soulevés par l'assuré en instance de recours ne permettaient pas de faire une appréciation différente du cas, et notamment, ne permettaient pas de retenir une aggravation de l'état de santé depuis la décision initiale du 26 octobre 1992.

18. La cause fût transmise d'office au Tribunal de céans conformément à l'art. 3, al. 3

de la loi du 14 novembre 2002 modifiant la loi sur l'organisation judiciaire (LOJ).

19. Le Tribunal, par Arrêt du 25 novembre 2003 admis le recours, annula la décision de l'OCAI du 23 avril 2001 et renvoya le dossier audit office pour instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants.

    Le Tribunal considéra en substance que c'est à tort que l'OCAI avait rendu une décision de non entrée en matière, puisque le recourant avait rendu plausible un changement de son état de santé, notamment psychique.

    Le Tribunal a notamment tenu compte d'un rapport d'observation établi par les Drs H et F_____, d'un IRM pratiqué par le Dr G_____ et d'un rapport établi par le Dr H_____.

20. Selon le rapport d'observation qui a été établi par les Drs I_____ et F_____ à la suite de l'intervention du 27 mai 2002 (laminectomie L3 gauche et coagulation de grosses veines épidurales) aucune hernie discale L2-L3 luxée vers le bas du côté gauche n'a pu être mise en évidence, contrairement à ce qu'indiquait l'IRM effectué.

21. Sur la base d'un IRM de l'épaule, le Dr G_____ relève une arthrose acromio-claviculaire relativement marquée, une tendinite au niveau de l'insertion distale du tendon du muscle sus et sous-épineux ainsi qu'une minime bursite sous-acromio-deltoïdienne.

22. Le rapport du 24 mars 2003 établi par le Dr H_____, médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie qui suit le recourant depuis le 20 septembre 2002, indique que ce dernier souffre de dépendance alcoolique, de trouble dépressif et d'un probable trouble anxieux (sinistrose) ; il présente également des traits de personnalité évitante et des troubles neuro-rhumato-orthopédiques du rachis. Selon ce médecin, cette pathologie est préoccupante, voire alarmante et doit être assimilée à une maladie. Enfin, il estime la capacité de travail comme très limitée, mais pas irrémédiablement. La dégradation de l'état psychique résulte d'autres facteurs et plus particulièrement, des problèmes socio-économiques, dont il ne peut évaluer la possibilité de résolution.

23. Le 4 juillet 2004, la Dresse D_____ confirma que le recourant souffre de lombosciatalgies chroniques depuis 1975, cas échéant d'hernies discales, d'hypoTA chroniques avec exacerbations fréquentes depuis 1986, d'un état dépressif réactionnel depuis 1987, d'une gastrite subaiguë depuis 1986, ainsi que d'une tendance à l'alcoolisation excessive, ces diagnostics ayant tous une répercussion sur la capacité de travail du recourant.

    Cette doctoresse relevait également un tabagisme chronique, un prostatisme, des gonalgies/gonarthroses ainsi qu'une hypo-accousie, ce sans répercussion sur la

capacité de travail du recourant.

Elle faisait état d'une lente dégradation progressive de l'état de santé de son patient, son pronostic étant réservé.

Elle faisait état de ce qu'il manquait au recourant un travail revalorisant dont il serait capable et qui le motiverait positivement, lequel entraînerait une amélioration de sa santé psychique.

La Dresse D_____ évaluait l'incapacité de travail du recourant à 100%.

24. Dans un nouveau rapport médical du même médecin daté du 17 mai 2005, il est indiqué que l'état de santé du recourant s'est aggravé, les diagnostics n'ayant pas variés. La Dresse D_____ indique que l'incapacité de travail en qualité d'employé de bureau est totale et qu'aucune autre activité n'est envisageable, l'incapacité de travail étant qualifiée de très probablement définitive.

25. Le Service Médical Régional AI, à Vevey (ci-après : SMR) procéda à un examen rhumatologique et psychiatrique le 6 avril 2006. L'examen fût pratiqué par le Dr J_____, médecine physique et rééducation, et le Dr K_____, psychiatre FMH. Selon ces médecins, le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail consiste dans des lombalgies chroniques non déficitaires dans le cadre d'un trouble statique et dégénératif étagé, un statut post-cure d'hernies discales L2 – L3 en 2002 ainsi qu'un début de gonarthrose droite dans le cadre d'un statut post-opération d'une lésion des ligaments en 1981. Ces médecins ont également retenus, toutefois selon eux sans répercussion sur la capacité de travail du recourant, les diagnostics suivants : statut post-opération d'une lésion ligamentaire du pouce gauche en 1993 ; statut post-opération des varices du membre inférieur gauche en 1978 ; statu post-opération des cordes vocales en février 2006 ; excès pondéral ; dépendance à l'alcool, utilisation continue avec polyneuropathie (F 10.25) ; dépendance au cannabis, utilisation actuelle de la drogue (F 12.24) ; dysthymie (F 34.1) ; traits de personnalité émotionnelle labile, type impulsif (F 60.30).

Au terme d'un rapport complet et détaillé, sur le plan physique, les médecins relèvent que le recourant serait démonstratif, augmentant ses plaintes dans le but d'obtenir une rente, sa situation n'ayant pas évoluée depuis 1991, sa capacité de travail exigible étant toujours de 100% dans le cadre d'une activité adaptée, étant précisé qu'une position statique prolongée debout, en rotation – flexion du tronc, en porte-à-faux, accroupi ou agenouillé et les bras en l'air sont à éviter et que le port de charge est limité à dix kilos occasionnellement, le recourant ne pouvant pas travailler à la chaîne ni sur une machine vibrante.

Sur le plan psychiatrique, les médecins relèvent une dépendance à l'alcool et à la drogue, étant précisé qu'il a été constaté une absence de troubles cognitifs, séquélaires à la consommation d'alcool, et de symptômes psychotiques ou anxieux.

Aucune maladie psychiatrique à l'origine d'une atteinte à la santé mentale ou psychique ayant comme conséquence une incapacité de travail de longue durée n'a été constatée, de sorte que les médecins relèvent sur le plan psychiatrique, l'absence de toute limitation fonctionnelle ainsi qu'une capacité de travail complète.

26. Par décision du 11 novembre 2006, l'OCAI refusa toute prestation au recourant.

27. Celui-ci forma recours contre cette décision le 26 janvier 2007 auprès du Tribunal de céans, relevant que la décision de l'OCAI irait à l'encontre des certificats médicaux établis par la Dresse D_____ et le Dr H_____. Il concluait à ce qu'il lui soit octroyé un délai pour compléter son recours et sur le fond à ce qu'il soit dit qu'il avait droit aux prestations de l'AI sous forme de rente complète dès le mois de mai 2000.

28. Dans le cadre du délai imparti par le Tribunal, le recourant compléta son recours le 28 février 2007. Il reprochait à nouveau à l'OCAI de s'être écarté des avis des Drs D_____ et H_____ et critiquait l'examen psychiatrique pratiqué par le SMR le 6 avril 2006. Il concluait à ce qu'une expertise pluridisciplinaire judiciaire soit ordonnée et sur le fond à ce qu'il soit dit qu'il avait droit à un rente invalidité entière depuis le 15 mai 2000.

29. Le recourant produisit notamment un certificat médical de son nouveau médecin traitant, la Dresse L_____, du 22 janvier 2007 à l'appui de son recours.

    Au terme de ce certificat, ce médecin indique que le recourant souffre de lombalgies chroniques ainsi que d'une gonalgie droite invalidante depuis 1992 et d'une méralgie paréstésique bilatérale depuis 2006.

    Il est relevé que le recourant a développé une hypoacousie mixte progressive bilatérale sur le plan ORL et qu'il souffre d'un état anxio dépressif important aggravé par une dépendance à l'alcool et au cannabis sur le plan psychique. Il est notamment relevé que sa dépendance à l'alcool occasionne différentes atteintes neurologiques empêchant notamment de nouvelles acquisitions dans l'optique d'une reconversion professionnelle.

30. Dans le cadre du délai imparti par le Tribunal, l'OCAI déposa sa réponse le 26 mars 2007. L'autorité intimée se référait aux conclusions du rapport d'examen clinique pratiqué par le SMR, tout en indiquant que le certificat médical de la Dresse L_____ du 22 janvier 2007 n'apportait aucun élément complémentaire par rapport à l'évaluation effectuée par le SMR, de sorte que l'OCAI concluait au rejet du recours.

31. Par courrier du 3 mai 2007, le recourant produisit un rapport médical des Drs M_____, neurologue FMH, et N_____, psychologue diplômé FSP, du 18 avril 2007.

L'appréciation de ces thérapeutes est la suivante :

« Si nous considérons les compétences neuropsychologiques de Monsieur O_____, une reconversion professionnelle nous paraît théoriquement possible, à condition que l'activité soit adaptée à ses capacités (activité ne sollicitant pas, ou peu, les aptitudes attentionnelles et dans laquelle la contrainte de rendement ne soit pas trop importante). »

32. Sur invitation du Tribunal, l'OCAI fit valoir sa position quant à ce nouveau rapport le 22 mai 2007. Un avis médical du SMR du 10 mai 2007 était transmis, au terme duquel ledit SMR indiquait que l'examen neuropsychologique du 18 avril 2007 confirmait les conclusions de l'examen précédent du 6 avril 2006, tout en ajoutant des limitations fonctionnelles. Ainsi, l'OCAI persista dans sa position considérant que cet examen n'apportait aucun élément nouveau.

33. Le recourant écrivit à nouveau au Tribunal le 8 juin 2007 afin de transmettre un certificat médical du Dr LIARD, spécialiste FMH oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale, du 30 mai 2007. Selon ce médecin, le recourant souffre d'une presbyacousie moyenne à sévère plus marquée à droite qu'à gauche ainsi que d'un important trouble de la compréhension des mots monosyllabiques. Ce certificat médical ne fait état d'aucune répercussion du diagnostic ainsi posé sur la capacité de travail du recourant, ce médecin indiquant uniquement que des contrôles réguliers seront entrepris au niveau du larynx.

34. Le Tribunal ouvrit des enquêtes.

35. Le Dr H_____, médecin psychiatre, fût entendu le 12 juillet 2007.

Ce médecin précisa avoir suivi le recourant à raison d'une séance par semaine du mois de septembre 2002 au mois de juillet 2003 et l'avoir revu par la suite à trois reprises durant l'automne 2005.

Le trouble dépressif anxieux du recourant était reconnu et qualifié d'évident et sérieux, l'élément essentiel et déclanchant de ceux-ci consistant dans le fait qu'il considérait que son état de santé n'était pas reconnu.

Le Dr H_____ précisa que le problème d'alcool du recourant contribuait à ces troubles, sans qu'il puisse toutefois se prononcer quant à savoir si l'alcoolisme du recourant était primaire ou secondaire.

Le Dr H_____ indiqua que l'incapacité de travail du recourant était totale à l'époque où il le suivait, mais précisa que le recourant pouvait récupérer une certaine capacité de travail si ses problèmes sociaux économiques étaient résolus, sa maladie n'étant pas chronique.

Ce médecin indiqua qu'à l'époque où il avait revu son patient en automne 2005,

l'état de santé de ce dernier s'était globalement amélioré.

Son patient indiquait ne plus boire mais restait préoccupé par sa situation globale, restée non résolue, indiquant avoir plus d'espoir depuis l'arrêt du Tribunal du 25 novembre 2003, car il avait l'impression que sa situation était mieux reconnue.

Interrogé quant au test pratiqué par le SMR, le Dr H_____ indiqua ne pas le connaître, et précisa que ce type de tests peut aider à apprécier la situation d'un patient mais ne permet pas de poser un diagnostic à lui seul.

36. Entendu le même jour en comparution personnelle, le recourant indiqua qu'il parvenait mieux à gérer ses angoisses depuis qu'il est abstinent. Il indiqua que s'agissant de son état physique son traitement était médicamenteux (Ponstan, Irfen et en cas de nécessité, Tramal). S'agissant de son état psychique, il prenait du Lexotanil en cas de nécessité, soit environ une à deux fois par semaine en cas d'angoisse. S'agissant des médicaments antidouleurs, il indiquait s'automédiquer.

Interrogé au sujet du contenu du rapport des Drs M_____ et N_____ du 18 avril 2007, le recourant indiqua être d'accord avec son contenu, y compris s'agissant des conclusions relatives à sa possibilité de reconversion professionnelle, étant précisé qu'il considérait ses difficultés attentionnelles comme plus importantes qu'indiquées dans ledit certificat. Il indiqua ne pas pouvoir envisager d'effectuer une activité de chauffeur privé ou de garde du corps notamment en raison de l'impossibilité de conduire pendant des heures sans avoir une douleur intense au dos.

Au contraire, il indiquait pouvoir envisager l'exercice d'une activité légère pour autant qu'elle soit peu contraignante, comme par exemple du bénévolat, étant précisé qu'il faudrait que cette activité soit variée.

Il a précisé avoir dû abandonner un travail exercé auprès du Tuteur Général dans le cadre du RMCAS car il ne pouvait effectuer les déplacement et déménagements nécessaires.

37. En prévision d'une audience appointée pour le 30 août 2007, le Conseil du recourant écrivit au Tribunal le 18 juillet 2007 indiquant que son mandant serait absent de Genève à la date de l'audience et signerait une levée du secret médical pour les médecins dont l'audition avait été demandée par le Tribunal.

38. La Dresse L_____ fût entendue le 30 août 2007.

Elle indiqua suivre le recourant depuis le mois d'octobre 2005 étant précisé qu'elle l'avait connu une dizaine d'années auparavant auprès de la Polyclinique de Médecine des HUG.

Elle précisa que c'était surtout ses troubles neuropsychologiques qui entravaient le

recourant dans sa capacité de travail, celui-ci rencontrant essentiellement des difficultés à maintenir son intention.

Elle indiqua ne pas bénéficier d'un examen neuropsychologique à l'époque de la rédaction de son certificat médical du 22 janvier 2007.

Toutefois, un tel examen avait été effectué dans l'intervalle par le Dr N_____, lequel avait révélé des difficultés du recourant à maintenir son intention mais aucun trouble du raisonnement. Elle précisa qu'il n'était pas impossible à son patient d'exercer toute activité, mais que son affection ne lui permettait pas de répondre à des contraintes de performances ni de fournir une capacité attentionnelle soutenue.

Elle confirma que si l'on tenait compte des restrictions qu'entraînaient les affections osthéo-articulaires du recourant, celui-ci pouvait exercer une activité adaptée.

Elle précisa que les affections du recourant sont chroniques et corrigea son certificat médical en ce sens que l'état du recourant était resté stationnaire pendant la période durant laquelle elle l'avait connu, étant précisé que de manière générale, les affections dont il s'agit sont dégénératives de sorte qu'elles devraient avoir tendance à s'aggraver avec l'âge.

La Dresse L_____ confirma que le recourant rencontrait des problème ORL.

S'agissant de l'état anxio-dépressif de son patient, elle indiqua avoir constaté une nette amélioration depuis que ce dernier est abstinent à l'alcool, soit depuis le mois de mars 2007.

Elle précisa que les difficultés attentionnelles rencontrées par le recourant sont liées à l'effet toxique au niveau neurologique de la consommation d'alcool, une amélioration n'étant que difficilement envisageable et se matérialisent par une impossibilité de rester concentrer de manière prolongée.

Ce médecin indiqua prescrire au recourant des médicaments anti-inflammatoires et dans une moindre mesure anxiolytiques.

39. Le 30 août 2007, le Dr K_____ se présenta sur convocation du Tribunal.

    Ce dernier refusa toutefois de témoigner, considérant n'avoir pas été suffisamment relevé de son secret médical puisqu'il ne disposait d'aucun document écrit et signé du recourant.

40. Le même jour, le Conseil du recourant indiqua disposer d'une déclaration levant la Dresse L_____ de son secret médical mais d'aucune déclaration concernant le Dr K_____.

Il indiqua que son client persistait dans ses conclusions préalables en expertise, certaines conclusions du rapport SMR n'étant pas expliquées.

La représentante de l'OCAI indiqua qu'elle considérait que le dossier était en état d'être jugé.

Un délai fût octroyé aux parties afin de se déterminer par écrit.

41. Par courrier du 25 septembre 2007, l'OCAI indiquait n'avoir aucun acte d'instruction complémentaire à proposer, le dossier étant en l'état d'être jugé et persista intégralement dans ses précédentes conclusions.

42. Le recourant déposa des observations le 27 septembre 2007.

Il critiquait à nouveau l'examen pratiqué par le SMR, lequel s'écarterait des appréciations médicales des Drs L_____, M_____ et N_____.

Il sollicita qu'il soit procédé à l'audition des Drs J_____ et K_____, produisant une déclaration déliant ces médecins du secret professionnel.

Il sollicita également la mise sur pied d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire.

Sur le fond, il conclut à l'annulation de la décision de l'OCAI du 11 décembre 2006, et à ce qu'il soit dit qu'il a droit à une rente invalidité entière depuis le 15 mai 2000.

43. Sur quoi la cause fût gardée à juger.

EN DROIT

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

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

2. La LPGA est 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). La LPGA s'applique donc au cas d'espèce.

3. Au terme de l'art. 60 LPGA, le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours. Ce délai est toutefois suspendu du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c). Ainsi, le recours du 26 janvier 2007 contre la décision de l'OCAI du 11 décembre 2006 intervient-il en temps utile.

   Partant, les autres conditions de recevabilité étant également réalisées, le recours est recevable.

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). 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 qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigé de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et 28 al. 2 LAI).

   Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA, on doit mentionner - à part les maladies mentales proprement dites - les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

A teneur de la jurisprudence constante concernant les dépendances comme l'alcoolisme, la pharmacodépendance et la toxicomanie, une telle dépendance ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. En revanche, elle joue un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué une maladie ou un accident qui entraîne une atteinte à la santé physique ou mentale, nuisant à la capacité de gain, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique ou mentale qui a valeur de maladie (ATF 99 V 28 consid. 2; VSI 2002 p. 32 consid. 2a, 1996 p. 319 consid. 2a, 321 consid. 1a et 325 consid. 1a).

En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, le Tribunal fédéral des assurances a, dans un arrêt ATF 127 V 294, précisé sa jurisprudence relative aux atteintes à la santé psychique. Ainsi, les facteurs psychosociaux ou socioculturels ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 299 consid. 5a in fine; VSI 2000 p. 155 consid. 3).

5. 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).

En particulier, 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).

D'après la jurisprudence (ATF 131 V 49 consid. 1.2), la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss consid. 5.3 et consid. 6).

Les médecins du SMR sont liés par un rapport de travail avec l'Office. Si ce fait n'enlève a priori aucunement la valeur probante de leur examen, il faut relever cependant qu'il ne s'agit pas de médecins indépendants, spécialistes reconnus, au sens de la jurisprudence susmentionnée, et donc que leur analyse ne vaut pas expertise (ATAS 132/2007 du 16 janvier 2007).

Quant au médecin traitant, 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 (ATF 125 V 353, consid. 3b/cc et les références).

6. Selon l'art. 87 al. 4 du Règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (ci-après : RAI), lorsqu'une rente a été refusée en raison d'un degré d'invalidité insuffisant et qu'une nouvelle demande est déposée, l'al. 3 de la même disposition est applicable.

Il s'en suit que la demande doit établir de façon plausible que l'invalidité s'est modifiée de manière à influencer les droits du recourant (DUC, L'assurance-invalidité, in : Soziale Sicherheit, 2ème édition, n°266 et 273).

Cette question doit être tranchée en comparant l'état de fait ayant fondé la première décision de refus à celui existant au moment de la nouvelle décision litigieuse (ATF 133 V 108, ATF 125 V 369, et Pratique VSI 1999 p. 84).

7. En l'espèce, le recourant a déposé une nouvelle demande de prestations AI alléguant une aggravation de son état de santé.

En premier lieu, il convient de préciser qu'il ne saurait être tenu compte du statut ORL du recourant, puisque celui-ci ne fait pas l'objet de la décision du 11 novembre 2006, cette problématique étant apparue pour la première fois en cours de procédure. Il appartiendra cas échéant au recourant de déposer une nouvelle demande à ce sujet, pour autant que son statut ORL entraîne une modification de ses droits.

En revanche, il sera tenu compte de l'examen pratiqué par le Dr M_____ et Madame P_____. En effet, bien que produit en cours de procédure, le rapport médical considéré date du 18 avril 2007 et se rapporte à l'état de santé du recourant au moment de la décision litigieuse. De surcroît, il en a été fait état au cours des enquêtes.

Au plan physique, le Tribunal retient la situation de fait ne s'est pas modifiée de manière à influencer les droits du recourant.

Le Tribunal fonde son appréciation sur le rapport du SMR consécutif à l'examen du 6 avril 2006, ainsi que sur l'audition de la Dresse L_____ le 30 août 2007.

En effet, le rapport du SMR, lequel répond – au contraire des autres certificats médicaux – aux exigences de la jurisprudence en matière d'appréciation des preuves, est convainquant.

Il est par ailleurs corroboré par le médecin traitant du recourant, la Dresse L_____, qui lors de son audition du 30 août 2007 – audition lors de laquelle elle est revenue sur son certificat médical du 22 janvier 2007 – a précisé que l'incapacité de travail du recourant est essentiellement liée à ses troubles neuropsychologiques et que si l'on tenait comptes des restrictions liées aux affections osthéo-articulaire de son patient, celui-ci peut exercer une activité adaptée.

Partant, sur ce plan, l'octroi d'une rente AI ne saurait être envisagée.

Du point de vue neuropsychologique, l'instruction en cours de procédure permet de confirmer la décision de l'autorité intimée.

Le Tribunal se fondera à ce sujet également sur le rapport du SMR, qui emporte sa conviction.

De surcroît, il ressort du rapport du Dr M_____ et de Madame P_____ du 18 avril 2007 qu'une reconversion professionnelle dans une activité adaptée est possible.

Le recourant a confirmé lui-même cette conclusion le 12 juillet 2007, indiquant toutefois n'envisager qu'une activité dans le bénévolat.

Le Tribunal fonde également tout particulièrement son avis sur l'audition du médecin-psychiatre du recourant du 12 juillet 2007. Ce médecin indiqua s'agissant des problèmes de dépendances rencontrés par son patient ne pas pouvoir indiquer si ceux-ci étaient consécutifs à une maladie entraînant une atteinte à la santé physique ou mental ou même s'ils avaient entraînés une telle maladie. Le Dr H_____ considéra également que les différents troubles psychiques rencontrés par son patient provenaient d'une absence de reconnaissance de son mauvais état de santé. Sa situation était susceptible de s'améliorer si ces problèmes sociaux économiques étaient résolus, sa maladie n'étant pas chronique. Il indiqua par ailleurs que l'état de santé du recourant s'était globalement amélioré – fait confirmé par la Dresse L_____ – suite à l'Arrêt du Tribunal de céans du 25 novembre 2003 car sa situation était mieux reconnue.

Il apparaît ainsi que les troubles neuropsychologiques du recourant sont essentiellement liés a des problèmes sociaux économiques et à l'absence de reconnaissance de son état de santé.

Or, au vu de la jurisprudence rappelée plus haut, il ne saurait être reconnu d'invalidité au recourant sur cette base.

8. Ainsi, le recours, mal fondé, sera rejeté.

9. Un émolument de 200 fr. sera mis à la charge du recourant qui succombe.

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 fr. 200 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	Le président
Isabelle CASTILLO	Thierry STICHER

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