REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4/2007 **ATAS/1299/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 3

du 22 novembre 2007

En la cause

Monsieur B_____, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Daniel MEYER — recourant

contre

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

Siégeant : Karine STECK, Présidente, Christine KOEPPEL et Olivier LEVY, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur B_____, né en mars 1957, d'origine portugaise, est arrivé en Suisse en 1984. Sans formation, l'intéressé a travaillé comme manœuvre pour l'entreprise X_____ SA à Genève.

2. Le 30 octobre 1996, en soulevant une tronçonneuse pesant 5 kilos, l'intéressé a subi un blocage lombaire. Il a consulté le Dr A_____ qui a conclu à une hernie discale L3-L4 sur canal rachidien étroit et l'a mis en arrêt de travail à 100 %.

3. L'assuré a suivi divers traitements ambulatoires. Du 29 avril au 23 mai 1997, il a été hospitalisé à la division de rééducation de Beau-Séjour. Les médecins ont diagnostiqué des lombosciatalgies chroniques non déficitaires, une hernie discale L3-L4 et un état anxio-dépressif latent. Un stage de réadaptation professionnelle a été organisé à la division de rééducation et médecine physique des Hôpitaux universitaires genevois (HUG) du 6 au 25 août 1997, qui s'est soldé par un échec en raison des douleurs.

4. Le 10 décembre 1997, l'assuré a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance invalidité (OCAI).

5. Dans son rapport adressé à l'OCAI en date du 4 mai 1998, le Dr A_____ a indiqué que son patient était en arrêt de travail à 100 % depuis le 30 octobre 1996, pour des lombosciatalgies chroniques non déficitaires et une hernie discale L3-L4. Il a ajouté que les traitements instaurés n'avaient pas amélioré l'évolution du syndrome lombaire, amplifié par un état anxio-dépressif. Le médecin a estimé qu'une reprise du travail dans le bâtiment était illusoire, compte tenu de la pathologie de son patient.

6. Dans un rapport intermédiaire du 27 février 2001, le Dr A_____ a posé les diagnostics de discopathie protrusive L3-L4, syndrome lombosciatique bilatéral, stéatose hépatique et éthylisme chronique. Il a mentionné que les tentatives de sevrage s'étaient soldées par des échecs et que le problème de l'alcoolisme rendait toute tentative de reprise du travail illusoire.

7. Une expertise psychiatrique a été pratiquée en date du 10 juin 2002 par les Drs C_____ et D_____, du département de psychiatrie des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG).

   Les médecins ont conclu à un syndrome de dépendance à l'alcool présent depuis une vingtaine d'années et à une maladie du foie (stéatose hépatique) diagnostiquée en 2000, dont ils ont estimé qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail. Les experts ont indiqué que l'alcoolisme n'entraînait pas encore de limitations qualitatives ni quantitatives sur les plans psychique, mental et physique,

malgré la présence d'une stéatose hépatique et d'une polyneuropathie. Ils ont recommandé à l'assuré de s'adresser à une consultation spécialisée (pce 60 OCAI).

8. Dans son rapport du 29 novembre 2003, le Dr E_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne notamment, a posé le diagnostic de lombosciatalgies chroniques à gauche (trouble statique, canal lombaire étroit et secondairement rétréci et trouble dégénératif, discopathies étagées). Il a également mentionné, tout en relevant qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail, les diagnostics de gonalgies bilatérales (syndrome rotulien), syndrome de dépendance à l'alcool, stéatose hépatique et hypercholestérolémie.

   Le Dr E_____ a relevé qu'au status neurologique, la force musculaire était conservée, qu'il n'y avait pas de déficit des nerfs crâniens, ni de troubles de la coordination, ni de points caractéristiques de la fibromyalgie.

   Il a indiqué qu'il rejoignait l'avis du Dr F_____, spécialiste FMH en endocrinologie-diabétologie, selon lequel le diagnostic de canal lombaire rétréci devrait être posé. En effet la comparaison des examens successifs du rachis lombaire effectués depuis 1996 avait montré que la situation avait peu évolué sur le plan osseux et de la statique. L'assuré présentait un canal lombaire relativement étroit congénitalement. Ce canal rachidien déjà étroit était secondairement rétréci par des dégénérescences discales sous forme de herniation et de protrusion et par le remaniement arthrosique des articulations postérieures. Le médecin a expliqué qu'il s'agissait d'un processus dégénératif lentement évolutif. Il a ajouté que symptomatologie restait inchangée chez 50% des patients, s'aggravait chez 10 à 15% d'eux et s'améliorait spontanément et de manière durable chez 30 à 45% d'entre eux.

   Le Dr E_____ a écarté le diagnostic de polyneuropathie. Il a ajouté que les mesures thérapeutiques conservatrices n'étaient pas totalement épuisées. Il a suggéré que des techniques de kinésithérapie en délordose soient appliquées, que le surpoids du patient soit diminué et son endurance entraînée.

   L'expert a exprimé l'opinion qu'il restait à l'assuré une capacité de travail dans une activité légère, mais avec des limitations fonctionnelles. Il a préconisé d'alterner les positions, d'éviter les stations assise et debout prolongées, de limiter la marche à une heure, d'éviter les mouvements répétés en flexion, extension et rotations du tronc, les positions soutenues en porte à faux, le port de charges supérieures à 10 kg ainsi que les travaux au-dessus du sol.

   Le médecin a réservé son pronostic en raison de la présence de facteurs étrangers à l'invalidité (longueur de l'interruption de travail, tissu social peu développé, faible niveau de scolarisation; pce 4 OCAI).

9. La division de réadaptation professionnelle de l'OCAI a procédé à une évaluation théorique du degré d'invalidité de l'assuré. Pour ce faire, elle a comparé le revenu qu'il aurait réaliser sans atteinte à sa santé en 1997, soit 54'042 fr., à celui qu'il aurait pu espérer réaliser la même année en tant qu'homme exerçant une activité simple et répétitive, tous secteurs confondus, compte tenu d'une réduction supplémentaire de 15%, soit 48'339 fr. (ESS 1996, tableau TA 1 : 4'503 fr. par mois pour 40 h./sem. = 4'717 fr. par mois pour 41,9 h./sem. = 56'603 fr. par année à plein temps, avant réduction supplémentaire de 15%). La division de réadaptation professionnelle a ainsi abouti à un degré d'invalidité de 10,6% insuffisant pour ouvrir droit à des prestations de l'assurance-invalidité (pièce 15 OCAI).

10. Par décision du 7 décembre 2004, l'OCAI a refusé à l'assuré le droit à un reclassement, au motif qu'il ne subissait pas de manque à gagner durable de 20 % au moins.

11. L'assuré ayant formé opposition à cette décision, l'OCAI l'a confirmée par décision du 2 mai 2005. Il a considéré qu'il n'avait pas été établi que l'état psychique de l'assuré se soit aggravé comme il l'alléguait et qu'il était apte à travailler dans une activité adaptée dans les secteurs de la production et des services, lesquelles recouvrent un large éventail d'activités simples et répétitives adaptées à son handicap.

12. Saisi à son tour, le Tribunal cantonal des assurances sociales (TCAS) a rendu un arrêt en date du 2 novembre 2005 (ATAS 963/05) au terme duquel il a rejeté le recours interjeté par l'assuré. Le TCAS a constaté que les médecins étaient unanimes pour conclure que l'activité de manœuvre n'était plus exigible de l'assuré. mais qu'en revanche, on pouvait attendre de ce dernier qu'il exerce une activité légère à moyenne respectant les limitations décrites par le Dr E_____, à plein temps et sans diminution de rendement. Il a par ailleurs constaté que le calcul du degré d'invalidité auquel s'était livré l'OCAI ne prêtait pas le flanc à la critique.

13. Le 31 mars 2006, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations.

14. A l'appui de cette dernière, son médecin traitant, le Dr G_____, spécialiste FMH en médecine générale, a rédigé un certificat médical dont il ressort que l'état de santé de son patient s'est fortement péjoré depuis décembre 2004 et que sa capacité de gain est nulle. Le médecin a posé les diagnostics de hernie discale lombaire, lombosciatique à gauche, de hernie discale cervicale et névralgies cervico-brachiales bilatérales, de vertiges, de tachycardie. Il a relevé que le patient se plaignait de nervosité, d'angoisse, d'une baisse de moral, de fourmillement dans les genoux et les talons et de dépression nerveuse. Le médecin a précisé n'avoir pas refait d'examens radiologiques car les plaintes de l'assuré étaient restées stables durant les dernières années. Il a souligné qu'il se mobilisait encore bien et qu'il avait l'air en forme psychologiquement de sorte qu'un examen de point de vue-là n'était

pas nécessaire. Il a néanmoins ajouté que selon lui, sa situation s'était fortement péjorée (pièce 108 OCAI).

15. Par courrier du 25 avril 2006, l'OCAI a fait remarquer à l'assuré que pour que sa nouvelle demande puisse être instruite, il devait fournir tous les éléments attestant l'existence de faits nouveaux pouvant motiver une réouverture de l'instruction de son droit à une rente. Son attention a été attirée sur le fait que si aucun fait nouveau n'était mis en exergue, l'OCAI ne pourrait vraisemblablement pas entrer en matière. Un délai de quinze jours lui a été octroyé pour faire valoir ses moyens de preuve.

16. Par décision du 15 mai 2006, l'OCAI, constatant que malgré le délai qui lui avait été imparti, l'assuré n'avait fait valoir aucun fait nouveau permettant de revoir sa situation, a décidé de refuser d'entrer en matière sur sa nouvelle demande de prestations.

17. Par courrier du 15 juin 2006, l'assuré a formé opposition à cette décision. Il a réaffirmé que son état de santé s'était péjoré et a allégué à cet égard avoir dû séjourner à la clinique genevoise de Montana du 15 mai au 6 juin 2006.

18. L'assuré a complété son opposition par courrier du 29 septembre 2006. Il a allégué que son état psychique ne cessait de se détériorer depuis l'automne 2005. Il a expliqué se trouver en traitement continu depuis le 8 mai 2006 auprès du Dr H_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie pour trouble dépressif récurrent, épisode moyen avec somatisation. Il a ajouté avoir dû séjourner à la clinique genevoise de Montana du 15 mai au 6 juin 2006. Il a demandé à l'OCAI d'annuler sa décision du 15 mai 2006 et de lui octroyer une rente entière d'invalidité, subsidiairement d'ordonner la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique. A l'appui de ses dires, l'assuré a notamment produit un certificat médical du Dr H_____ posant le diagnostic principal de trouble dépressif récurrent, épisode moyen avec somatisation ainsi que le rapport établi par la clinique genevoise de Montana le 4 juillet 2006 confirmant ce diagnostic et précisant qu'il a bénéficié d'un soutien actif de l'équipe médico-infirmières auprès du groupe "vivre avec la douleur chronique".

19. Le dossier de l'assuré a été soumis au Service médical régional AI (SMR). Le Dr I_____ a fait remarquer que la nouvelle demande déposée par l'assuré l'a été quatre mois et demi après l'arrêt du TCAS, que la liste des pathologies établie par le Dr G_____ était connue au moment de la décision initiale de l'OCAI et que la lettre de sortie de la clinique genevoise de Montana, ne mentionnait la prise d'aucun antidépresseur ou anxiolytique mais révélait que l'abus d'alcool se poursuit. Enfin, s'agissant du troisième document produit, à savoir le certificat médical du Dr H_____, le Dr I_____ a souligné qu'il reprenait exactement les mêmes diagnostics que ceux énumérés dans la lettre de la Clinique genevoise et ne mentionnait ne traitement ni prise en charge.

En définitive, il a constaté que toutes les pathologies mentionnées étaient déjà connues au moment de la décision initiale et a conclu que rien ne permettait d'admettre un changement significatif de l'état de santé de l'assuré avec répercussion négative sur sa capacité de travail entraînant une modification de son degré d'invalidité.

Il a ajouté que l'absence d'un traitement médicamenteux ou d'une prise en charge spécialisée permettait de douter très sérieusement de la gravité du trouble dépressif récurent.

Enfin, il a fait remarquer que la poursuite de l'abus d'alcool, qui semblait important, n'était pas propice à un changement mais était en revanche susceptible d'entretenir le trouble dépressif, sans que rien n'indique que cet alcoolisme aurait créé des dégâts organiques tels que des séquelles qui seraient devenues en elles-mêmes invalidantes (pièce 124 OCAI).

20. Par décision sur opposition du 20 novembre 2006, l'OCAI a confirmé sa décision du 15 mai 2006. Il a estimé qu'il n'était pas possible d'admettre un changement significatif de l'état de santé avec répercussion négative sur la capacité de travail justifiant une modification du degré d'invalidité.

21. Par courrier du 3 janvier 2007, l'assuré a interjeté recours contre cette décision. Il conclut à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, subsidiairement à la mise sur pied d'une expertise pluridisciplinaire. Il soutient que l'expertise du Dr E_____ faisait état de simples lombosciatalgies chroniques à gauche et que si la présence d'une hernie discale avait certes été décelée par examen radiologique du 26 octobre 1996, les atteintes en résultant n'étaient pas encore considérées comme invalidantes. Il allègue que dix ans après ces premières constatations au niveau du rachis lombaire, les dégénérescences discales ont évolué de manière défavorable. Il en veut pour preuve la recrudescence des douleurs qui ont nécessité des infiltrations de cortisone à quatre reprises en 2006. Il soutient qu'il est, contrairement à ce qu'a soutenu l'OCAI, sous traitement anti-dépresseurs à base de myorelaxants et d'antalgiques. Il conteste par ailleurs toute habitude éthylique.

22. Invité à se prononcer, l'OCAI, dans sa réponse du 12 février 2007, a conclu au rejet du recours. Il fait remarquer que les troubles de santé du recourant sont présents depuis de nombreuses années et qu'ils ne peuvent dès lors être compris comme de nouvelles atteintes justifiant l'ouverture d'une procédure de révision. Quant aux diagnostics psychiatriques, il fait remarquer qu'ils ont été posés quelques mois à peine après le terme d'une procédure ayant abouti à un refus de rente de sorte qu'il estime qu'ils doivent être compris comme une appréciation différente d'un même état de fait, non susceptible de justifier une aggravation de l'état de santé.

23. A la demande de l'assuré, le Dr H_____ a été entendu le 24 mai 2007.

Le Dr H_____ a indiqué suivre le patient depuis le 8 mai 2006. Auparavant, il aurait été suivi par un psychiatre de la Clinique du Mail qu'il a dû cesser de consulter lorsque celui-ci n'a plus pratiqué.

Le Dr H_____ a confirmé son diagnostic de trouble dépressif récurrent moyen. Par ailleurs, il a indiqué que l'état du patient, stationnaire, se chronicisait.

Le Dr H_____ a expliqué que le recourant est un "sujet désorganisé" depuis plusieurs années; malgré qu'il ait pris toutes sortes de médicaments et qu'il soit même allé au laboratoire du sommeil à la Clinique de Belle-Idée, son état se chronicise; il continue à être sujet à des ruminations, à d'idées négatives et il a même eu des idées suicidaires.

Selon le témoin, il est important de replacer la dépression du recourant dans son contexte et de ne pas oublier les autres diagnostics posés. Selon lui, l'alcoolisme n'est pas la maladie principale du recourant. Il estime que s'il a consommé de l'alcool par le passé, c'était plutôt pour sa qualité de substance psycho-active, c'est-à-dire à titre de médication.

Le Dr H_____ a rappelé que son patient est manuel et a exprimé l'opinion qu'il n'est plus capable d'assumer une activité manuelle parce qu'il n'a pas l'énergie nécessaire pour s'y atteler et assumer une activité organisée. S'il demeure capable de s'acquitter de tâches quotidiennes sans importance, cela ne signifie pas pour autant - selon le médecin - qu'il puisse exercer une activité professionnelle requérant un minimum d'organisation.

Le Dr H_____ a encore indiqué n'avoir jamais constaté personnellement de problème d'alcool chez son patient, sans pouvoir toutefois affirmer que ce dernier est totalement abstinent car il n'a pratiqué aucune analyse sanguine.

Le témoin a précisé avoir vu le patient à 8 occasions depuis mai 2006. Il a convenu que le traitement n'était pas intensif.

Le témoin a encore produit la liste des médicaments pris par le patient pour soulager ses douleurs dorsales et son estomac. Il a ajouté que l'assuré prenait au surplus du Romeron (anti-dépresseur) et du Dogmatil (200 mg, à cette dose il s'agit plutôt d'un neuroleptique) en précisant que la compliance est bonne.

24. A l'issue de l'audience, le Dr H_____ a par ailleurs produit un courrier à lui adressé par le Dr J_____, du service de psychiatrie adulte de Belle-Idée en date du 16 octobre 2006.

Il en ressort que ce médecin a examiné l'assuré dans le cadre d'une insomnie transitoire d'endormissement qui se produit par périodes de deux à trois semaines suivies par une période de rémission complète. Le médecin a procédé à un

enregistrement oxymétrique dont les résultats ont suggéré la présence d'une insomnie dans un contexte anxio-dépressif dont il a estimé qu'il mériterait une prise en charge par des anti-dépresseurs à effet anxiolytiques. A noter que selon le médecin, la consommation d'alcool s'élève habituellement à un litre de vin par jour.

25. Entendu en comparution personnelle, l'assuré a expliqué avoir exercé auparavant la profession de manœuvre, activité lourde qui l'amenait à porter des sacs de 50 kg et à manier pelles et pioches. S'agissant de sa consommation d'alcool, il a affirmé qu'elle se résume à un verre de vin aux repas et une bière le soir. A la question de savoir s'il avait rencontré un problème avec l'alcool par le passé, le recourant a répondu par la négative, affirmant avoir toujours bu de façon normale et n'avoir jamais été ivre.

    Le représentant de l'intimé a indiqué que ce dernier n'entendait pas entrer en matière et plus particulièrement proposer de mesures professionnelles, d'autant que l'assuré ne s'était soumis à aucun traitement pour son problème d'alcool.

26. Par courrier du 11 juin 2007, l'assuré a indiqué que suite à l'audience de comparution personnelle, il avait décidé de consulter l'unité d'alcoologie des HUG.

27. Dans ses écritures après enquêtes du 26 juin 2007, l'assuré a soutenu que contrairement à l'avis de l'OCAI, l'avis du Dr H_____, corroboré par le rapport de la Clinique genevoise de Montana, permet d'admettre qu'il est atteint d'un trouble dépressif récurrent moyen avec somatisation pour lequel il est suivi depuis plusieurs années, qui s'aggrave notablement au point de s'être chronicisé, qu'il y a dès lors lieu d'admettre que sa capacité résiduelle de travail, du point de vue strictement psychiatrique, est nulle. Parallèlement, il fait valoir que du point de vue rhumatologique, il a subi une recrudescence des douleurs.

28. L'OCAI a quant à lui persisté dans sa position en relevant une fois encore que la nouvelle demande a été déposée moins de quatre mois et demi après l'arrêt du TCAS de sorte que la probabilité d'une détérioration de l'état de santé de l'assuré susceptible de modifier l'évaluation de son degré d'invalidité est faible. Pour le reste, l'OCAI a produit l'avis établi par le Dr K_____, du SMR, en date du 12 juin 2007.

    Ce médecin a retenu de l'examen du laboratoire du sommeil pratiqué le 16 octobre 2006 qu'il permet d'exclure une pathologie du sommeil même s'il met en évidence une insomnie associée à un contexte anxio-dépressif et confirme de manière indirect la prise d'alcool. Le Dr K_____ s'est par ailleurs étonné de ce que le Dr H_____ se soit contenté de croire son patient sur parole lorsque ce dernier lui a affirmé ne pas abuser de l'alcool. Il fait remarquer qu'en cas d'alcoolisme chronique avéré, une telle confiance n'est pas de mise.

Le Dr K_____ a souligné que le suivi du Dr H_____ n'était, selon ses propres termes, pas intensif puisqu'il se résume à sept ou huit fois en une année qui ne lui permet pas d'affirmer que l'assuré est totalement abstinent, d'autant qu'il n'a procédé à aucune analyse sanguine lui permettant de se faire une idée précise de l'alcoolisme du patient ou de sa compliance aux médicaments.

En conclusion, le Dr K_____ a conclu qu'aucun élément nouveau n'avait été mis en évidence. Au contraire, il a jugé que les excès d'alcool paraissant dans le rapport du Dr J_____ et les déclaration de l'assuré sont le témoin d'un déni de la pathologie alcoolique classique dans ce genre d'affections. Il en a tiré la conclusion qu'il n'y a eu aucun changement significatif mais bien au contraire une forte suspicion de la persistance de l'addiction.

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

3. 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, 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En l'espèce, étant donné que la nouvelle demande de prestations a été déposée en mars 2006, le présent recours concerne le droit à des prestations postérieures à l'entrée en vigueur de la LPGA. En conséquence, sur le plan matériel, cette dernière s'applique au présent litige (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

   Les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi, de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3).

Enfin, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Le présent cas est soumis au nouveau droit, du moment que le recours de droit administratif a été formé après le 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

4. Le litige porte sur la question de savoir si c'est à juste titre que l'intimé a refusé d'entrer en matière sur la demande de prestations présentée par l'assurée en mars 2006.

5. a) Lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 17 LPGA; art. 87 al. 3 et 4 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI]). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 68 consid. 5.2.3, 117 V 200 consid. 4b et les références).

   b) Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b).

   c) Lorsque l'administration entre en matière sur la nouvelle demande, elle doit examiner l'affaire au fond et vérifier que la modification de l'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue; elle doit donc procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA. Si elle arrive à la conclusion que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis sa précédente décision, entrée en force, elle rejette la demande. Dans le cas

contraire, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité ou une impotence donnant droit à prestations, et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a, 109 V 114 consid. 2a et b).

6. En l'espèce, l'intimé a refusé d'entrer en matière au motif que l'assurée n'a pas rendu plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Le Tribunal de céans est par conséquent autorisé à examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière.

   Il convient donc d'examiner si la demande de prestations satisfaisait aux exigences posées quant au caractère plausible d'une modification déterminante des faits (art. 87 al. 3 et 4 RAI).

   Lors de l'appréciation du caractère plausible d'une modification déterminante des faits influant sur le droit aux prestations, on compare les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision administrative litigieuse - ici, celle du 20 novembre 2006 - et les circonstances prévalant à l'époque de la dernière décision d'octroi ou de refus des prestations - ici, la décision sur opposition du 2 mai 2005 (ATF 130 V 66 consid. 2, et 77 consid. 3.2.3 relatif à l'étendue de l'analogie entre la révision de la rente et la nouvelle demande par rapport aux bases de comparaison dans le temps).

   L'exigence sur le caractère plausible de la nouvelle demande selon l'art. 87 al. 3 RAI ne renvoie pas à la notion de vraisemblance prépondérante usuelle en droit des assurances sociales. Les exigences de preuve sont, au contraire, sensiblement réduites en ce sens que la conviction de l'autorité administrative n'a pas besoin d'être fondée sur la preuve pleinement rapportée qu'une modification déterminante est survenue depuis le moment auquel la décision refusant les prestations a été rendue. Des indices d'une telle modification suffisent lors même que la possibilité subsiste qu'une instruction plus poussée ne permettra pas de l'établir (Damien VALLAT, La nouvelle demande de prestations AI et les autres voies permettant la modification de décisions en force, RSAS 2003, p. 396 ch. 5.1 et la référence sous note n° 27).

   En l'espèce, il est vrai que le TCAS a rendu un arrêt confirmant le refus de prestations en date du 2 novembre 2005. C'est cependant au moment de la décision sur opposition du 2 mai 2005 qu'il convient de comparer la situation telle qu'elle se présente au moment de la nouvelle demande, car c'est au 2 mai 2005 que s'arrête l'état de fait tel que l'a examiné le TCAS, étant rappelé que ce dernier ne peut prendre en considération les faits postérieurs à la décision litigieuse. Près d'une année s'est donc écoulée entre les circonstances prévalant à l'époque de la dernière décision de refus des prestations (mai 2005) et la nouvelle demande (mars 2006). Il n'en demeure pas moins que ce laps de temps est relativement bref, de sorte que

l'Office était en droit de se montrer d'autant plus exigeant pour apprécier le caractère plausible des allégations du recourant (ATF 109 V 114 consid. 2b; voir aussi ATF 130 V 70 consid. 6.2).

Certes, le Dr G_____ fait état d'une "forte péjoration" de l'état de son patient. Cependant, dans le même courrier, il affirme n'avoir procédé à aucun nouvel examen radiologique, les plaintes du patient étant demeurées stables depuis des années. On voit mal dès lors en quoi consiste l'aggravation alléguée, d'autant que le médecin ajoute qu'au plan psychologique, son patient a "l'air en forme" à tel point qu'il estime qu'un examen à cet égard n'est pas utile.

Au plan rhumatologique, rien ne vient donc rendre plausible une aggravation de l'état de santé du patient, si ce n'est l'affirmation de ce dernier - contredite par le courrier de son médecin traitant qui indique que les plaintes du patient sont restées les mêmes - que les douleurs ont augmenté.

Au plan psychologique, le Dr H_____ pose le diagnostic d'état dépressif récurrent. Il convient tout d'abord de relever que ce médecin ne suit le recourant que depuis mai 2006, soit postérieurement au dépôt de la nouvelle demande. Quoi qu'il en soit, là encore, une aggravation par rapport à l'état anxio-dépressif déjà mentionné à l'époque de la décision initiale ne parait pas plausible. En effet, ainsi que le fait remarquer l'intimé, le traitement suivi chez le Dr H_____ n'a rien d'intensif, même si des antidépresseurs ont été prescrits. Quant au rapport de sortie de la Clinique de Montana, il n'en ressort à aucun moment une aggravation de l'état psychique de l'assuré. Il est simplement indiqué que ce dernier souffre effectivement d'un état dépressif récurrent moyen et qu'il a bénéficié du soutien actif de l'équipe du groupe "vivre avec la douleur chronique". Il apparaît en revanche à la lecture de ce rapport comme à celle de celui du Dr J_____ que la consommation d'alcool du recourant reste encore importante, ce qui est susceptible d'entretenir le trouble dépressif. A aucun moment il n'est allégué que l'alcoolisme aurait entraîné des séquelles invalidantes.

Eu égard à ce qui précède et étant rappelé que l'Office dispose d'un certain pouvoir d'appréciation à cet égard, il apparaît que c'est à juste titre qu'il a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande du recourant au motif que ce dernier n'a pas rendu plausible une aggravation de son état de santé pouvant entrainer une modification de ses droits. En conséquence, le recours est 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. Met un émolument de 200 fr. à la charge du recourant.

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

La greffière	La présidente
Janine BOFFI	Karine STECK

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