



POUVOIR JUDICIAIRE

A/1837/2003

ATAS/200/2005

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

3^{ème} chambre

du 17 mars 2005

En la cause

Monsieur S_____, mais comparant par Me Oswald BREGY,
avocat en l'Etude duquel il élit domicile.

recourant

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, 97, rue de
Lyon, 1203 Genève.

intimé

Siégeant : Madame Karine STECK , Présidente,

Mesdames Isabelle DUBOIS et Maya CRAMER, juges.

EN FAIT

1. Monsieur S _____, ressortissant espagnol né en 1949, est arrivé en Suisse en 1969 et y a occupé divers postes de manœuvre. De 1982 à 1992, il a travaillé sans interruption pour l'entreprise C _____ SA. Il a été licencié en 1992 pour raisons économiques.
2. Le 1^{er} juin 1993, l'intéressé a été victime d'une chute dans les escaliers à la suite de laquelle le diagnostic de gonarthrose du genou droit a été posé par le Dr A _____, chirurgien à la Clinique de l'Arve.
3. Du 14 mars au 15 avril 1994, l'assuré a séjourné à la Clinique de réadaptation de Bellikon. Dans leur rapport de sortie du 10 avril 1994, les Drs B _____ et C _____ ont diagnostiqué une contusion du genou droit sur gonarthrose interne pré-existante. Aucun traitement n'a été proposé, l'état douloureux découlant très vraisemblablement de la gonarthrose. Compte tenu de l'état du genou, les médecins ont jugé que le patient pouvait sans autre reprendre son travail ; il lui a cependant été recommandé de rechercher un poste adapté, par exemple manœuvre dans une activité légère.
4. Le 11 novembre 1994, le Dr D _____, médecin-conseil de la Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Caisse nationale suisse en cas d'accidents ; ci-après : SUVA), a procédé à l'examen final de l'assuré ; il en est ressorti un status clinique et objectif relativement pauvre. Selon le médecin, la persistance d'un syndrome douloureux justifiait toutefois que le patient ne puisse plus travailler de façon complète comme manœuvre dans le bâtiment ; il devrait en outre éviter dans toute activité future de marcher ou rester debout plus de deux heures d'affilée, de rester assis le genou fléchi et sans changer de position plus d'un quart d'heure, de s'accroupir et de s'agenouiller ainsi que d'effectuer fréquemment des descentes, voire même des montées d'escaliers, ou encore de porter des charges importantes ; à condition d'éviter ce type de sollicitations, l'assuré pourrait travailler à temps complet avec un rendement total, dans le cas contraire, il pourrait en résulter une baisse de rendement qui devait être appréciée par une enquête sur le lieu de travail.
5. Le 13 décembre 1994, l'assuré a déposé une demande de rente et de reclassement dans une nouvelle profession auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI) en invoquant des problèmes au genou droit.
6. L'OCAI a soumis l'assuré à une observation professionnelle d'un mois. Le 21 mars 1996, le Centre d'Intégration professionnelle de Genève a rendu son rapport. Il a conclu que la possibilité de travailler à plein temps était bien réelle, malgré le handicap du genou, car celui-ci n'avait que de légères répercussions sur les

aptitudes physiques de l'intéressé ; après une mise au courant et un réentraînement à l'effort de trois mois au maximum, un rendement normal pourrait être escompté.

7. Du 7 octobre 1996 au 6 avril 1997, l'assuré a subi une mesure de réentraînement à l'effort auprès de la Fondation PRO. Selon le rapport d'évaluation du 3 avril 1997, il possède une capacité de travail totale dans une activité compatible avec son atteinte, par exemple ouvrier d'usine, au sein d'une unité de production, sur des travaux sériels de manutention légère, sans port de charges lourdes et offrant idéalement la possibilité d'alterner les positions.
8. Sur la base de ces données, la Division de réadaptation professionnelle de l'OCAI a estimé le degré d'invalidité de l'assuré à 26%, compte tenu d'un salaire sans invalidité comme ouvrier de chantier de Fr. 53'000.- et d'un salaire théorique dans des activités adaptées de Fr. 39'000.- (cf. rapport du 22 avril 1997).
9. Le 10 septembre 1997, le Dr D _____ a examiné l'assuré pour le compte de la SUVA et conclu que l'entorse bénigne du genou droit était totalement guérie et que le syndrome douloureux allégué était en nette discrédance avec les constatations cliniques, lesquelles ne permettaient de trouver aucune étiologie à ces douleurs.
10. Dans sa décision du 3 octobre 1997, la SUVA a estimé que l'assuré ne présentait plus ni séquelles consécutives à l'accident, ni atteinte à l'intégrité, ni invalidité. L'opposition interjetée par Monsieur S _____ contre cette décision ainsi que son recours auprès du Tribunal administratif ont tous deux été rejetés et aucun recours auprès du Tribunal fédéral des assurances n'a été formé.
11. Par décision du 4 novembre 1998, l'OCAI a rejeté la demande de l'assuré au motif que ce dernier ne présentait qu'un taux d'invalidité de 26% et que les activités dans lesquelles il pouvait travailler ne nécessitaient aucun apprentissage si ce n'était une mise au courant. La possibilité d'une aide au placement était réservée, pour autant qu'il en fasse la demande.
12. Le 10 décembre 1998, l'assuré a interjeté recours contre cette décision auprès de la Commission de recours en matière d'assurance-invalidité – alors compétente. Il a allégué que, vu la situation du marché du travail dans les postes qui lui étaient accessibles, il était évident qu'il ne pourrait plus travailler, raison pour laquelle il devait être mis au bénéfice d'une prestation de l'assurance-invalidité.
13. Par jugement du 4 février 2000, la Commission de recours a confirmé la décision de l'OCAI, estimant que le taux d'invalidité avait été correctement évalué et qu'il n'appartenait pas à l'assurance-invalidité de répondre d'un manque ou d'une diminution de places de travail dans un secteur d'activité. Cette décision a été notifiée aux parties le 1^{er} mars 2000 et est entrée en force.
14. Le 23 mars 2000, l'assuré a déposé une nouvelle demande de rente d'invalidité en faisant état d'une dépendance à l'alcool et d'un état dépressif.

15. Dans un rapport du 4 mai 2001, le Dr E _____, médecin traitant, a indiqué que son patient était totalement incapable de travailler depuis 1993 en raison d'un trouble douloureux somatoforme chronique, d'alcoolisme chronique, de contusion au genou droit et de gonarthrose droite. Il existait de possibles éléments dépressifs, mais masqués par la consommation d'alcool. Les douleurs au genou rendaient impossible toute reprise du travail dans la construction, alors que son patient ne pouvait imaginer faire autre chose. La consommation d'alcool allait en s'aggravant et le patient présentait une démotivation totale.
16. Répondant aux questions du médecin-conseil de l'OCAI, le Dr E _____ a précisé, par courrier du 20 août 2001, qu'il ne connaissait le patient que depuis le 3 février 2000 et que l'incapacité de travail dont il avait fait état depuis 1993 ressortait de l'anamnèse ; l'état du genou ne s'était pas modifié depuis 1998 ; l'aggravation de l'état de santé était basée sur la péjoration de l'état dépressif et l'augmentation de la consommation d'alcool.
17. A la demande de l'OCAI, l'Unité d'alcoologie de la Polyclinique de Médecine de l'Hôpital Cantonal a réalisé une expertise et rendu son rapport en date du 6 juin 2002. Les diagnostics suivants ont été posés : consommation d'alcool nuisible à la santé, alcoolo-dépendance probable, syndrome fémoro-patellaire et acné rosacée, ce dernier étant sans répercussion sur la capacité de travail. Le pronostic relatif à l'alcoolo-dépendance était mauvais dans la mesure où l'assuré refusait d'en parler et vivait dans un réseau social relativement réduit. Sur le plan physique, les limitations étaient restreintes puisque les divers examens cliniques pratiqués par les différents médecins concordaient et concluaient que la mobilité du genou restait tout à fait acceptable. Les limitations physiques survenaient lorsque la même position devait être conservée de manière prolongée ou après une longue marche. Sur le plan psychique, elles étaient plus sérieuses, avec une apathie tout à fait caractéristique à l'égard des différents symptômes. Il a été relevé que l'intéressé n'envisageait aucune perspective professionnelle, ce qui était probablement aggravé par ses alcoolisations excessives et répétées. Aucun diagnostic psychiatrique avéré n'a été posé. Les limitations sur le plan social ont été qualifiées de majeures, notamment en raison de difficultés linguistiques.

En raison du syndrome douloureux du genou droit, une reprise d'activité dans un travail du bâtiment avec port de charges a été jugée impossible. Il a été souligné que la meilleure analyse de la capacité résiduelle de travail figurait au rapport de la Fondation PRO et qu'il existait une capacité résiduelle de travail indiscutable si tant est qu'un poste de travail adapté puisse être trouvé. Selon les médecins, l'assuré pourrait alors atteindre un rendement acceptable, étant précisé toutefois qu'il n'a aucun intérêt pour de telles activités et qu'il ne serait donc pas motivé. A leur avis, sa capacité de travail a été réduite de 20 % depuis le moment où l'assuré a considéré que ses douleurs au genou l'empêchaient de travailler ; elle est restée maximum depuis l'accident de 1993 ; cette considération a toutefois été nuancée en raison de l'expérience professionnelle plutôt réussie dans l'entreprise PRO et une

réinsertion professionnelle a été jugée envisageable. Les médecins ont précisé que si des mesures de réadaptation professionnelles étaient envisagées, elles devraient pouvoir se faire dans un champ extrêmement limité ; il se pourrait même qu'en raison des handicaps linguistiques de l'intéressé, elles ne soient que fort peu possibles. L'intoxication alcoolique chronique était un facteur aggravant, mais n'avait pour l'heure pas de répercussions directes sur l'état psychique et physique du patient. Les atteintes physiques restaient assez modestes. Sur le plan psychique, il n'existait pas ni dépression, ni troubles de la personnalité avérés.

18. Dans un projet de décision du 17 juillet 2002, l'OCAI a rejeté la demande de l'assuré au motif que sa capacité de travail, dans une activité adaptée, sans port de charges lourdes, s'élevait encore à 80%, entraînant un taux d'invalidité de 36%, insuffisant pour ouvrir droit à une rente. Il a été précisé qu'à condition d'en faire la demande expresse, l'assuré pourrait bénéficier de l'aide du service de placement.
19. Par courrier du 30 août 2002, l'assuré s'est opposé à ce projet. Il a allégué que le Dr F _____ avait constaté en 1998 et 1999 une incapacité de travail de 50 %, et que le Dr A _____, dès le 1^{er} septembre 1999, avait conclu à une incapacité de 100%, ce qui avait été confirmé par le Dr E _____.
20. Le 7 octobre 2002, l'assuré a été entendu par un collaborateur de l'OCAI. A cette occasion, il a indiqué qu'il n'avait pas d'éléments nouveaux à apporter et repris les arguments exposés dans son opposition.
21. Par décision du 6 décembre 2002, l'OCAI a rejeté la demande de rente de l'assuré.
22. Par acte du 22 janvier 2003, l'assuré a interjeté recours contre cette décision auprès de la Commission cantonale de recours en matière d'AVS-AI – alors compétente - et conclu à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Il a rappelé que les Drs E _____, F _____ et A _____ avaient attesté de sa totale incapacité de travail ; que cette dernière était donc clairement établie et que l'avis de son médecin traitant devait être considéré comme plus probant que celui des experts qui ne l'avaient examiné qu'à 2 ou 3 reprises.
23. Dans sa réponse du 10 avril 2003, l'OCAI a conclu au rejet du recours. Il a rappelé qu'une première demande de prestations avait été rejetée, que l'expertise avait démontré que l'atteinte au genou ne s'était pas aggravée et que le problème d'alcoolisme n'avait pas valeur d'invalidité, que, sur le plan psychique, aucun diagnostic psychiatrique n'était retenu, et que l'éthylisme de l'assuré ne remplissait pas les conditions permettant de le considérer comme ayant valeur de maladie au sens de la loi.
24. Dans sa réplique du 9 mai 2003, le recourant a persisté dans ses conclusions en soulignant que quatre médecins avaient attesté de sa totale incapacité de travailler, soit les Drs E _____, A _____, F _____ et A _____, et qu'il

était difficilement envisageable qu'il puisse reprendre un travail après 10 ans d'inactivité.

25. Dans sa duplique du 20 mai 2003, l'OCAI a persisté dans ses conclusions, tout en précisant que les pièces produites par le recourant ne remplissaient pas les conditions permettant de leur accorder pleine force probante.
26. Le 2 décembre 2003, l'OCAI a communiqué copie de divers certificats médicaux au Tribunal cantonal des assurances sociales, à qui la cause avait été transmise dès le 1^{er} août 2003.
27. La cause a ensuite été gardée à juger par le Tribunal de céans.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1^{er} août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 3 al. 3 des dispositions transitoires de la loi du 14 novembre 2002 modifiant la LOJ, les causes introduites avant l'entrée en vigueur de la loi précitée et pendantes devant la Commission cantonale de recours en matière d'assurance-invalidité ont été transmises d'office au Tribunal cantonal des assurances sociales. La compétence du Tribunal de céans est dès lors établie pour trancher du présent litige.
3. La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, a entraîné de nombreuses modifications dans le domaine de l'assurance-invalidité. Le cas d'espèce demeure toutefois régi par les dispositions en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, eu égard au principe selon lequel le juge des assurances sociales n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 127 V 467, consid. 1, 121 V 386, consid. 1b ; cf. également dispositions transitoires, art. 82 al. 1^{er} LPGA). Le présent litige sera en conséquence examiné à la lumière des dispositions de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (ci-après LAI) et du règlement sur

l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (ci-après RAI) en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002. La 4^{ème} révision de la LAI (modification du 21 mars 2003) n'est pas non plus applicable *ratione temporis*, dès lors qu'elle est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2004 (cf. FF 2003 2429).

4. Déposé dans les forme et délai imposés par la loi, le présent recours est recevable (art. 69 LAI et 84 de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants du 20 décembre 1946, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002).
5. Selon l'art. 4 al. 1^{er} LAI, l'invalidité est la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique, ou mentale provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Le droit à la rente est déterminé par l'art. 28 al. 1^{er} LAI qui dispose que l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins. La rente est entière pour une invalidité de 66 2/3% au moins, elle est d'une demie pour une invalidité de 50% au moins et d'un quart pour une invalidité de 40% au moins.
6. Le risque couvert par l'assurance-invalidité et donnant droit à des prestations est basé sur des faits médicaux. Pour juger des questions juridiques qui se posent, les organismes d'assurance et les juges des assurances sociales doivent dès lors se baser sur des documents qui sont établis essentiellement par des médecins (ATF 122 V 158). Ils peuvent ainsi se baser sur les rapports demandés par l'office AI aux médecins traitants, sur les expertises de spécialistes extérieurs et sur les examens pratiqués par les centres d'observation créés à cet effet (art. 69 al. 2 et 72bis du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI).

Dans le cadre 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; 115 V 134 consid. 2; 114 V 314 consid. 3c ; 105 V 15).

Dans un arrêt du 14 juin 1999 (ATF 125 V 351), le Tribunal fédéral des assurances a précisé sa jurisprudence relative à l'appréciation des preuves notamment dans le domaine médical. Il convient de rappeler ici que selon le principe de la libre appréciation des preuves, l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre.

L'élément déterminant pour la valeur probante d'un certificat médical n'est ni son origine ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, la jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé. En outre, au sujet des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Toutefois, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. Une expertise présentée par une partie peut donc également valoir comme moyen de preuve. En vertu des principes énoncés par la jurisprudence concernant l'appréciation des preuves, le juge est toutefois tenu d'examiner si elle est propre à mettre en doute, sur les points litigieux importants, l'opinion et les conclusions de l'expert mandaté par le tribunal. Cette jurisprudence s'applique aussi bien lorsqu'un assuré entend remettre en cause, au moyen d'une expertise privée, les conclusions d'une expertise aménagée par l'assureur-accidents ou par un office AI (ATFA non publié du 26 octobre 2004 en la cause I 205/04).

Le Tribunal fédéral a rappelé dans une jurisprudence récente (ATFA du 22 mars 2004 cause I 131/03) que si le juge entend s'écarter d'une expertise, il doit motiver sa décision et il ne saurait, sans motifs déterminants, substituer son appréciation à celle de l'expert, sous peine de tomber dans l'arbitraire. Autrement dit, le juge qui ne suit pas les conclusions de l'expert n'enfreint pas l'art. 9 Cst. lorsque des circonstances bien établies viennent en ébranler sérieusement la crédibilité (ATF 122 V 160 consid. 1c, 119 Ib 274 consid. 8a). Comme cela vient d'être mentionné, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions ou lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert.

7. Par ailleurs, selon l'art. 41 LAI, si l'invalidité d'un bénéficiaire de rente se modifie de manière à influencer le droit à la rente, celle-ci est, pour l'avenir, augmentée, réduite ou supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une

révision de celle-ci. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). D'après la jurisprudence, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 113 V 275 consid. 1a et les arrêts cités; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b)

8. Enfin, à 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 (ATFA non publié du 9 décembre 2003 en la cause I 563/02 ; VSI 1996 pp. 317, 320 et 323; RCC 1992 p. 182 consid. 2b et les références).
9. En l'espèce, il s'agit donc de déterminer si l'état de santé du recourant s'est aggravé entre la décision de refus de prestations de l'OCAI du 4 novembre 1998 et celle du 6 décembre 2002.

Le dossier contient les appréciations du médecin traitant de l'assuré, le Dr E _____, ainsi qu'une expertise médicale réalisée par l'Unité d'alcoologie de la Polyclinique de Médecine de l'Hôpital Cantonal. Par ailleurs, le recourant a également produit à l'appui de son recours des certificats médicaux de la Dresse F _____, son nouveau médecin traitant.

Les experts de l'Hôpital Cantonal ont procédé à une expertise multidisciplinaire, comprenant notamment un examen clinique complet et minutieux de l'état de santé de l'assuré, ainsi qu'une expertise psychiatrique, dans le cadre d'une unité spécialisée en alcoologie. Pour ce faire, ils se sont appuyés sur l'entier du dossier, notamment sur les certificats des médecins ayant examiné le patient auparavant, en particulier les Dr E _____ et D _____. On ne peut que constater que leur rapport se base sur un dossier complet.

Une anamnèse intégrale a été réalisée et le patient a été entendu plusieurs fois. Il a pu s'exprimer dans sa langue maternelle avec le psychiatre. Le rapport est circonstancié et les experts ont procédé à une séance de décision multidisciplinaire afin de parvenir à des conclusions claires. L'état de santé du recourant a ainsi fait l'objet d'examen approfondis. Le rapport d'expertise satisfait donc à tous les réquisits jurisprudentiels et doit se voir reconnaître pleine valeur probante.

A la lecture de ce rapport, on constate que l'atteinte au genou droit n'a pas évolué depuis la première décision de l'OCAI. Les experts ont relevé à ce propos que le

syndrome algique du genou droit était en parfaite discordance avec les éléments objectifs rapportés par tous les médecins que le recourant avait rencontrés et il n'existait que très peu de lésions radiographiques objectivables. Ce syndrome ne pouvait être rattaché à un élément objectif. Les atteintes physiques restaient assez modestes et les limitations physiques étaient considérées comme étant relativement restreintes.

Sur le plan psychique, ni dépression, ni troubles de la personnalité avérés n'ont été constatés. S'agissant des problèmes liés à l'alcool et des difficultés sociales et personnelles en découlant, les experts ont relevé que l'intoxication alcoolique chronique était un facteur aggravant, mais n'avait pas encore de répercussions directes sur l'état psychique et physique du patient. L'influence directe sur la capacité de travail était difficile à démontrer, mais la réadaptation en était rendue plus difficile. En se fondant notamment sur les conclusions du rapport de la Fondation PRO, les experts ont conclu que dans une activité permettant une alternance des positions, évitant toute prolongation de ces position et évitant également la marche prolongée (plus de 2 h. de suite) un travail à plein temps était possible.

C'est donc bien cette conclusion qu'il s'agit de retenir, et non une diminution de 20 % de la capacité de travail comme l'a fait l'OCAI, vraisemblablement en se fondant sur la page 9 de l'expertise. Les conclusions topiques à prendre en compte sont bien celles des pages 10 et 11 et qui concernent les activités exigibles de la part de l'assuré.

A noter que certains éléments relevés par le Dr E _____ dans son rapport du 4 mai 2001 vont dans le même sens que les conclusions des experts puisqu'il confirme notamment que l'état du genou ne s'est pas péjoré. Par contre, ses conclusions sur la capacité de travail ne sont basées que sur la consommation d'alcool et l'état dépressif. A la lecture du rapport, on constate que la justification de l'incapacité de travail repose principalement sur les plaintes de l'assuré. En ce sens, ce rapport ne saurait remettre en cause les conclusions convaincantes de l'expertise.

Il en va de même des certificats médicaux de la Dresse F _____ produits par l'assuré, qui ne consistent qu'en des formulaires d'incapacité de travail, qui ne sauraient se voir accorder une force probante analogue à celle de l'expertise détaillée à laquelle il a été procédé dans le cadre de la présente procédure, d'autant que ce médecin n'a jamais donné de renseignements médicaux précis.

En conclusion, il y a lieu de retenir que la capacité de travail de l'assuré est entière dans un poste adapté.

10. Le taux d'invalidité de l'assuré doit être déterminé en recourant à la méthode générale de comparaison des revenus, s'agissant d'un assuré ayant dû interrompre

ou cesser son activité lucrative pour cause de maladie ou d'accident et qui, sans handicap, continuerait à exercer une activité lucrative.

Pour l'évaluation de l'invalidité, le revenu du travail que l'invalidé pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (art 28 al. 2 LAI).

Sont déterminants pour la comparaison des revenus les rapports existants au moment de la naissance du droit à la rente, ainsi que les modifications éventuelles survenues jusqu'au moment de la décision qui ont des conséquences sur le droit à la rente (ATF 129 V 222 ; ATFA I 670/01 du 2 février 2003).

S'agissant de la survenance de l'invalidité, la nouvelle demande de rente ayant été déposée en mars 2000, les prestations ne pouvaient être versées que pour les 12 mois précédant le dépôt de la demande (art. 48 al. 2 LAI), soit dès le 1^{er} mars 1999.

En conséquence, à la lecture de la jurisprudence, l'année déterminante pour la comparaison sera l'année 1999, soit l'année à partir de laquelle pourraient être versées les prestations.

S'agissant du revenu sans invalidité, il ressort du dossier qu'au moment où le recourant a stoppé son activité professionnelle en 1992, il était employé par la société C _____ SA pour un salaire mensuel de 20 fr. 95 par heure. Réactualisé pour 1999 par le biais de l'indice des salaires nominaux par catégories de travailleurs (ouvriers adultes ; 1992 = 1836, 1999 = 1975) le salaire horaire sans invalidité en 1999 est de 22 fr. 55 ($20.95 \times 1975 / 1836$). Compte tenu du fait que le total du capital d'heures de travail prises en compte par la Commission paritaire genevoise de maçonnerie, travaux publics et branches annexes du Canton de Genève pour l'année 1999 était de 2'193.5, le salaire annuel sans invalidité en 1999 s'élève à 49'463 fr. 45.

Le revenu d'invalidé, selon la jurisprudence, doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque l'assuré, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité ou alors aucune activité adaptée, normalement exigible -, le revenu d'invalidé doit être évalué sur la base des statistiques sur les salaires moyens (cf. ATF 126 V 76). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou la valeur centrale (ATF 124 V 323 ; VSI 1999 p. 182). Dans ce cas, la jurisprudence considère que certains empêchements propres à la personne de l'invalidé exigent que l'on réduise le montant des salaires ressortant des statistiques. Toutefois, de telles déductions ne doivent pas être effectuées de manière schématique, mais tenir compte de l'ensemble des circonstances du cas particulier, et cela dans le but de déterminer, à partir de données statistiques, un revenu d'invalidé qui représente au mieux la mise

en valeur économique exigible des activités compatibles avec la capacité de travail résiduelle de l'intéressé. Une déduction ne doit pas être opérée automatiquement, mais seulement lorsqu'il existe des indices qu'en raison d'un ou de plusieurs facteurs, l'assuré ne peut mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le marché du travail qu'avec un résultat économique inférieur à la moyenne. Par ailleurs, il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération comme les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité ou la catégorie de permis de séjour, ou encore le taux d'occupation. Il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. Enfin, on ne peut procéder à une déduction globale supérieure à 25 %. L'administration doit motiver brièvement la déduction opérée. Quant au juge, il ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration (ATF 126 V 75 ; VSI 2002 p. 70).

En l'occurrence, compte tenu de l'activité légère de substitution, le salaire statistique de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur de la production en 1998, à savoir 4'434 fr. par mois (Enquête suisse sur la structure des salaires 1998, tableau TA3; rubriques 10-45, niveau de qualification 4). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises (41,9 heures en 1998 ; La Vie Economique, 11/2004, p. 86), ce montant doit être porté à 4'644 fr. 60 ($4'434 \times 41,9 / 40$), ce qui donne un salaire annuel de 55'735 fr. Afin de tenir compte du renchérissement entre les années 1998 et 1999, ce salaire doit être adapté à l'aide des indices nominaux par catégorie de travailleurs (1998 = 1968 ; 1999 = 1975) et se monte en conséquence à 55'933 fr.

La réduction à apporter à ce montant, compte tenu de l'âge du recourant et de la longue période d'inactivité sera maximale, soit de 25 %, de sorte qu'il en résulte un revenu d'invalidé en 1999 de 41'950 fr. ($55'933 \times 0.75$).

Si l'on compare ce montant avec le revenu sans invalidité ($[49'463 - 41'950] / 49'463 \times 100$), on obtient un degré d'invalidité de 15,2 %, qui n'ouvre pas à l'assuré le droit à une rente de l'assurance-invalidité.

11. Au bénéfice de ce qui précède, le recours est rejeté.

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

Statuant

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

La greffière :

Janine BOFFI

La Présidente :

Karine STECK

Le secrétaire-juriste : Marius HAEMMIG

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