RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1533/2001 – A/1848/2002 **ATAS/112/2004**

ARRÊT

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

du 3 mars 2004

5ème Chambre

En la cause

Monsieur S_____, comparant par Maître Gérald BENOÎT en l'étude duquel il élit domicile. recourant

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, rue de Lyon 97, case postale 425, 1203 GENEVE intimé

Siégeant : Madame Maya CRAMER, Présidente, Madame Doris WANGELER et Madame Isabelle DUBOIS-DUGNON, juges

---

EN FAIT

1. Monsieur S_____, né le 26 août 1950, marié et père de quatre enfants nés en 1979, 1981, 1990 et 1992, est sans profession. Après son arrivée en Suisse en 1981, il a travaillé dans une entreprise de construction d'échafaudages, dans une fabrique de mèches pour perceuses et, en dernier lieu, comme aide-jardinier.

2. Le 23 juin 1992, il a fait une chute d'une échelle qui a eu pour conséquence des contusions thoracique et cervico-dorso-lombaire droites, ainsi que de l'épaule droite, avec apparition secondairement d'un torticolis à droite.

3. A la suite de cet accident, l'assuré a également souffert de plusieurs crises de type épileptique, pour lesquelles il a dû être hospitalisé à quelques reprises.

4. Depuis cet accident, il n'a plus repris le travail.

5. Le 15 novembre 1992, la Doctoresse L_____, son médecin traitant qui le soigne depuis août 1992, a posé notamment les diagnostics de crise comitiale Grand Mal post-traumatique, de cervicalgies post-traumatiques, d'état dépressif et de discopathie C4-C5 et C5-C6. Elle a confirmé ses diagnostics dans son rapport du 30 janvier 1994.

6. Le 1er mars 1994, l'assuré a formé une demande de prestations AI, en vu de l'obtention d'une rente auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI).

7. L'Office de réadaptation professionnelle AI a relevé notamment, dans son rapport du 19 juillet 1994, que l'assuré était un homme brisé, malheureux, souffrant de son incapacité de travail, angoissé et ayant peur qu'une nouvelle crise d'épilepsie le guette sans avertir. Il devait être constamment accompagné et surveillé par des voisins, des amis ou de la famille (cousins etc.), dès lors qu'il ne se sentait pas assez sûr pour s'aventurer seul dans la rue ou même rester seul chez lui la nuit. En raison de ses atteintes à la santé, il était devenu très dépressif, avait perdu l'appétit et maigri de plus en plus. Sa femme et ses enfants étaient restés au Kosovo. Cet office a ainsi conclu que « … même sans expertise psychiatrique, nous sommes convaincus que M. S_____ est incapable de retravailler dans les années à venir. »

8. Dans son rapport du 23 août 1994 à l'assureur-accident, le Docteur M_____, a posé les diagnostics d'épilepsie post-traumatique et de sinistrose. L'incapacité de travail n'était pas justifiée, selon ce praticien.

9. Le Docteur Giovianni FOLETTI a diagnostiqué, dans son rapport du 27 janvier 1995 à l'attention de l'assurance-accident, une épilepsie partielle, des cervicalgies et dorsalgies post-traumatiques après distorsion cervicale simple. Il a exclu que l'épilepsie soit post-traumatique. Quant aux autres douleurs du patient, elles ne présentaient en principe pas une affection invalidante, si l'on se fondait sur l'expertise du Docteur M_____ .

10. Dans son rapport du 5 février 1995, la Doctoresse L_____ a diagnostiqué, entre autres troubles, une contusion et entorse au niveau de la colonne cervico-dorso-lombaire, des cervico-lombalgies post-traumatiques, un état anxio-dépressif post-traumatique, une épilepsie post-traumatique et une discopathie C4-C5 et C5-C6. Cette praticienne a conclu à une incapacité totale de travail depuis le 11 août 1992.

11. Par sa décision du 28 août 1995, l'OCAI a rejeté la demande de l'assuré.

12. Le 30 octobre 1995, l'assureur-accident a mis fin à ses prestations, au motif que l'incapacité de travail n'était plus en relation de causalité avec l'accident survenu.

13. Le 19 juin 1996, la Commission cantonale de recours AVS-AI (ci-après : la Commission de recours) a annulé cette décision et a renvoyé le dossier à l'OCAI pour nouvelle instruction, afin de déterminer si la sinistrose avait un caractère invalidant. Le Tribunal fédéral des assurances (ci-après : TFA) a confirmé la décision de la Commission de recours, par son arrêt du 11 août 1997.

14. Le psychiatre et médecin traitant de l'assuré, le Docteur N_____, a également certifié, dans son rapport du 24 novembre 1997, que son patient était en incapacité totale de travailler depuis le 23 juin 1992. Il a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent avec épisode actuel sévère, d'une modification durable de la personnalité avec déchéance socio-professionnelle et marginalisation, ainsi que d'utilisation nocive de tabac (3 à 4 paquets par jour). Selon ce médecin, l'assuré était craintif et irritable, il présentait des troubles de caractère, des crises convulsives et un sommeil désorganisé.

15. Dans son complément d'expertise du 29 décembre 1997, le Docteur M_____ a indiqué que le patient était pris dans un processus d'invalidation, appelé autrefois sinistrose, dont l'origine était sociale et culturelle, mais dont les

conséquences pouvaient parfois devenir psychiatriques. Selon ce praticien, la reprise de travail n'allait jamais se faire et toute mesure de réadaptation était vaine.

16. Dans le cadre d'un mandat d'expertise psychiatrique confié par l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI), la Doctoresse O_____ a constaté, dans son rapport du 24 avril 1998, que l'assuré ne présentait pas un état dépressif suffisant pour justifier une incapacité de travail. Il n'y avait par ailleurs aucune limitation apparente de la mobilité corporelle. De l'avis de ce médecin, il était apte à effectuer un stage d'observation professionnelle, mais les chances de succès d'un tel stage étaient faibles en raison d'une névrose de compensation. Selon les indications que lui a fournies l'assuré, celui-ci n'osait plus sortir de chez lui seul, car il craignait d'avoir un malaise épileptique à l'extérieur. Il lui était arrivé de se casser les dents ou ses lunettes lors d'une crise. Il se sentait très découragé et désespéré depuis qu'il avait ces crises et aurait préféré mourir que d'être dans cet état. Auparavant, il aimait son travail et s'entendait très bien avec ses collègues et ses patrons. Ne sachant pas comment occuper ses journées, il ne faisait que fumer (3 à 4 paquets par jour). Il mangeait très peu. Il vivait seul, mais ses amis et compatriotes l'entouraient le plus possible. En raison de la situation précaire de sa famille au Kosovo, il était très inquiet pour elle. Une assistance sociale s'occupait de tous ses papiers et de ses paiements. Néanmoins, l'experte a considéré, au vu de l'attitude méfiante, sur la défensive et parfois revendicatrice de l'assuré au cours des entretiens, qu'il donnait plutôt l'impression d'un simulateur et d'un profiteur.

17. Par sa décision du 8 juin 1998, l'OCAI a de nouveau refusé à l'assuré le droit à une rente d'invalidité.

18. Dans le cadre du recours interjeté contre cette décision, l'OCAI a accepté d'annuler la décision attaquée et de procéder à une instruction complémentaire consistant dans la mise en œuvre d'une expertise multidisciplinaire confiée au Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ci-après : COMAI). L'assuré, représenté par son conseil, a accepté que ce centre soit mandaté. Par conséquent, la Commission de recours a déclaré le 21 avril 1999 son recours sans objet.

19. Selon le rapport d'expertise du COMAI du 14 juillet 2000, l'expertisé souffre d'un épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique, d'un trouble somatoforme douloureux persistant sous forme de céphalées et de rachialgies, de troubles dissociatifs de type hémisyndrome subjectif et probable crise pseudo-

convulsive, d'un status après contusions thoracique et cervico-dorsale et de contusions de l'épaule droite, ainsi que de troubles statiques et dégénératifs modérés du rachis. Les experts n'ont pas retenu le diagnostic de sinistrose ou de névrose de compensation, mais ont mis en évidence une personnalité au fonctionnement psychotique à composante paranoïaque. A la page 34 de ce rapport, les experts ont indiqué que l'incapacité de travail de l'assuré était de 50% dans son emploi d'aide-jardinier, tout en admettant une aggravation survenue ultérieurement à 1998, laquelle avait péjoré son incapacité de travail à 65%. A la page 35 du rapport, ils ont conclu, en réponse à la première question qui leur a été posée, à une incapacité de travail actuelle de 60 à 65%. Toutefois, à question de savoir comment le degré de capacité de travail avait évolué depuis 1992, figurant à la même page, ils ont répondu que « Probablement l'incapacité de travail était de l'ordre de 80 à 100% à partir de début septembre 1995 .» Enfin, en réponse à la question concernant la capacité à espérer dans un emploi adapté, ils ont indiqué que celle-ci était de l'ordre de 35 à 40% et même de 50% dans les phase d'amélioration. Rendu attentif à ces contradictions par l'OCAI, le COMAI a rectifié son rapport d'expertise à la page 35 dans le sens que l'incapacité de travail était de 50% en 1995 et de 65% au plus dès 1998, soit après l'aggravation de l'état de l'assuré qui avait nécessité un traitement médicamenteux.

20. A la suite du projet de décision de l'OCAI d'octroyer à l'assuré une demi-rente d'un degré d'invalidité de 65%, le conseil de ce dernier a été entendu par cet office en date du 8 décembre 2000. Il s'est déclaré en principe d'accord avec le projet d'acceptation d'une demi-rente pour ce qui concernait le passé, mais non pas pour la situation actuelle en faisant état d'une aggravation de l'état de santé psychique de son mandant. A l'appui de ses dires, il a produit un courrier dans ce sens du Docteur N_____ daté du 7 décembre 2000.

21. A la demande de l'OCAI, le Docteur N_____ lui a fait parvenir le 22 octobre 2001 un rapport complémentaire, par lequel il a attesté une incapacité de travail à 100% dès le 23 juin 1992, tout en indiquant que l'état de santé allait en s'aggravant. Outre les diagnostics retenus par le COMAI, il a fait état de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de tabac et du café, de difficultés liées à l'acculturation, à la dislocation de la famille par séparation, au soutien familial inadéquat et à une expérience de guerre. Il n'a toutefois pas fourni d'éléments au sujet de l'aggravation récente dont il avait fait état dans son courrier précité.

22. Le 8 novembre 2001, l'OCAI a communiqué à la Caisse AVS de la Fédération Patronale un prononcé, avec copie au recourant, dans lequel il a indiqué que ce dernier présentait un degré d'invalidité de 65% dès le 23 juin 1993.

23. Le recourant, par l'intermédiaire de son conseil, a interjeté recours, en date du 10 décembre 2001, contre ce prononcé en concluant, préalablement, à ce qu'une expertise judiciaire soit ordonnée et, principalement, à l'annulation de la décision litigieuse et l'octroi d'une rente d'invalidité entière dès le 23 juin 1993. Cette cause a été enregistrée sous le numéro A/1533/2001. A l'appui de ses dires, le recourant a relevé que l'expertise du COMAI contenait une contradiction interne au sujet de sa capacité de travail, dans la mesure où il y était indiqué, à la page 35 en réponse à la troisième question, que l'incapacité de travail était de 80 à 100% à partir de début septembre 1995, alors que ce même rapport concluait, à la page 34, à une incapacité de travail de 65%. Même si le COMAI a modifié son appréciation, en affirmant que l'incapacité de travail était de 65%, il ne s'agissait pas, selon le recourant, d'un simple « lapsus ». Il a également fait valoir qu'il était, selon le Docteur N_____, dans l'incapacité totale de travailler, d'autant plus que son état s'était aggravé depuis août 2000.

24. Dans sa détermination du 14 février 2002, l'OCAI a conclu à l'irrecevabilité du recours, dans la mesure où son prononcé ne constituait pas une décision au sens de la loi.

25. Cette appréciation a été contestée par le recourant, dans ses observations du 19 mars 2002. Il a par conséquent persisté dans ses conclusions antérieures.

26. Par sa décision formelle du 16 mai 2002, l'OCAI a octroyé à l'assuré une demi-rente, ainsi que des demi-rentes complémentaires pour son conjoint et ses enfants dès le 1er avril 2002, tout en précisant que le rétroactif pour la période du 6 juin 1993 au 31 mars 2002 allait faire l'objet d'une décision séparée.

27. L'assuré a également interjeté, par l'intermédiaire de son conseil, recours contre cette décision, par acte du 7 juin 2002, en reprenant ses écritures et ses conclusions antérieures, tout en demandant la jonction de ses deux recours.

28. Dans son préavis du 13 août 2002, l'OCAI a conclu au rejet du recours. Il s'est prévalu du rapport et de son complément du COMAI, selon lesquels l'incapacité de travail du recourant n'était que de 65%. Quant à l'aggravation de sa dépression depuis août 2002, telle qu'elle était attestée par le Docteur N_____, l'OCAI a relevé que ce même médecin avait déjà indiqué précédemment que son patient était totalement incapable de travailler depuis le 23 juin 1992, appréciation qui

n'avait pas été confirmée par l'expertise du COMAI, de sorte que son nouveau rapport n'apportait aucun élément nouveau à ce sujet.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 a été modifiée et un Tribunal cantonal des assurances sociales a été institué dès le 1er août 2003 (cf. art. 1 let. r LOJ). 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 le présent litige.

2. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (ci-après LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant 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 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 de son règlement en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002.

3. En vertu de l'art. 70 al.1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (ci-après : LPA), l'autorité peut d'office joindre en une même procédure des affaires qui se rapportent à une situation identique ou à une cause juridique commune.

   En l'occurrence il ne fait pas de doute que les recours interjetés contre le prononcé du 8 novembre 2001 et contre la décision du 16 mai 2002 concernent la même cause, dans la mesure où cette dernière décision a été prise sur la base du prononcé qui lui a précédé.

   Par conséquent, il y a lieu de joindre les recours enregistrés sous les numéros A/1533/2001 et A/1848/2002.

4. Est litigieuse en l'occurrence la question de savoir si le prononcé du 8 novembre 2001 de l'OCAI constitue une décision formelle au sens de la loi, même si la réponse à cette question ne revêt guère d'intérêt pratique, dans la mesure où le recourant a également attaqué la décision du 16 mai 2002 de l'OCAI.

   En vertu de l'art. 69 aLAI et 84 ancien de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants du 20 décembre 1946 (ci-après : LAVS) les décisions prises en vertu de la LAI peuvent faire l'objet d'un recours dans les trente jours devant l'autorité de première instance compétente.

   A ce sujet, l'art. 74 RAI qui porte le titre « prononcé de l'Office AI » précise que l'Office AI se prononce sur la demande de prestations, une fois l'instruction de la demande est achevée. Selon les art. 58 aLAI, 74ter et 74quater RAI, certaines prestations peuvent être accordées, sans notification d'une décision, par simple prononcé. Toutefois, l'assuré a la possibilité d'exiger la notification d'une décision en bonne et due forme afin qu'il puisse y recourir. Il résulte implicitement de ces dispositions légales, que les prononcés des Offices AI ne sont pas considérés comme des décisions. S'agissant par ailleurs de prestations de rentes, il y a lieu également de relever que ces prononcés pourraient constituer tout au plus des décisions partielles, dans la mesure où ils ne comportent pas le montant de la rente et où ils sont dès lors incomplets. En effet, ces prononcés ne sont en fait pas destinés directement à l'assuré, mais à sa caisse de compensation, à laquelle le dossier est transmis pour le calcul de la rente avec le prononcé. Ainsi, le prononcé litigieux a été adressé à la caisse AVS de la Fédération Patronale à Paudex et non pas à l'assuré. Si une copie de cet acte a été communiquée néanmoins à ce dernier, cela tient uniquement au souci de transparence de la procédure administrative, afin de tenir l'assuré au courant de l'avancement de son dossier.

   Cela étant, il convient de considérer que le prononcé du 8 novembre 2001 de l'OCAI ne constitue pas une décision au sens des disposition légales. Par conséquent, le recours interjeté contre ce prononcé doit être déclaré irrecevable.

5. Toutefois, le recours formé le 7 juin 2001 contre la décision de l'OCAI du 16 mai 2002 a été formé dans les délai et forme prescrits par les art. 69 aLAI, 84 et 85 aLAVS. Il convient par conséquent de le déclarer recevable.

6. Selon l'art. 4 al. 1 aLAI, 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. 1er aLAI qui dispose que l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 pour cent au moins. La rente est entière pour une invalidité de 66 2/3% au moins, une demi rente est accordée pour une invalidité de 50% au moins et un quart de rente pour une invalidité de 40% au moins.

7. Selon la jurisprudence en la matière, les atteintes à la santé psychique susceptibles de provoquer une invalidité au sens de cette disposition comprennent, en plus des maladies mentales proprement dites, les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. Ne peuvent cependant être prises en considération les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté, ce qu'il convient de déterminer aussi objectivement que possible. Ainsi, il y a lieu d'établir si et dans quelle mesure un assuré peut, en dépit de son infirmité mentale, exercer une activité sur un marché équilibré du travail, compte tenu de ses aptitudes. Il convient dès lors d'examiner si la mise à profit de la capacité de travail peut encore être raisonnablement exigée de l'assuré et/ou si elle serait insupportable pour la société, indépendamment du fait que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante (ATF 102 V 165 ; VSI 2001, p.224 consid. 2 b). Les facteurs psychosociaux et 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 aLAI, (ATF 127 V 294). Il est nécessaire de mettre en évidence dans chaque cas un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail et de gain de manière importante.

   En ce qui concerne les troubles somatoformes douloureux, le TFA a défini la tâche de l'expert, lorsque celui-ci doit se prononcer sur le caractère invalidant de tels troubles. Ce faisant, il a également posé des critères pour admettre une invalidité dans une telle hypothèse (VSI 2000 p.154 ss). L'expert doit poser, sur le plan psychiatrique, un diagnostic dans le cadre d'une classification reconnue et se prononcer sur le degré de gravité de l'affection, ainsi qu'évaluer le caractère exigible de la reprise par l'assuré d'une activité lucrative. Dans son pronostic, il devra tenir compte d'une structure de la personnalité présentant des traits prémorbides, d'une comorbidité psychiatrique, des affections corporelles chroniques, d'une perte d'intégration sociale, d'un éventuel profit tiré de la maladie, du caractère chronique de celle-ci sans rémission durable, d'une durée de plusieurs années de la maladie avec des symptômes stables ou en évolution et de l'échec de traitements conformes aux règles de l'art. Le pronostic pour une reprise du travail est défavorable, lorsque les critères précités sont cumulés. L'expert doit également s'exprimer sur le cadre psychosocial de la personne

examinée. Les critères suivants peuvent fonder un refus de rente : la divergence entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que les plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de handicaps malgré un environnement psychosocial intact (VSI 2000 p.155).

8. Le juge des assurances sociales est tenu d'examiner de manière objective tous les moyens de preuves, indépendamment de leur provenance et de décider ensuite si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Pour connaître une valeur de preuve à un rapport médical, il faut qu'il examine de manière complète les points litigieux, se fonde sur des examens approfondis, prenne en compte les maux dont se plaint l'assuré, soit établi en pleine connaissance les antécédents de celui-ci (anamnèse) et soit claire dans l'exposé des corrélations médicales et l'appréciation de la situation médicale. Enfin, les conclusions de l'expert doivent être motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c ; RAMA 2000, p.214 consid. 3a ; 1991, 311 ; VSI 1997, p.122, consid. 1).

   L'autorité administrative ou le juge ne doivent considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité. En droit des assurances sociales, la décision doit être fondée, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, à défaut pouvoir être établis de façon irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables. Une hypothèse possible est donc insuffisante pour admettre la preuve d'un fait. Le juge doit retenir les éléments de fait qui lui paraissent les plus probables, parmi tous ceux qui sont allégués ou envisageables (ATF 126 V consid. 5b ; 125 V 1995 consid. 2). Un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer en cas de doute en faveur de l'assuré n'existe pas dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 322 consid. 5a).

9. Il s'agit en l'occurrence d'établir essentiellement, si le recourant présente une incapacité de travail pour des raisons psychiques.

   Ce dernier a fait l'objet d'une expertise psychiatrique en date du 11 août 1994 par le Docteur M_____, lequel est arrivé à la conclusion que l'expertisé souffre d'une sinistrose, sans toutefois se prononcer sur le caractère invalidant de celle-ci. Dans son complément d'expertise du 29 décembre 1997, ce médecin a admis que le recourant n'allait jamais reprendre le travail, tout en laissant ouverte la question de savoir si cette invalidité était à la charge des assurances

sociales. Le 24 avril 1998, l'assuré a également fait l'objet d'une expertise par la Doctoresse O_____. Celle-ci a confirmé le diagnostic de sinistrose posé par le Docteur M_____ et a jugé que l'assuré ne présentait pas un état dépressif suffisant pour justifier une incapacité de travail. Les conclusions de ces médecins sont toutefois contestées par la consultante en psychiatrie du COMAI, selon laquelle l'assuré souffre au contraire d'un épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique, d'une phobie spécifique et d'un syndrome douloureux somatoforme persistant. Elle a également constaté un fonctionnement psychotique à composante paranoïaque.

Il est à relever qu'il est fait état de symptômes dépressifs déjà en 1992 par la Doctoresse L_____. En 1994, l'Office de réadapation professionnelle AI a également l'impression d'un homme très déprimé et totalement incapable de travailler. Les symptômes dépressifs sont aussi mis en évidence dans le rapport de la Doctoresse O_____, même si celle-ci fait finalement abstraction du vécu subjectif exprimé par l'assuré pour conclure à une sinistrose. Quant au Docteur M_____, il exclut un état anxio-dépressif, sur la base du test Rorschach. Dans les plaintes subjectives qu'il a recueillies de l'assuré, ce dernier ne mentionne pas être déprimé. Toutefois, il convient d'observer que ces plaintes sont résumées sur quatre lignes, de sorte que l'on puisse douter qu'un entretien approfondi ait eu lieu avec la personne expertisée. Par ailleurs, il n'est pas contesté que le recourant n'est plus capable de s'occuper de lui-même, dès lors qu'il a besoin d'une assistante sociale pour les tâches administratives, ce qui n'était pas le cas avant la survenance de son accident. Toutes les personnes consultées ont en outre relevé que l'assuré avait un aspect très négligé et qu'il était mal rasé. Il s'agit là de signes objectifs pour une dépression importante.

Au vu de ces éléments, ainsi que des explications et developpements convaincants de l'expertise du COMAI, qui est également la plus récente, la plus fouillée et la seule à être multidisciplinaire, le Tribunal de céans arrive à la conviction que le recourant souffre aujourd'hui effectivement d'une dépression sévère.

Quant à sa capacité de travail, les experts du COMAI ont considéré que sa dépression avait atteint en septembre 1995 un degré tel que la capacité de travail était réduite de 50%. Ce faisant, ils ont estimé qu'il ne s'agissait pas encore d'un épisode sévère à cette époque. Concernant le degré d'invalidité avant cette date, l'expertise ne donne pas des indications claires. Il y est uniquement mentionné que la capacité de travail a subi une réduction de 25% au moins à partir de la date de l'accident. Toutefois, le Tribunal de céans admettra que le recourant a

très vraisemblablement présenté une incapacité de travail durable de 40% dès son accident, en raison des nombreuses atteintes de la santé relevées et l'état dépressif signalé par la Doctoresse P_____ en novembre 1992 déjà. Il est à cet égard à rappeler que l'assureur-accident a octroyé ses prestations pour une incapacité totale de travailler jusqu'en octobre 1995.

En revanche, les conclusions de l'expertise au sujet de la capacité de travail du recourant après l'aggravation de son état en 1998 ne convainquent guère. En effet, il paraît incompréhensible que les experts estiment que ce dernier puisse encore travailler à concurrence de 35%, alors que le diagnostic d'épisode dépressif sévère est posé, lequel est de surcroît associé à d'autres troubles soit notamment à un trouble somatoforme douloureux persistant sous forme de céphalées et de brachialgie, ainsi qu'à des troubles de type épileptique. Au vu de la comorbidité grave associée au trouble somatoforme douloureux et des traits prémorbides clairs du recourant, un caractère partiellement invalidant doit en effet également être reconnu en l'espèce à ces derniers troubles, selon la jurisprudence en la matière. Il est à relever à cet égard que le rapport COMAI ne contient pas une consultation spécialisée par un rhumatologue, même si l'expertise est également signée par le Docteur Q_____, rhumatologue. Le neurologue associé a essentiellement examiné si le recourant présente des atteintes neurologiques et quelle est la causes des crises de type épileptique. Il n'a par ailleurs pas indiqué quelle était la capacité de travail de l'expertisé pour les atteintes à la santé constatées. Quant à la consultante en psychiatrie, elle a estimé « Au vu de l'état régressif majeur dans le cadre d'un état dépressif s'étant installé depuis plusieurs années, il est clair pour nous que la capacité de travail sur le plan psychiatrique est actuellement compromise ». Il faut en conclure que l'incapacité de travail est totale. Cependant, dans son rapport de synthèse, les experts retiennent une incapacité de travail de 65%, en dépit de la présence de plusieurs maladies invalidantes, dont une dépression grave, sans qu'une explication convaincante soit donnée pour s'écarter de l'évaluation à ce sujet par la consultante en psychiatrie.

Au vu de ces éléments, il convient de considérer que l'expertise COMAI ne remplit pas les conditions jurisprudentielles pour lui reconnaître une pleine valeur probante, en ce qui concerne l'estimation de la capacité de travail du recourant après l'aggravation de son état après 1998. Cependant il peut être renoncé en l'espèce à ordonner une nouvelle expertise, afin d'évaluer la capacité de travail du recourant, au vu des considérants qui suivent.

10. Pour l'établissement du degré d'invalidité n'est pas uniquement déterminant le degré de capacité de travail, mais également la perte de gain qui est calculée en comparant le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide avec celui qu'il pourrait obtenir en tant qu'invalide en exercant 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, aux termes de l'art. 28 al. 2 aLAI.

Il y a cependant lieu de réduire le cas échéant le revenu d'invalide en fonction des empêchements propres à la personne atteinte dans sa santé, par exemple de certaines limitations liées au handicap, à l'âge, à la nationalité, à la catégorie de permis de séjour ou au taux d'occupation. Une déduction globale d'au maximum 25% à ce titre est admis par la jurisprudence (ATF 126 V 78 consid. 5).

11. En l'espèce, en admettant que le recourant pourrait aujourd'hui toujours travailler dans sa profession d'aide-jardinier, le salaire obtenu dernièrement dans cette activité constitue certes le point de départ pour établir le salaire d'invalide. Cependant, dans la mesure où les activités à temps partiel sont moins bien rémunérées que celles qui sont exercées à temps complet, où le recourant ne peut exercer son ancienne profession qu'à temps partiel et où il souffre d'un trouble somatoforme douloureux qui constitue également un handicap dans sa profession, il se justifie de procéder à une réduction de son salaire de 10% par rapport à celui qu'il réalisait auparavant. Ainsi, même en suivant les experts du COMAI qui ont reconnu une capacité de travail de 35% à l'assuré dès 1998 dans sa profession d'aide-jardinier, la perte de gain ne s'élève non pas à 65%, mais à 68,5%.

Un tel degré ouvre le droit à une rente entière d'invalidité, de sorte que la question de savoir si l'assuré présente une incapacité de travail supérieure à 65%, après l'aggravation de son état en 1998, peut rester ouverte

Il convient d'examiner à partir de quelle date l'aggravation s'est produite. Selon les experts du COMAI est déterminante la date, dès laquelle le traitement médicamenteux a été instauré, ce qui a été fait après l'expertise de la Doctoresse O_____, soit postérieurement à avril 1998. La date précise ne résulte cependant pas des pièces du dossier. Toutefois, dans la mesure où le recourant a été particulièrement affecté par son dernier séjour en juillet 1998 dans sa famille au Kosovo, pendant lequel il a fait une crise d'épilepsie devant son fils cadet, il convient d'admettre que, selon toute vraisemblance, l'aggravation s'est produite

au plus tard dès son retour en Suisse en août 1998. Par conséquent, il y lieu de lui octroyer une rente d'invalidité entière dès le début de ce mois.

Pour la période de juin 1992 à août 1995, une capacité de travail d'environ 40% est reconnue au recourant, comme relevé ci-dessus. Même en admettant une réduction de son ancien salaire de 10%, la perte de gain reste inférieure à 50%. Dès lors, le recourant ne peut prétendre qu'à un quart de rente avec effet au 1er juin 1993 jusqu'au 31 août 1995.

De septembre 1995 à juillet 1998, sa capacité de travail a été estimée à 50%, de sorte que sa perte de gain est inférieure à 66 2/3%. En conséquence, il a droit à une demi-rente pendant ce laps de temps.

12. Au vu de ce qui précède, la décision attaquée sera annulée. Un quart de rente sera octroyée au recourant du 1er juin 1993 au 31 août 1995, une demi-rente du 1er septembre 1995 au 31 juillet 1998 et une rente entière dès le 1er août 1998.

13. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, il y lieu de lui allouer une indemnité de 2000 fr. à titre de participation à ses frais et dépens ainsi qu'à ceux de son mandataire.

PAR CES MOTIFS,

LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

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

Préalablement :

Ordonne la jonction des recours interjetés par Monsieur S_____ contre le prononcé du 8 novembre 2001 et la décision du 16 mai 2002 de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité

A la forme :

1. Déclare irrecevable le recours interjeté par le recourant contre le prononcé du 8 novembre 2001 de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité.

2. Déclare recevable son recours formé contre la décision de cet office du 16 mai 2002.

Au fond :

1. Admet partiellement ce dernier recours.

2. Annule la décision du 16 mai 2002 de l'intimé.

3. Octroie au recourant un quart de rente dès le 1er juin 1993, une demi-rente dès le 1er septembre 1995 et une rente entière dès le 1er août 1998.

4. Lui alloue la somme de 2000 fr. à titre de participation à ses frais et dépens, ainsi qu'à ceux de son mandataire.

5. 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 qu'elle 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 :	La Présidente :
Yaël BENZ	Maya CRAMER

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