



POUVOIR JUDICIAIRE

A/1555/2002

ATAS/154/2003

ARRÊT

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

du 23 octobre 2003

6^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur V_____, recourant.

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, Case postale 425,
1211 GENEVE 13, intimé.

Siégeant : Mme Valérie MONTANI, Présidente, Mme Violaine LANDRY-ORSAT et
Mme Teresa SOARES, juges assesseurs.

EN FAIT

1. Monsieur V_____, de nationalité néerlandaise, a travaillé à plein temps comme constructeur-décorateur de théâtre en entreprise individuelle dès le 1^{er} janvier 1995 sous l'enseigne « X_____ ». Au 31 décembre 1995, les comptes de l'entreprise affichaient un résultat net de CHF 23'207.-.

2. Le 19 décembre 1997, il a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité sous la forme d'une rente. Il a expliqué être atteint d'insuffisance rénale terminale et posséder un rein artificiel depuis mai 1997. Son travail consistant à construire des décors de théâtres et à s'occuper des régies de scènes pendant les périodes d'exploitation d'une pièce de théâtre, souvent en tournée internationale, sa capacité de travail avait fortement diminué suite aux séances de dialyse trois fois par semaine.

3. Le 30 janvier 1998, le docteur A_____, son médecin traitant depuis 1993, a rédigé un rapport à l'attention de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI). Il a diagnostiqué des reins polykystiques, une insuffisance rénale terminale en dialyse ainsi qu'une hypertension sévère. Il estimait l'incapacité de travail de son patient à 30 % du 21 juin 1996 au 15 mai 1997, à 100 % du 16 mai 1997 au 30 novembre 1997 et à 50 % du 1^{er} décembre 1997 pour une période indéterminée. En annexe, il a joint deux documents médicaux sur l'état de santé du patient en janvier et en mai 1997. Dans l'annexe du 16 mai 1997, les docteurs B_____, chef de clinique, et C_____, médecin assistant, qui avaient ausculté le patient le même jour, posaient un diagnostic principal d'insuffisance rénale chronique terminale sur polykystose rénale, assorti d'affections comorbides telle que, notamment, une hypertension artérielle et une insuffisance artérielle des membres inférieurs.

4. Le 8 mai 1998, Monsieur V_____ a subi une greffe de rein.

5. Un rapport d'hospitalisation du 29 juin 1998 effectué par le docteur D_____, de la division de Néphrologie des HUG rapportait qu'il avait diagnostiqué, hormis l'insuffisance rénale terminale sur maladie polykystique familiale, une hypertension artérielle avec rétinopathie hypertensive avancée et une insuffisance artérielle de stade IIB au MID après pontage fémoro-poplité droit le 29 septembre 1997. Un second rapport d'hospitalisation du 17 août 1998 mentionnait en outre le retrait de l'endoprothèse urétéral gauche le 13 août 1998.

6. Le 8 février 1999, Monsieur V_____ a informé l'OCAI qu'il avait repris son activité à 100 % dès le 1^{er} septembre 1998 jusqu'au 10 octobre 1998, mais que ses réelles capacités de travail étaient demeurées de 50 % pour la période du 1^{er} septembre 1998 au 31 janvier 1999, tenu compte des contrôles fréquents à l'hôpital pendant la première année après la greffe rénale.

7. Le 11 juin 1999, dans un rapport intermédiaire, le docteur A_____ a déclaré que son patient avait repris une activité à 100 % depuis janvier 1999, après avoir subi une greffe de rein. Ne s'étant pas occupé de l'opération, il conseillait à l'OCAI de s'adresser au service de néphrologie de l'Hôpital Cantonal de Genève.

8. Le 12 octobre 1999, Monsieur V_____ a été victime d'un infarctus du myocarde.

9. Le 1^{er} novembre 1999, le docteur G. E_____, chef de clinique du service Ophtalmologie des HUG, a informé l'OCAI de l'incapacité de travail de l'assuré du 9 juillet 1999 au 10 août 1999, suite à une opération de la cataracte bilatérale.

10. Par décision du 19 novembre 1999, l'OCAI a octroyé un quart de rente à Monsieur V _____ du 1^{er} juillet 1997 au 30 octobre 1997 et un rente entière du 1^{er} octobre 1997 au 31 mars 1999.

11. Le 7 avril 2000, le service social des HUG a demandé à l'OCAI la révision de son dossier AI. Il a sollicité une rente AI partielle ainsi qu'une réadaptation professionnelle, le patient souhaitant poursuivre une activité professionnelle à 50 %. Il rappelait que Monsieur V _____ avait effectué des études de psychologie de l'enfance à Amsterdam de 1964 à 1971.

12. Le 23 mai 2000, le docteur A _____ a confirmé que l'assuré avait subi un infarctus inféro-latéral le 12 octobre 1999, ce qui avait entraîné une dilatation avec pose de stent sur l'artère et une dilatation simple de la première marginale. La fonction rénale du patient semblait stabilisée, mais il subsistait une certaine fatigabilité à l'effort, sans véritable insuffisance cardiaque. L'incapacité de travail avait été de 100 % du 12 octobre 1999 au 16 janvier 2000 et demeurait de 50 % depuis le 17 janvier 2000, de façon probablement définitive.

13. Le 24 août 2000, le docteur F _____ de la division de Néphrologie des HUG a diagnostiqué un status après transplantation rénale pour insuffisance rénale terminale sur maladie polykystique, un infarctus du myocarde subi le 12 octobre 1999, une maladie coronarienne des trois vaisseaux ainsi qu'un clipage d'un anévrisme cérébral le 8 août 2000. Il relevait que l'hypertension artérielle sévère nécessitait un traitement hyper-tenseur lourd. L'assuré, après avoir été en incapacité de travail à 50 % du 17 janvier 2000 au 31 juillet 2000, avait subi une incapacité de travail de 100 % dès le 1^{er} août 2000. Après avoir récupéré depuis l'intervention neuro-chirurgicale, il posséderait une capacité de travail de 50 %.

14. Le 15 novembre 2000, par téléphone, Monsieur V_____ a confirmé avoir repris plus ou moins régulièrement son activité à 50 %, sa convalescence ayant duré six semaines.
15. Le 13 mars 2001, il a subi un double pontage coronarien.
16. Le 7 septembre 2001, l'OCAI a rendu un projet de décision par lequel il octroyait à Monsieur V_____ une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} octobre 2000.
17. Le 19 septembre 2001, l'assuré s'est rendu à l'OCAI aux fins d'audition. Il s'est étonné du fait que l'office ait fait courir un nouveau délai de carence pour qu'il bénéficie d'une rente d'invalidité suite à son infarctus du 12 octobre 1999. Il a en effet fait valoir que l'affection rénale congénitale et le problème cardiaque était lié, ses reins, puis ensuite son rein transplanté, n'étant pas assez performants, ce qui obligeait le cœur à travailler à un rythme plus élevé. Il a aussi mentionné trois autres périodes d'incapacité de travail à 100 %, de six semaines chacune, dues à un clipage pour anévrisme cérébral le 1^{er} août 2000, un zona en janvier 2001 et un double pontage coronaire le 19 mars 2001. Il a rappelé n'avoir eu aucune réponse suite aux mesures de réadaptation professionnelles demandées le 4 avril 2000.
18. Le 17 octobre 2001, l'OCAI a rendu une décision refusant toutes mesures professionnelles de réadaptation, eu égard au fait qu'il ne restait à l'assuré que sept ans d'activité professionnelle avant l'âge de la retraite.
19. Le même jour, dans une note interne, le docteur G_____, médecin AI, a expliqué : « l'insuffisance rénale favorise l'hypertension artérielle qui est un facteur favorisant, mais non causal, de la coronaropathie qui relève à cet âge de l'artériosclérose. Donc ce trouble est courant à cet âge indépendamment d'autres affections, d'autant que la tension artérielle est

normalisée par le traitement. Donc l'arrêt de travail secondaire aussi bien à l'infarctus que de l'anévrisme cérébral n'a pas de lien direct avec l'affection rénale qui aurait justifié au départ une invalidité ».

20. Le 28 novembre 2001, le docteur H_____, de la division de Néphrologie des HUG, a précisé que les différents problèmes cardio-vasculaires de Monsieur V_____ depuis le 1er avril 1999 ne pouvaient pas être totalement dissociés du problème rénal. Il a rappelé qu'il était bien documenté que les problèmes cardiaques sont nettement augmentés chez les patients présentant des problèmes rénaux, notamment une hypertension artérielle. En outre, l'intervention du mois de juillet 2001 au niveau cérébral était directement liée à la maladie ayant entraîné l'insuffisance rénale (polykystose rénale). Il soulignait que l'on ne pouvait pas dissocier ces problèmes dans le cadre du droit à la rente d'invalidité.

21. Le 5 décembre 2001, dans une note interne, le médecin AI a déclaré que l'infarctus relevait d'une maladie coronarienne sous la forme d'une artériosclérose et qu'il était favorisé par divers facteurs, tels que l'hyperlipidie, la sédentarité, le tabagisme, le stress, le diabète, l'obésité et l'hypertension artérielle. Ainsi, selon ce médecin, l'atteinte rénale pouvait favoriser, par l'intermédiaire de l'hypertension, le développement de l'artériosclérose, mais ce n'était pas la cause de l'infarctus. Il considérait l'affection rénale comme un simple facteur de risque.

22. Par décision du 11 décembre 2001, se fondant sur son projet du 7 septembre 2001, l'OCAI a octroyé à l'assuré une demi-rente dès le 1^{er} octobre 2000 en maintenant le délai de carence d'une année.

23. Le 22 janvier 2002, Monsieur V_____ a interjeté recours contre cette décision. Il a fait valoir que ses problèmes cardio-vasculaires ne dataient pas du 12 octobre 1999, mais de l'année 1997 déjà, avec une hypertension très difficile à maîtriser existante depuis plusieurs années, ce avant 1997. La décision d'accorder la première rente AI dès le 1^{er} juillet

1997 était basée sur l'insuffisance rénale principalement, les autres problèmes de santé liés à cette affection (pontage artériel, hypertension) demeurant hors discussion. Or, il souffrait principalement de deux maladies, une polykystose rénale et un très mauvais état du système cardio-vasculaire. Ces deux problèmes coexistaient depuis des années et causaient en alternance ou ensemble une incapacité de travail de 50 % en général, avec souvent des périodes à 100 %. Il estimait donc que l'infarctus ne pouvait pas être considéré comme un cas isolé ou une nouvelle maladie, mais qu'il s'inscrivait dans une évolution des deux maladies. La rente dont il bénéficiait jusqu'au 31 mars 1999 aurait dû être versée encore après cette date, sans interruption.

24. Dans son préavis du 25 mars 2002, l'OCAI a proposé le rejet du recours. Il a exposé en substance que l'incapacité de travail due à l'infarctus dont avait été victime l'assuré n'avait pas la même origine que celle ayant fondé l'octroi d'une rente entière, raison pour laquelle il se justifiait de retenir un délai de carence d'une année tel que cela découle de l'article 29 alinéa 1 lettre b de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI ; RS 831.20).
25. Appelé à se déterminer, Monsieur V_____ a consulté le dossier le 25 avril 2002, mais n'a produit aucune observation.
26. Sur requête du Tribunal de céans du 1^{er} septembre 2003, le Professeur Pierre-Yves H_____ a été amené à se prononcer sur les causes prédominantes de l'infarctus du myocarde subi par le recourant ainsi que sur son lien de causalité avec la polykystose rénale et l'hypertension artérielle dont l'assuré souffre depuis plusieurs années.
27. Le 17 septembre 2003, ce praticien a répondu au Tribunal de céans ce qui suit : « L'insuffisance rénale, toutes causes confondues, est un facteur de risque cardio-vasculaire. Ce risque est énorme et les maladies cardio-vasculaires sont les premières causes de morbidité et de mortalité chez les patients souffrant d'une insuffisance rénale sévère, qu'ils soient traités par
-

hémodialyse ou qu'ils aient pu recevoir une greffe rénal. Plusieurs éléments expliquent ce risque augmenté dont : l'hypertension artérielle (très fréquente chez les patients insuffisants rénaux), des anomalies du métabolisme lipidique, des anomalies du métabolisme phosphocalcique et d'autres dysfonctions métaboliques liées à la mauvaise élimination de toxines par le rein. Le rétablissement d'une fonction rénale normale par la greffe améliore nettement le pronostic cardio-vasculaire, mais ne le ramène pas au même niveau que chez des patients sans insuffisance rénale. D'autre part, les médicaments immunosuppresseurs nécessaires pour tolérer la greffe rénale ont également des effets secondaires (Hypertension artérielle, diabète, hypercholestérolémie) qui favorisent l'artériosclérose et les problèmes vasculaires. Finalement, la polykystose rénale, en soi, est une maladie qui ne touche pas seulement les reins mais également de nombreux autres organes dont les vaisseaux. Elle est notamment responsable d'anévrismes cérébraux et explique pourquoi Monsieur V _____ a dû subir une intervention en neurochirurgie. Elle peut également avoir des conséquences cardiaques, mais n'est pas liée directement à un infarctus du myocarde. Elle favorise également l'hypertension artérielle ».

A la question : l'infarctus du myocarde peut-il être considéré comme une rechute consécutive aux maladies précédemment diagnostiquées, soit une hypertension artérielle et une insuffisance artérielle des membres inférieurs, ou même consécutive à la seule polykystose rénale ?, le professeur H _____ a répondu : « la réponse à la troisième question est plus difficile, l'infarctus du myocarde étant une affection aiguë consécutive d'une maladie vasculaire chronique pour laquelle l'insuffisance rénale et l'hypertension artérielle ont joué un rôle. Ceci est également valable pour l'insuffisance artérielle des membres inférieurs. On ne peut donc pas dire qu'elle est consécutive à la seule polykystose rénale mais aux multiples problèmes cardio-vasculaires associés à la polykystose rénale et à l'insuffisance rénale terminale. Je ne parlerai néanmoins pas de rechute, mais plutôt d'une complication cardio-vasculaire supplémentaire dans une situation où la probabilité de cette complication est augmentée. Sur ces

bases, il est impossible de dissocier l'infarctus du myocarde de la maladie rénale du patient. Ma prise de position est donc très claire et ne change pas par rapport à mon courrier du 28 novembre 2001 ».

EN DROIT

1. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) est entrée en vigueur le 1^{er} 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 LAI et de son règlement en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 .
2. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ ; E 2 05) a été modifiée et a institué, dès le 1^{er} août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales. Conformément à l'article 3 alinéa 3 des dispositions transitoires, les causes introduites avant l'entrée en vigueur de la loi et pendantes devant la Commission cantonale de recours en matière d'assurance-invalidité ont été transmises d'office au Tribunal cantonal des assurances sociales, statuant en instance unique, sur les contestations en matière d'assurance-invalidité notamment (cf. article 56V LOJ). La compétence du Tribunal de céans est ainsi établie pour juger du cas d'espèce.
3. Interjeté en temps utile, le recours est recevable conformément aux articles 69 LAI et 84 de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS ; RS 831.10) alors applicables.

4. a. L'article 4 alinéa 1 LAI stipule que l'invalidité est la diminution de la capacité de gain, présumé 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. Selon l'art. 4 al. 2 LAI, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Ce moment doit être déterminé objectivement, d'après l'état de santé; des facteurs externes fortuits n'ayant pas d'importance. Il ne dépend en particulier ni de la date à laquelle une demande a été présentée, ni de celle à partir de laquelle une prestation a été requise, et ne coïncide pas non plus nécessairement avec le moment où l'assuré apprend, pour la première fois, que l'atteinte à sa santé peut ouvrir droit à des prestations d'assurance (ATF 118 V 82 consid. 3a et les références).

b. En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. Aux termes de l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins (let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (let. b).

c. L'article 29bis du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201) précise que, si la rente a été supprimée du fait de l'abaissement du degré d'invalidité et que l'assuré, dans les trois ans qui suivent, présente à nouveau un degré d'invalidité ouvrant le droit à une rente en raison d'une incapacité de travail de même origine, on déduira de la période d'attente que lui imposerait l'article 29 alinéa 1 LAI, celle qui a précédé le premier octroi.

Le but de cet article consiste à faciliter un nouvel octroi d'une rente à l'assuré qui, après avoir pu reprendre momentanément une activité lucrative dans une mesure excluant le droit à une rente, est victime d'une

reprise de son invalidité due à la même atteinte à la santé (RCC 1977, p. 19, ATF 117 V 23).

d. Selon le chiffre 4003 de la Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (ci-après CIIAI), on n'est en présence d'une reprise de l'invalidité que si les trois conditions suivantes sont remplies :

- la même atteinte ayant valeur d'invalidité, qui a donné naissance au droit, s'est réactivée et provoque une invalidité ouvrant de nouveau le droit à une rente ;
 - la rechute survient dans les trois ans qui suivent la suppression de la rente précédemment versée ; et
 - la nouvelle incapacité de gain ouvrant le droit à une rente doit avoir une durée minimale de 30 jours consécutifs.
5. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est 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 du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 ; Pratique VSI 3/2000, p.154).
6. En l'espèce, le recourant fait valoir que l'infarctus du myocarde ne constitue pas un événement isolé, mais se définit au contraire comme une rechute, au regard des atteintes à la santé subies ces dernières années. Il expose qu'il présente deux maladies distinctes depuis de nombreuses années, soit une polykystose rénale et une artériosclérose. La première rente versée du 1^{er} octobre 1997 au 31 mars 1999 l'avait été suite aux

problèmes rénaux rencontrés, l'intimé ayant fait abstraction des autres diagnostics posés par les médecins à l'époque, alors même qu'il présentait déjà à ce moment-là un système cardio-vasculaire en très mauvais état. Les deux atteintes à la santé auraient causés ensemble ou en alternance une incapacité de travail de 50 % en général, avec des périodes à 100 %.

7. In casu, la question essentielle est de déterminer si l'infarctus du myocarde survenu le 12 octobre 1999 peut être considéré comme une rechute consécutive aux maladies diagnostiquées lors de l'octroi de la première rente ou même consécutive à la seule polykystose rénale.

8. a. Il ressort des divers rapports médicaux figurant au dossier que l'assuré souffre depuis plusieurs années d'atteintes à la santé diverses, notamment d'une polykystose rénale ainsi que d'une maladie coronarienne. Ainsi, les docteurs I_____ et J_____ des HUG ont expliqué le 6 janvier 1997 que l'assuré avait développé une insuffisance rénale chronique ainsi qu'une hypertension et qu'il avait consulté le 23 décembre 1996 pour pic hypertensif. Ils ont relevé une insuffisance artérielle du membre inférieur droit. Dans leur rapport médical du 16 mai 1997, les docteurs B_____ et K_____ ont posé un diagnostic principal d'insuffisance rénale chronique terminale sur polykystose rénale, ainsi qu'une hypertension artérielle et une insuffisance artérielle des membres inférieurs. Le docteur A_____, son médecin traitant, a exposé quant à lui dans son rapport du 30 janvier 1998 que l'assuré avait été hospitalisé en décembre 1996 pour une crise hypertensive et qu'il avait présenté toute une série de complications vasculaires, d'une part au niveau de la fistule, d'autre part avec une obstruction artérielle des membres inférieurs. Dans son rapport d'hospitalisation du 29 juin 1998, le docteur D_____ a enfin également diagnostiqué une insuffisance rénale sur maladie polykystique et une hypertension artérielle de stade IIB après pontage fémoro-poplité droit.

b. Selon la littérature médicale, la polykystose rénale est une maladie héréditaire caractérisée par la présence de nombreux kystes dans le cortex des deux reins. Les signes de la maladie sont des douleurs lombaires, la présence de calculs dans les voies urinaires, des infections urinaires, la présence de sang dans les urines et surtout une hypertension artérielle. La maladie peut se compliquer de malformations extrarénales (anévrismes des vaisseaux cérébraux, anomalies des valvules cardiaques). Quant à l'infarctus du myocarde, il consiste en une nécrose d'une partie du myocarde consécutive à une obstruction brutale d'une artère coronaire. L'affection survient plus souvent chez des patients présentant des facteurs de risque tels que tabagisme, hypertension artérielle, hyperlipidie, diabète, sédentarité, surmenage professionnel (« Larousse Médical », p. 528 ss et 621, ed. Larousse 1995).

9. a. Dans son courrier du 28 novembre 2001, puis dans celui du 17 septembre 2003, le professeur H_____ a expliqué de façon très claire, même s'il a exclu le terme de rechute, qu'il était impossible de dissocier l'infarctus du myocarde de la maladie rénale de l'assuré. Il a estimé que, du point de vue médical, la polykystose rénale et l'hypertension artérielle dont souffre le recourant sont la cause principale de l'infarctus du myocarde et que cette affection était par conséquent consécutive aux multiples problèmes cardiovasculaires associés à la polykystose rénale et à l'insuffisance rénale terminale. Ce rapport médical, bien motivé, a valeur probante, au sens de la jurisprudence précitée. Par ailleurs, il rejoint les constatations faites par les divers médecins ayant eu à s'occuper du recourant, lesquels ont relevé depuis 1996 la présence chez le patient de problèmes vasculaires importants, en particulier une hypertension artérielle.

b. En conséquence, il y a lieu d'admettre que l'infarctus du myocarde provient de la même atteinte ayant eu valeur d'invalidité, soit la polykystose rénale, au sens du chiffre 4003 de la CIIAI.

c. Par ailleurs, l'infarctus du myocarde s'est produit dans les trois ans qui ont suivi la suppression de la rente précédemment versée, l'assuré ayant été au bénéfice d'un quart de rente du 1^{er} juillet au 30 octobre 1997 et d'une rente entière du 1^{er} octobre 1997 au 31 mars 1999 et l'infarctus s'étant produit le 12 octobre 1999. En outre, force est de constater que la nouvelle incapacité de gain ouvrant le droit à une rente a effectivement duré trente jours consécutifs au moins, puisque l'incapacité de travail du recourant a été de 100 % du 12 octobre 1999 au 16 janvier 2000, puis est demeurée de 50 % dès cette date.

10. Pour tous ces motifs, les conditions de l'article 29bis RAI étant remplies, il y lieu d'admettre le recours d'annuler la décision litigieuse et de renvoyer la cause à l'OCAI pour nouvelle décision, dans le sens des considérants.

* * *

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable ;

Au fond :

1. L'admet ;
2. Annule la décision de l'OCAI du 11 décembre 2001 ;
3. Renvoie la cause à l'intimé pour nouvelle décision dans le sens des considérants ;
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent jugement 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. Ce mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs le recourant estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter la signature du recourant ou 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 au mémoire s'il s'agit de pièces en possession du recourant. Seront également jointes au mémoire la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

La greffière :

Nancy BISIN

La Présidente :

Valérie MONTANI

La secrétaire-juriste : Flore PRIMAULT

Le présent jugement est communiqué pour notification aux parties, ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe