RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1658/2002 **ATAS/132/2004**

ARRÊT

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

du 17 MARS 2004

4ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____ recourant

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, rue de Lyon 97, 1211 GENEVE 13 intimé

Siégeant : Mme Juliana BALDE, Présidente, Mme Isabelle DUBOIS, Mme Karine STECK, juges

---

EN FAIT

1. Monsieur A_____, né en mai 1941, marié et père de quatre enfants, d'origine suisse, a travaillé en tant que maçon en Suisse, puis s'est engagé dans la légion étrangère en 1959 et a fait la guerre d'Algérie. En 1972, il s'est établi en France (Haute-Savoie) où il a été directeur d'un commerce d'achat et de vente de maisons jusqu'au 15 mai 1984, date à laquelle il est revenu en Suisse et a exercé la profession de courtier jusqu'au 19 septembre 1994. A cette date, il a été victime d'un accident de la circulation et n'a plus jamais retravaillé (pièce 2, fourre 5 OCAI).

2. Dès le 1er septembre 1985, l'assuré a été mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité fondée sur un degré d'invalidité de 100 %, laquelle a été supprimée le 1er décembre 1987 suite à une révision rapide de la rente, le docteur D_____ ayant confirmé que l'intéressé était en mesure de travailler vu son activité de courtier. Sur recours de l'assuré du 24 novembre 1987, cette décision a été confirmée par jugement du 16 mars 1989 de la Commission cantonale de recours en matière AVS/AI. Le recours au Tribunal fédéral des assurances (ci-après le TFA) a été déclaré irrecevable le 6 octobre 1989 parce que tardif (pièce 8, fourre 5 OCAI et pièces 1 à 4, fourre 1 OCAI).

3. Inculpé d'escroquerie et de faux dans les titres et ayant quitté la Suisse le 12 décembre 1990 pour la Sardaigne, l'assuré a été condamné par la Cour d'Assises de la République et Canton de Genève, par contumace. Arrêté en Italie le 1er février 1990 puis extradé, il a été emprisonné à la prison de Champ Dollon jusqu'au 9 juillet 1993, date de sa remise en semi-liberté (pièce 8, fourre 5 OCAI).

4. Après avoir déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité le 6 octobre 1992, il en a déposé une le 15 juin 1993 (pièces 5 et 6, fourre 2 OCAI).

5. Le 2 décembre 1994, le professeur E_____ et le docteur F_____, de la division de médecin physique et de rééducation des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après les HUG) ont rendu un rapport d'expertise dans lequel ils ont diagnostiqué une nécrose aseptique de la hanche gauche ainsi qu'un status après PTH droite en 1985. La situation de la hanche droite était stable et, en ce qui concernait la nécrose de la hanche gauche, elle n'entraînait aucun handicap fonctionnel ou douloureux. L'assuré pouvait accomplir son travail de courtier de façon pleine et entière sans aucune limitation quelle qu'elle soit (pièce 6, fourre 3 OCAI).

6. Par décision du 16 février 1995, l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI) a refusé toute prestation de l'assurance-invalidité au motif que

l'assuré pouvait accomplir un travail de courtier de façon pleine et entière sans aucune limitation.

7. Le 24 mars 1995, l'assuré a été hospitalisé pour un infarctus myocardique à la clinique CONVERT à Bourg-en-Bresse (pièce 7, fourre 3 OCAI).

8. Par courrier de son conseil du 26 avril 1995, l'intéressé a expliqué qu'il s'agissait de sa deuxième alerte cardiaque, raison pour laquelle les médecins lui avaient vivement déconseillé d'entreprendre une activité professionnelle de quelque nature que ce soit, sauf à risquer une troisième attaque cardiaque. Il demandait à ce que la décision du 14 février 1995 soit reconsidérée dans le sens d'un octroi d'une rente d'invalidité entière fondée sur un taux d'invalidité de 100 % (pièce 17, fourre 2 OCAI).

9. Le 16 janvier 1996, le docteur G_____, médecin traitant de l'assuré, a rédigé un rapport à l'attention de l'OCAI dans lequel il a diagnostiqué un infarctus myocardique inférieur le 24 mars 1995 et une atteinte monotronculaire (occlusion de la coronaire droite et séquelles de nécrose inféro-postérieure). Il recommandait un travail sédentaire sans efforts physiques pénibles. L'incapacité de travail dans sa précédente activité de maçon avait été de 100 % du 24 mars 1995 au 30 septembre 1995 et demeurait de 80 % du 1er octobre 1995 à ce jour (pièce 12, fourre 3 OCAI).

10. Dans un projet de décision du 4 septembre 1997, l'OCAI a expliqué à l'assuré qu'il avait considéré son courrier du 26 avril 1995 comme une nouvelle demande de prestation et qu'il était parvenu à la conclusion qu'il ne souffrait d'aucune atteinte à la santé pouvant justifier une incapacité de travail dans les métiers exercés par le passé en tant que courtier ou directeur commercial. L'infarctus du myocarde dont il avait été victime en mars 1995 avait eu pour conséquence une période transitoire d'incapacité de travail évaluée par le médecin-conseil de l'OCAI, le docteur H_____, à trois mois au maximum, ce qui ne justifiait ni l'octroi de mesures de reclassement professionnel, ni l'octroi d'une rente. Les prestations demandées seraient par conséquent refusées (pièce 7, fourre 1 OCAI).

11. Par écriture du 25 septembre 1997, l'assuré s'est opposé à ce projet en relevant que seuls les avis du médecin-conseil et du docteur G_____ avait été pris en compte, alors même que ce dernier ne l'avait suivi que ponctuellement au contraire du docteur I_____ dont l'avis n'avait pas été sollicité. Il a produit un certificat de ce praticien du même jour diagnostiquant une nécrose aseptique de la hanche gauche avec lésions sous-chondrales de la tête fémorale, sans atteinte du périoste, et des séquelles de nécrose myocardique inférieure et latérale. L'assuré demeurait sous traitement permanent depuis 1995 (pièce 9, fourre 1 OCAI).

12. Le 3 octobre 1997, le docteur H_____ a rédigé une note interne dans laquelle il a souligné que l'attestation de docteur I_____ n'apportait aucun élément nouveau ni ne démontrait d'évolution défavorable de l'état de santé manifeste. La nécrose aseptique de la hanche gauche était connue des médecins qui avaient effectué l'expertise en 1994. Du point de vue cardiaque, il existait une incapacité de travail de l'ordre de 80 % comme maçon, mais une activité physique en tant que courtier ou administrateur était tout à fait possible (pièce 16, fourre 3 OCAI).

13. Le 14 octobre 1998, l'assuré a écrit à l'OCAI pour l'informer qu'il était suivi par le docteur J_____, lequel avait découvert la vraie raison de ses différentes atteintes à la santé, sous la forme d'un antigène HLA-B27 que l'intéressé possèderait depuis la naissance. Il a demandé à l'OCAI de prendre contact avec ce praticien (pièce 17, fourre 3 OCAI).

14. Le 1er décembre 1998, il a réécrit à l'OCAI en le priant à nouveau de prendre contact avec le docteur J_____ ainsi qu'avec le docteur K_____, qui le suivait régulièrement. Il a relevé que ces derniers étaient prêts à lui donner tout renseignement concernant son état de santé et qu'ils n'étaient pas « comme les experts de Beau-séjour, vendus à je ne sais quelle cause et qui avaient déclaré qu'il était en excellente santé sans aucun contrôle » (pièce 18, fourre 3 OCAI).

15. Après plusieurs formulaires de rapport médical envoyés aux docteurs J_____ et K_____, le docteur K_____ a expliqué le 17 août 1999 à l'OCAI qu'il devait s'adresser aux pneumologues qui suivaient l'assuré, soit le docteur L_____ et la doctoresse M_____. Le docteur J_____ a joint une copie du rapport du docteur L_____ du 12 juillet 1999 diagnostiquant un syndrome des apnées du sommeil, un tabagisme actif, un syndrome restrictif modéré sur excès pondéral, un excès pondéral avec BMI à 31, un status post-infarctus en 1995, un status post-tuberculose pulmonaire traitée en 1962 ainsi qu'une ostéoporose sur hypogonadisme (pièces 23 à 26, fourre 5 OCAI).

16. Le 27 août 1999, le docteur L_____ a rédigé un rapport à l'attention de l'OCAI dans lequel il a relevé que l'assuré ne s'était pas présenté à sa consultation depuis le début du traitement par CPAP le 19 juillet 1999 et qu'il ne pouvait en conséquence pas se prononcer. Il n'avait pratiqué aucun test d'effort, mais des fonctions pulmonaires et une oxymétrie nocturnes dont il a joint les résultats (pièce 28, fourre 3 OCAI).

17. Le 21 septembre 1999, sur requête de l'OCAI, la division de pneumologie des HUG a expliqué que l'assuré n'était pas suivi régulièrement chez eux mais qu'il

l'était par le docteur L_____, à qui il fallait s'adresser (pièce 30, fourre 3 OCAI).

18. Dans un note interne du 28 septembre 1999, le docteur H_____ a relevé qu'il semblait que l'assuré ne comprenait pas très bien les notions médicales puisqu'il avait parlé de la découverte d'un antigène HLA-B27, lequel était retrouvés chez 90 % des personnes développant une spondylarthrite, d'où une prédisposition à développer cette maladie. L'assuré avait expliqué avoir de nouvelles maladies (syndrome des apnées du sommeil, ostéoporose et diabète), mais ces dernières ne représentaient pas de handicap supplémentaire notable dans des activités sédentaires, mis à part une certaine fatigabilité. Par contre, le médecin-conseil se posait la question d'une éventuelle survenue de problèmes psychiques. Il a ainsi recommandé une expertise au Centre d'observation médical de l'assurance-invalidité (ci-après le COMAI) (pièce 31, fourre 3 OCAI).

19. Le 18 octobre 2000, la policlinique médicale universitaire de Lausanne agissant en tant que COMAI, a rendu un rapport d'expertise après avoir examiné l'assuré du 13 au 22 juin 2000 et avoir consulté son dossier d'assurance-invalidité. Les experts ont diagnostiqué un trouble mixte de la personnalité (paranoïaque, émotionnellement labile de type impulsif), une possible consommation d'alcool nocive pour la santé, un status post-infarctus myocardique inférieur en 1995, un status post nécrose aseptique des deux hanches avec prothèse totale de la hanche droite en 1985, un syndrome des apnées du sommeil, de l'obésité, un tabagisme chronique et un status post tuberculose pulmonaire en 1962. S'il était indéniable que l'assuré souffrait de problèmes cardio-pulmonaires et métaboliques importants pour son pronostic vital, ils ne jouaient en eux-même que peu de rôle sur sa capacité de travail en tant que courtier, travail avant tout sédentaire. Quant à la problématique rhumatologique (séquelles d'ostéonécrose des deux hanches avec mise en place d'une prothèse, lombalgies et arthrose lombaire débutante), elle entraînait des limitations dans tous les travaux lourds, nécessitant des stations prolongées debout ou des déplacements à pied, mais ne contre-indiquait en aucun cas le travail assis. Cependant, le trouble de la personnalité présenté par le patient entraînait de nombreuses répercussions sur la santé de l'assuré. Sa capacité de travail était diminuée de 50 % même dans la profession de courtier indépendant. Les experts estimaient que le fait que l'assuré se soit remarié une troisième fois et qu'il ait pu fonder une nouvelle famille avec deux nouveaux enfants démontrait qu'il possédait des ressources et qu'il n'était pas totalement effondré. La capacité résiduelle de travail de 50 % remontait à mars 1995, moment où il avait été victime d'un infarctus et où il était légitime de penser que c'était à ce moment-là qu'il avait décompensé du point de vue psychologique avec une aggravation de son trouble de la personnalité. Ils ont encore expliqué que la capacité résiduelle de

travail ne s'améliorerait pas au cours des prochaines années (pièce 37, fourre 3 OCAI).

20. Dans la nuit du 9 au 10 octobre 2000, l'assuré a présenté une nouvelle récidive de douleurs rétrosternales et a été hospitalisé pour angor instable à l'Hôpital de St-Julien, puis transféré au Centre hospitalier d'Annecy où une coronarographie pratiquée le 10 octobre 2000 a mis en évidence une maladie coronarienne des deux vaisseaux. L'indication à une revascularisation chirurgicale avait alors été posée. Elle devait avoir lieu au Centre hospitalier universitaire de Grenoble, mais le patient avait quitté le service contre l'avis de son médecin le lendemain (pièce 36, fourre 3 OCAI).

21. Le 27 octobre 2000, les médecins de la division de cardiologie des HUG ont expliqué que l'assuré avait été hospitalisé le 24 octobre 2000 et qu'il avait accepté une revascularisation chirurgicale (pièce 46, fourre 3 OCAI).

22. Le 10 novembre 2000, l'assuré a subi une intervention chirurgicale sous la forme d'une double revascularisation myocardique par implantation de la mammaire interne gauche et un pontage veineux autologue sur la coronaire droite. Le diagnostic du docteur N_____, chef de clinique-adjoint de chirurgie cardio-vasculaire, consistait en un angor instable sur maladie coronarienne des deux vaisseaux. L'intervention avait été hémodynamiquement bien supportée par le patient et l'évolution était favorable (pièces 40, 42 et 46, fourre 3 OCAI).

23. Le 18 avril 2001, les docteurs O_____ et P_____ de la division de cardiologie des HUG ont rédigé un rapport à l'attention de l'OCAI dans lequel ils ont notamment relevé que l'état de santé du patient s'améliorait (pièce 46, fourre 3 OCAI).

24. Le 12 juillet 2001, la division de réadaptation professionnelle de l'OCAI a proposé de retenir un taux d'invalidité de 50 % basé sur une appréciation médico-théorique, vu l'impossibilité d'obtenir des informations précises relative au revenu sans invalidité et du revenu d'invalide (pièce 12, fourre 3 OCAI).

25. Par projet de décision du 18 juillet 2001, l'OCAI a informé l'assuré qu'il bénéficierait d'une demi-rente d'assurance-invalidité dès le 24 mars 1996 fondée sur un taux d'invalidité de 50 %, puisqu'il possédait une capacité résiduelle de travail de 50 % dans une activité sédentaire, notamment celle de courtier (pièce 11, fourre 1 OCAI).

26. Par courrier du 23 juillet 2001, l'intéressé a contesté ce point de vue en relevant que, malgré les allégations des employés de l'OCAI, il n'avait jamais travaillé comme courtier, mais comme maçon depuis 1956. De plus, tous les médecins tant en Suisse qu'en France le reconnaissaient invalide à 100 %, raison pour laquelle les conclusions des experts du COMAI n'étaient pas valables. L'assuré estimait

que l'OCAI avait mené une cabale contre lui et commis nombre d'abus à son encontre en ne tenant pas compte d'éléments importants de son dossier. Il souhaitait obtenir une rente entière fondée sur un degré d'invalidité de 100 % et que sa vraie profession de maçon du bâtiment soit prise en compte (pièce 12, fourre 1 OCAI).

27. Par décision du 2 avril 2002, l'OCAI a octroyé à l'assuré une demi-rente d'invalidité d'un montant de 281 fr. ainsi que deux demi-rentes pour enfants de 113 fr., fondées sur un taux d'invalidité de 50 %. Le calcul de la rente avait été effectué sur la base d'un revenu annuel moyen déterminant de 12'360 fr. basé sur 20 années et 10 mois de cotisations. La durée de cotisation de la classe d'âge étant de 34 années, il manquait 13 années et 2 mois de cotisations (pièce 14, fourre 1 OCAI).

28. Par courrier du 4 avril 2002, l'assuré a interjeté recours contre cette décision en faisant valoir qu'il était ouvrier du bâtiment et non courtier comme cela avait été retenu lors du projet de décision et qu'il avait droit à une rente à 100 % dans la mesure où tous les médecins avaient constaté qu'il était invalide.

29. Le 13 avril 2002, il a encore précisé qu'il trouvait étrange que les spécialistes du COMAI ait fait un rapport aussi mauvais, et surtout qu'ils n'avaient pas vu que ses coronaires soient complètement bouchées alors qu'ils l'avaient examiné deux mois à peine avant son opération.

30. Le 21 mai 2002, la Caisse cantonale genevoise de compensation (ci-après la CCGC) a expliqué à la Commission cantonale de recours en matière AVS/AI (actuellement le Tribunal de céans) que la décision rendue par l'OCAI n'était pas une véritable décision définitive, mais qu'elle était provisoire dans la mesure où la CCGC n'avait pas encore reçu tous les documents nécessaires pour procéder au splitting et au calcul correct de la rente. La décision provisoire était intervenue rapidement afin de satisfaire au mieux les intérêts du recourant et mentionnait à tort les voies de droit. Si elle a reconnu que la Commission serait habilitée à statuer sur le fond, elle a sollicité, par économie de procédure, l'attente de la décision définitive pour statuer.

31. Appelé à se déterminer, le recourant a répondu le 28 mai 2002 qu'il avait droit à une rente entière d'invalidité fondée sur un taux d'invalidité de 100 % et que cela devait lui être accordé. Il se sentait floué de tous les côtés dans la mesure où son précédent avocat, Me BASSAN, lui devait beaucoup d'argent, en particulier des versements qui lui avaient été versés en mains propres.

32. Par préavis du 18 juin 2002, l'OCAI a proposé le rejet du recours en relevant qu'il s'était basé sur les conclusions claires des experts du COMAI dont le rapport

d'expertise répondait aux critères de la jurisprudence en la matière. La capacité résiduelle de travail demeurait ainsi de 50 % dans une activité adaptée.

33. Le 10 juillet 2002, le recourant a persisté intégralement dans ses conclusions en alléguant que le médecin-conseil de l'OCAI ne l'avait jamais vu et qu'il ne comprenait pas sur quelle base il osait prendre parti. En ce qui concernait les experts de Lausanne, ils n'avaient pas remarqué l'état de ses coronaires alors qu'il avait dû être opéré « moins de deux mois après ».

34. Le 22 août 2002, le docteur Q_____, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie, a écrit au Tribunal de céans pour lui communiquer un nouveau diagnostic concernant le recourant, dont il s'occupait depuis le 7 août 2002. Il avait été frappé par une très grande raideur de tout le rachis accompagnée d'une très grande difficulté à se mouvoir et avait mis en évidence une nette diminution de l'ampliation thoracique. Il a posé le diagnostic de maladie de BECHTEREW sévère ou spondylarthrite ankylosante (HLA-B27 positif). Cette maladie inflammatoire provoquait de fortes douleurs, une grande difficultés dans les mouvements de la vie quotidienne et une diminution de l'ampliation thoracique, Elle pouvait aggraver les problèmes cardiaques et le syndrome d'apnées du sommeil. Ce praticien avait débuté un traitement, mais ce dernier ne pouvait qu'empêcher une aggravation. La maladie représentait une invalidité de 100 %, la capacité de travail résiduelle étant de 0 %.

35. Par décisions du 2 septembre 2003, l'OCAI a octroyé au recourant une demi-rente d'invalidité dès le 1er mars 1996 fondée sur un revenu annuel moyen déterminant de 18 années et 4 mois s'élevant à 9'552 fr. (durée d'années de cotisations manquantes : 14 années et 6 mois), ainsi qu'une demi-rente complémentaire pour conjoint et deux demi-rentes pour enfant. Dès le 1er mars 1998, les rentes étaient calculées sur une revenu annuel moyen déterminant de 23'484 fr. basé sur 21 années et 4 mois de cotisations (durée de cotisation manquante : 11 années et 6 mois) et réduites par suite de surassurances.

36. Le 21 octobre 2003, l'OCAI a produit une note interne du docteur H_____ du 21 octobre 2003, lequel avait expliqué que le rapport d'expertise du COMAI avait déjà fait état de lombalgies, mais que le professeur R_____, rhumatologue, n'en avait pas tenu compte en l'absence de limitations fonctionnelles notables. Cela étant, le docteur H_____ avait précisé que l'évolution n'avait pas été favorable vu le rapport du docteur Q_____ établi en août 2002. Cette aggravation était néanmoins intervenue postérieurement à la décision litigieuse du 2 avril 2002 et consistait un fait nouveau dont il ne devait pas être tenu compte dans la procédure. L'OCAI a persisté intégralement dans ses conclusions.

37. Appelé à se déterminer, le recourant a maintenu sa position le 31 octobre 2001 en critiquant à nouveau le conclusions du COMAI et en relevant que le docteur H_____ ne l'avait jamais ausculté.

38. Pour le surplus, les faits et allégués pertinents des parties seront repris, en tant que besoin, dans la partie « en droit » ci-après.

EN DROIT

1. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (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 sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI) et de son règlement du 17 janvier 1961(RAI) en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002. Les dispositions légales seront dès lors citées dans leur ancienne teneur.

2. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales. Conformément à l'art. 3 al. 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. art. 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 à cet égard recevable conformément aux articles 69 aLAI et 84 de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants du 20 décembre 1946 (aLAVS) alors applicables.

4. Le litige porte essentiellement sur le point de savoir quelle diminution de sa capacité de gain le recourant subit en raison d'une atteinte à sa santé physique et psychique et quel est le taux d'invalidité qui en découle.

4a. L’art. 4 al.1 aLAI 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. Pour qu’une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu’un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain) (ATF 127 V 299). 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 158 consid. 1).

Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 aLAI, on doit mentionner – à part les maladies mentales proprement dites - les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif - donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité - les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165; VSI 2000 p. 153 consid. 2a et les références ; ATFA non publié I 68/01 du 27 mars 2001). Les causes de l'atteinte à la santé psychique ne jouent pas de rôle quand il s'agit de décider si celle-ci revêt ou non un caractère invalidant (PRA 1997 n° 49 p. 256 consid. 4b in fine). Ce qui est décisif, c'est de savoir si une atteinte à la santé psychique, indépendamment de son origine, entraîne une incapacité de travail et de gain (ATFA non publié I 68/01 du 27 mars 2001).

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 ; VSI 2000, p.154). En outre, lorsque des expertises ordonnées au stade de la procédure administrative sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353).

4b. En l'espèce, le recourant conteste les conclusions du rapport COMAI établi le 18 octobre 2000 et estime qu'il est invalide à 100 % suite à l'attaque cardiaque qu'il a subi le 24 mars 1995 et aux nombreuses affections qu'il présente depuis lors. Quant à l'Office intimé, il se réfère précisément au rapport COMAI et retient une incapacité de travail de 50 % selon les conclusions des experts.

Force est de reconnaître que cette manière de faire est exacte dans la mesure où le rapport COMAI répond en tous points aux exigences de la jurisprudence en la matière. En effet, les différents médecins appelés à se déterminer sur le cas de l'assuré ont effectué des observations approfondies et des investigations complètes, chacun dans leur domaine. Ils ont également pris en compte les plaintes exprimées par le patient et les ont confrontées aux affections présentées par celui-ci. Leur anamnèse est particulièrement développée et comprend plusieurs chapitres tels que l'anamnèse familiale, personnelle, systématique ou encore professionnelle et assécurologique. Les diagnostics pertinents ont été correctement posés par les divers spécialistes (docteur R_____, rhumatologue, docteur S_____, psychiatre, et l'expert en cardiologie) et discutés en séance de décision multidisciplinaire sous l'égide du professeur T_____ et en présence d'autres praticiens. En ce qui concerne la diminution de la capacité de travail, elle a été dûment constaté et expliquée de manière plausible si bien que l'Office intimé n'avait effectivement pas à s'en écarter.

Le recourant explique encore que tous les médecins consultés lui auraient reconnu une invalidité de 100 %. Outre le fait que les constatations du médecin de famille quant à l'appréciation de l'incapacité de travail de l'assuré ont une valeur probante inférieure à celle des spécialistes (RCC 1988, p. 504), on relèvera que ces allégations sont erronées, puisque la plupart des médecins ne se sont pas déterminés sur sa capacité de travail, ou alors ont souligné que la capacité de travail demeurait intacte dans son ancienne profession de courtier. Ainsi, le docteur D_____ a expliqué que l'assuré était en mesure de travailler vu son activité de courtier (rapport du 10 mars 1987, pièce 1, fourre 3 OCAI) et le professeur E_____ et le docteur F_____ ont également relevé qu'il

pouvait accomplir son travail de courtier de façon pleine et entière (rapport d'expertise du 2 décembre 1994, pièce 6, fourre 3 OCAI). Ensuite, le docteur G_____, qui s'était également occupé de l'assuré après son infarctus, a expliqué que l'incapacité de travail était de 100 % dans son activité de maçon, mais il ne s'est pas déterminé en fonction de sa dernière activité de courtier, l'assuré lui ayant dissimulé ce fait (rapport du 16 janvier 1996, pièce 12, fourre 3 OCAI). Quant au docteur I_____, il n'a fait que confirmer que l'assuré était sous traitement permanent, mais ne s'est pas expressément prononcé sur la capacité résiduelle de travail (pièce 9, fourre 1 OCAI).

Au vu des ses éléments, il sied de constater que c'est à juste titre que l'OCAI a retenu une capacité résiduelle de travail de 50 % dès le mois de mars 1995 en se fondant sur le rapport très complet établi par le COMAI.

4c. En ce qui concerne le taux d'invalidité retenu par l'Office intimé, on relèvera encore que c'est à juste titre que ce dernier a retenu un taux d'invalidité de 50 %, eu égard au fait que cela correspond à la capacité résiduelle de travail du recourant dans sa précédente profession. Un calcul n'est dès lors pas nécessaire, d'autant plus qu'au vu du manque de collaboration évident de l'assuré au cours de la procédure quant à son parcours professionnel, il n'était pas possible de l'effectuer dans la mesure où la plupart des données sont manquantes. Il sied de souligner par ailleurs que l'attitude du recourant en procédure frôle l'abus de droit lorsqu'il explique n'avoir jamais été courtier, alors que cette information provient de ce qu'il a lui-même affirmé à plusieurs reprises aux collaborateurs de l'OCAI (Rapport du 14 janvier 1986, pièce 2, rapport du 6 mai 1987, pièce 3, rapport du 7 février 1994, pièce 7, fourre 5 OCAI). Il est en outre délibérément demeuré laconique sur son passé professionnel lorsqu'il a été interrogé par les employés de l'OCAI.

4d. Il reste à déterminer la portée du rapport médical fourni par le docteur Q_____ le 22 août 2002, lequel retient une capacité résiduelle de travail de 0 % suite à la nouvelle affection diagnostiquée, soit la maladie de Bechterew. L'OCAI considère que ces faits nouveaux sont intervenus postérieurement à la décision du 2 avril 2002, raison pour laquelle il se justifie de ne pas les prendre en considération.

Il y a lieu de souligner qu'effectivement, selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances, le juge apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle général, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 127 V 467 consid. 1, 121 V 366 consid. 1b., 116 V 248 consid. 1a). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 117 V 293 consid. 4, ATFA non publié du 25 août 2003 en la

cause I 392/03). Ainsi, si les éléments médicaux fournis par le docteur Q_____ tendent à admettre aggravation de l'état de santé du recourant, il n'en demeure pas moins que ces faits, postérieurs à la décision attaquée, doivent faire l'objet d'une nouvelle décision.

A ce propos, on constatera que la décision du 2 avril 2002 est exacte en ce qui concerne le taux d'invalidité retenu par l'OCAI, mais erronée quant au montant de la rente d'invalidité. Les calculs ont été réexaminés et corrigés dans les décisions postérieures du 2 septembre 2003, lesquelles sont intervenues après l'échange d'écritures des parties, et ne peuvent donc être considérées que comme des propositions de décisions de l'OCAI, vu l'effet dévolutif du recours. Ainsi, l'OCAI devra non seulement rendre une nouvelle décision et statuer sur les faits postérieurs à août 2002 en tenant compte du rapport du docteur Q_____, mais également rendre une nouvelle décision comportant les nouveaux calculs pour la période antérieure à août 2002.

Pour tous ces motifs, le recours est partiellement admis et la cause renvoyée à l'OCAI pour nouvelles décisions dans le sens des considérants.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

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

la forme :

1. Déclare le recours recevable ;

Au fond :

2. L'admet partiellement ;
3. Confirme la décision de l'OCAI du 2 avril 2002 en tant qu'elle fixe le taux d'invalidité du recourant ;
4. Renvoie la cause à l'OCAI pour nouvelles décisions dans le sens des considérants;
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).

Le greffier :	La Présidente :
Walid BEN AMER	Juliana BALDE

La secrétaire-juriste : Flore PRIMAULT

Le présent arrêt est communiqué pour notification aux parties par le greffe