RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3326/2020 **ATAS/844/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 22 septembre 2022

5ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Razi ABDERRAHIM — recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE — intimé

Siégeant : Philippe KNUPFER, Président; Monique STOLLER FÜLLEMANN et Pierre-Bernard PETITAT, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1995, a souffert, dès son jeune âge, de la maladie de Von Willebrand, soit une coagulopathie congénitale et d'un trouble important d'apprentissage de la lecture et de l'orthographe, qualifié de dyslexie et dysorthographie.

b. Par décision du 19 avril 2002, l'office de l'assurance invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a admis l'octroi des prestations invalidité correspondant à ces troubles. La décision est entrée en force.

c. En 2016, l'assuré a bénéficié d'une formation de coiffeur, interrompue avant l'obtention du certificat fédéral de capacité, en raison d'une incapacité de travail, depuis le mois d'octobre 2018, pour des troubles psychiatriques.

d. Dans l'intervalle, le 9 mai 2016, à la demande du médecin-conseil de l'assurance B_____, le docteur C_____, psychiatre et psychothérapeute, a rendu un rapport médical concernant l'assuré, posant les diagnostics de trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2) ; de troubles de l'attention avec hyperactivité (TDAH) (F90.0) et de dépendance au cannabis (F12.24).

e. Devenu majeur, l'assuré a présenté une demande de prestations invalidité auprès de l'OAI en date du 25 juin 2019. Il exposait souffrir, depuis l'année 2013 environ, de problèmes d'angoisse, de polytoxicomanie, d'hyperactivité, d'état dépressif avec envie de se donner la mort et mentionnait un tentamen. Il indiquait être suivi par le docteur D_____, généraliste, et par le docteur E_____, spécialiste médecine interne, pour hyperactivité, angoisse, dépression et polytoxicomanie.

f. À la demande de l'OAI, le Dr C_____ a adressé un rapport médical du 16 août 2019, dans lequel il indiquait comme date de début de la longue maladie l'année 2018 et considérait que la capacité de travail exigible, dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée était de 0%. Le médecin traitant exposait avoir rencontré quatre fois l'assuré depuis le début de l'année 2019 et posait le diagnostic de toxicomanie multiple active, d'éthylisme, de TDAH avec impulsivité, tout en remarquant une persistance des intoxications de manière quotidienne et considérant que l'assuré souffrait de dépendances multiples à la cocaïne, à l'héroïne et à l'alcool. Il notait une péjoration nette depuis le mois d'octobre 2018 et considérait que le pronostic sur la capacité de travail du patient était mauvais. La limitation fonctionnelle était une incapacité de se concentrer, même sur une tâche simple. Il considérait que le potentiel de réadaptation de l'assuré était très mauvais actuellement, en raison de l'échec du sevrage, de la consommation de stupéfiants et d'alcool, ainsi que d'un séjour en détention

g. Interpellé par l'OAI, le Dr E_____ a confirmé, par courrier du 30 juillet 2019, que l'assuré souffrait d'un syndrome d'hyperactivité, avec troubles de l'attention,

à prédominance impulsive (F90.0) ; d'un trouble dépressif récurrent, d'intensité moyenne (F33.1) ; d'un syndrome de dépendance à l'alcool (F10.2) ; d'un syndrome de dépendance au cannabis (F12.2) ; d'un syndrome de dépendance aux benzodiazépines (F13.2) et d'un syndrome de dépendance à la cocaïne (F14.2). Le médecin traitant ajoutait que l'assuré présentait peu de ressources ; il était aidé par sa mère et assisté par l'hospice général et avait interrompu son suivi psychothérapeutique. D'un point de vue strictement psychiatrique, les atteintes à la santé qui avaient un impact sur sa capacité de travail étaient : le syndrome d'hyperactivité avec troubles de l'attention à prédominance impulsive et le trouble dépressif récurrent, d'intensité moyenne. L'évolution de l'état de santé était considérée comme globalement stationnaire, depuis la fin du mois de mai 2019. Un rapport de séjour à la clinique F_____, établissement spécialisé en traitement des addictions et des troubles alimentaires, daté du 25 juillet 2019, était joint au courrier du Dr E_____.

h. En réponse à la demande de l'OAI, le docteur G_____, psychiatre et psychothérapeute à l'institut clinique de neurosciences, a adressé à l'office un courrier du 27 février 2020, par lequel il confirmait un syndrome de déficit de l'attention avec hyperactivité (F90.0) ; une personnalité émotionnellement labile de type impulsif (F60.3) ; des troubles mentaux et du comportement respectivement liés à la consommation d'alcool (F10.24), à la consommation de cannabis (F12.24) et à la consommation de cocaïne (F14.20). Le médecin traitant considérait que l'observance thérapeutique du patient à l'heure actuelle était satisfaisante, mais si le patient n'était pas bien encadré, cette observance pouvait rester très fragile. Il indiquait que les difficultés cognitives de l'assuré étaient liées à son TDAH, la consommation de drogue n'ayant pas créé de troubles mentaux importants et durables. En revanche, la consommation de cannabis péjorait sa mémoire de travail, dont dépendait l'efficacité de son rendement professionnel. Le psychiatre remarquait encore que, même si la consommation des toxiques représentait un problème au premier plan actuellement, le problème psychiatrique principal était sa comorbidité psychiatrique, soit le syndrome de déficit de l'attention avec hyperactivité et la personnalité émotionnellement labile de type impulsif.

i. Par avis médical daté du 11 mai 2020, le docteur H_____ du service médical régional (ci-après : le SMR) de l'OAI, a récapitulé les rapports médicaux déposés à l'appui de la demande de prestations invalidité et a considéré que, dès lors que les médecins traitants ne se positionnaient pas précisément sur la question de la capacité de travail, dans l'économie de marché, le SMR n'était pas en mesure de se prononcer et considérait qu'une expertise psychiatrique était incontournable, avec examen neuropsychologique, test de Q.I. et tests de validation des symptômes. Il était encore mentionné qu'il appartenait à l'expert d'effectuer une évaluation des atteintes psychiatriques et notamment de la polytoxicomanie, fondée sur les indicateurs standards et orientée sur les ressources, afin de se

prononcer sur l'influence de celles-ci sur la capacité de travail de l'assuré dans l'économie libre et sur sa capacité à se former. L'expert devait aussi se prononcer sur l'exigibilité du traitement, en spécifiant les options thérapeutiques, la durée du traitement jusqu'à l'obtention de résultats positifs et le degré de succès prévisible (taux d'activité envisageable dans une activité lucrative).

j. Dans le cadre d'une procédure pendante devant une autre juridiction, une expertise médicale judiciaire a été effectuée par le docteur I_____, psychiatre et psychothérapeute au centre universitaire romand de médecine légale (ci-après : CURML). Le Dr I_____ a rendu un rapport d'expertise du 25 mai 2020, dans lequel il a notamment remarqué que, compte tenu du trouble de l'attention dont souffrait l'expertisé et de sa dépendance chronique au cannabis, il était délicat de faire la part des choses en ce qui concernait la symptomatologie anxieuse décrite par l'expertisé, évocatrice d'un trouble anxieux généralisé, d'une phobie sociale, ou même d'un trouble de la personnalité anxieuse. En effet, les symptômes anxieux pouvaient être directement liés à la prise de cannabis, le seul moyen d'affiner le diagnostic étant que l'expertisé soit réévalué dans un contexte de sevrage de cannabis, dans le but de vérifier comment évoluait la symptomatologie anxieuse, après quelques jours ou semaines, après un arrêt de la consommation de cannabis (rapport du Dr I_____, p. 13).

k. Conformément aux recommandations du SMR, l'OAI a confié, le 27 mai 2020, un mandat d'expertise au docteur J_____, psychiatre et psychothérapeute.

l. L'expert a rendu son rapport d'expertise en date du 20 juillet 2020. Selon le Dr J_____, il n'existait chez l'assuré aucun diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail. L'expert posait les diagnostics, sans répercussion sur la capacité de travail, de trouble dépressif récurrent léger depuis janvier 2016 (F33.0) ; de trouble mixte de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif et anxieuse, actuellement non décompensé (F61) ; de dépendance primaire à plusieurs substances (benzodiazépines en utilisation continue, alcool, cocaïne, amphétamines et cannabis), depuis le début de l'adolescence et de l'âge adulte, selon les différentes substances (F19.2) et enfin, de trouble de l'attention avéré avec hyperactivité (F90) depuis l'enfance, notant toutefois que ce trouble n'avait pas empêché l'assuré de gérer son quotidien adéquatement. L'expert concluait qu'actuellement les ressources de l'assuré étaient bonnes, car il arrivait à gérer son quotidien, sans difficulté psychiatrique, selon la journée-type qui était décrite. L'évolution des troubles était globalement stationnaire, depuis janvier 2016 jusqu'à présent, sans traitement antidépresseur efficace et sans sevrage réussi alors que le trouble de la personnalité n'était pas décompensé. Il ajoutait que le traitement proposé à l'heure actuelle était peu adéquat et suggérait un suivi psychiatrique hebdomadaire, abordant l'exigibilité d'un sevrage, un traitement antidépresseur permettant d'accélérer le processus de guérison et un traitement pour le TDAH, qui pourrait aussi améliorer la situation, après l'obtention d'un sevrage. L'expert considérait que l'assuré pouvait assumer son activité exercée en

dernier lieu à 100 %, sans baisse de rendement, car les limitations fonctionnelles n'étaient pas significatives. L'expertisé pouvait également exercer, à 100 %, sans baisse de rendement, une activité adaptée, depuis janvier 2016 jusqu'à présent. L'activité adaptée était décrite comme devant avoir une hiérarchie simple, sans relations sociales complexes, dans une activité légère intellectuellement. Les troubles psychiatriques n'étaient pas de nature à modifier la performance de l'assuré et l'expert terminait en remarquant que la capacité de travail pouvait descendre à zéro, en cas d'évolution négative vers un épisode dépressif sévère, probable en cas d'absence de soutien pour une réadaptation professionnelle. Une telle réadaptation, ainsi qu'une aide à la réinsertion professionnelle, après la réalisation d'un bilan de compétences et la mise en place d'un suivi psychiatrique hebdomadaire, avec sevrage, pour diminuer le déconditionnement, était recommandée par l'expert J_____.

m. Le SMR a rendu un rapport final en date du 30 juillet 2020. Le docteur K_____ s'est fondé sur le résultat de l'expertise du Dr J_____ et a conclu à une capacité de travail de 100 % dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée. Aucune recommandation n'a été faite en matière de réadaptation ou de réinsertion professionnelle.

B. **a.** Par projet de décision du 3 août 2020, l'OAI a informé l'assuré que sa demande de prestations invalidité était rejetée, en se fondant sur les éléments médicaux et professionnels recueillis et sur le préavis du SMR.

b. Par courrier du 31 août 2020, l'assuré a demandé une reconsidération de la décision, relevant notamment que sa vie était une souffrance permanente, qu'il devait lutter chaque jour pour faire la moindre tâche simple, qu'il se sentait incapable de travailler, bien que motivé par la perspective d'un travail et qu'il avait de grosses difficultés de concentration.

c. Par décision du 7 septembre 2020, l'OAI a confirmé son projet du 3 août 2020 et a rejeté la demande de prestations invalidité de l'assuré, notamment au motif que les éléments fournis par l'assuré, dans le cadre de son audition après réception du projet de décision, ne permettaient pas de modifier la précédente appréciation.

C. **a.** Par acte posté le 19 octobre 2020, le mandataire de l'assuré a interjeté recours contre la décision de l'OAI du 7 septembre 2020. Il a conclu, préalablement, à ce que la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans) ordonne une expertise médicale judiciaire, afin de constater l'état du recourant sur le plan psychiatrique, ainsi que sa dépendance aux substances toxiques et les effets sur la santé du patient et sur sa capacité de travail. Principalement, le mandataire a conclu à l'annulation de la décision querellée et à ce qu'il soit dit que le recourant devait être mis au bénéfice d'une rente invalidité, le tout sous suite de frais et dépens.

b. Par réponse du 17 novembre 2020, l'OAI a considéré qu'après instruction du dossier et en se fondant notamment sur l'appréciation de l'expert J_____, il ne ressortait aucun grief permettant de remettre en cause les conclusions de l'expertise et du rapport final du SMR. S'agissant d'une expertise judiciaire psychiatrique, l'OAI l'a considérée inutile dès lors que l'instruction du dossier permettait de statuer en pleine connaissance de cause sur l'état de santé et la capacité de travail du recourant.

c. Par réplique du 15 février 2021, le mandataire du recourant a considéré que les documents médicaux versés par l'intimé à la procédure et notamment l'expertise du 20 juillet 2020, contenaient des contradictions et que l'on ne comprenait pas comment l'expert avait pu conclure à une capacité de travail de 100 % tout en diagnostiquant un trouble mixte de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif et anxieux, un trouble dépressif récurrent avec dépendance à plusieurs substances ainsi qu'un trouble de la personnalité mixant l'hyperactivité avec des troubles de l'attention, depuis janvier 2016. Le recourant persistait dans ses conclusions et joignait, en annexe, une attestation médicale du Dr C_____ datant du 12 janvier 2021, ainsi que le résultat de prélèvements effectués du mois de janvier 2020 au mois de novembre 2020, par la fondation L_____, pour le dépistage de la consommation de stupéfiants.

d. Par duplique du 2 mars 2021, l'OAI a transmis un rapport de son SMR qui avait examiné la réplique du recourant ainsi que les nouveaux documents qui avaient été communiqués. Il concluait que les dosages auxquels se référait la fondation L_____ n'apportaient aucun élément médical nouveau, la consommation de cannabis étant déjà connue. Le rapport du Dr C_____ n'amenait pas non plus de nouvel élément médical objectif, tous les diagnostics psychiatriques cités par le médecin traitant étant connus du SMR et ayant déjà été pris en compte par le Dr J_____ dans son expertise.

e. Par courrier du 16 mars 2021, le Dr G_____ a informé l'OAI que le recourant évoluait de manière fluctuante, avec le traitement instauré, comprenant notamment des humeurs normales, puis des creux dépressifs très marqués. Son TDAH n'avait pas encore pu être traité sur le plan pharmacologique, en raison de la consommation de cannabis et de l'apparition d'effets secondaires accrus par la plupart des médicaments qui avait été essayés. Néanmoins, le médecin traitant considérait que le recourant pouvait intégrer une activité occupationnelle, avant d'entamer un projet de réinsertion professionnelle, en attendant la diminution qu'il devrait avoir de sa consommation de cannabis, jusqu'à atteindre un état d'abstinence. Le traitement actuel était du Cipralex 20 mg par jour, du Seroquel 75 mg par jour et de l'Anxiolit à raison de deux comprimés de 15 mg par jour. Dans un second courrier du 1er avril 2021, le Dr G_____ a encore souligné qu'actuellement le recourant vivait une recrudescence de sa pathologie psychiatrique, avec des creux dépressifs marqués qui l'avaient amené à développer des états mélancoliformes, avec des tendances suicidaires qui

mettaient en échec le moindre projet socioprofessionnel ou thérapeutique. Selon le médecin traitant, un projet professionnel était trop prématuré ; il soutenait le patient pour une demande de rente AI, à plein temps, qui lui permettrait d'atteindre la stabilité psychosociale nécessaire, afin de pouvoir envisager des objectifs plus ambitieux, à moyen ou à long terme.

f. Par courrier du 29 avril 2021, le mandataire de l'assuré a persisté dans ses conclusions et s'est notamment fondé sur les deux courriers du Dr G_____, pour rappeler la dépendance objective du recourant aux substances psychotropes, ainsi que son état mélancoliforme et ses tendances suicidaires.

g. Par courrier du 25 novembre 2021, la chambre de céans a informé les parties qu'elle considérait qu'une expertise psychiatrique judiciaire devait être ordonnée et qu'il était envisagé de la confier au docteur M_____, psychiatre et psychothérapeute. Les parties ont déclaré qu'elles n'avaient aucun motif de récusation à faire valoir à l'encontre de l'expert proposé, l'OAI ajoutant qu'il ne voyait pas la nécessité d'une expertise judiciaire.

h. Le projet de mission d'expertise a été soumis aux parties. Dans le délai octroyé, seul l'intimé a proposé une adjonction dans la mission d'expertise ; ladite adjonction a été effectuée.

i. La chambre de céans a rendu une ordonnance d'expertise en date du 3 mars 2022, mandatant le Dr M_____ afin qu'il établisse une expertise psychiatrique du recourant.

j. L'expert M_____ a rendu son rapport d'expertise en date du 22 juin 2022. Après avoir résumé le dossier en citant et en résumant l'ensemble des rapports médicaux, l'expert a réalisé une anamnèse complète de l'assuré avant de faire état des plaintes spontanées et des plaintes sur demande de ce dernier qu'il a exposées en détail. L'expert a constaté que l'assuré présentait plusieurs atteintes psychiatriques, qui remontaient toutes au début de l'âge adulte, au plus tard, soit : un problème structurel de personnalité, une pathologie anxieuse, une fragilité de l'humeur, une dépendance à plusieurs substances et un problème d'ordre cognitif. Il a posé les diagnostics de : troubles de la personnalité émotionnellement labile, type impulsif (F60.30) atteinte moyenne à grave ; dépendance à l'alcool, au cannabis et au sédatif (F19.2) atteinte grave ; utilisation de cocaïne nocive pour la santé (F14.1) atteinte moyenne à grave ; plusieurs phobies, notamment une agoraphobie (F40.0), une phobie sociale (F40.1), une phobie du sang et des blessures (F40.2), atteinte grave considérée globalement, du fait des conséquences notamment sociales du comportement d'évitement et enfin une dysthymie (F34.1) atteinte légère à moyenne du fait de sa chronicité. Au vu de ces diagnostics, l'expert a considéré que, globalement, l'atteinte psychiatrique était sévère. Il a déduit de ce qui précède les limitations fonctionnelles suivantes : des difficultés à s'affirmer de manière adéquate, à gérer les émotions et les relations ; une instabilité émotionnelle et relationnelle ; un manque de souplesse adaptative ; une

fragilité de l'humeur (trouble de la personnalité émotionnellement labile, type impulsif) ; une lenteur, maladresse, difficultés d'apprentissage ; une inadaptation au monde réel et à ses exigences (dépendance à l'alcool, au cannabis et au sédatif, utilisation de cocaïne) ; des difficultés de déplacement, des contacts sociaux, surtout en situation où l'on est observé ou jugé (phobies multiples, notamment agoraphobie et phobie sociale). Selon l'expert, le cumul et le renforcement réciproque entre ces différentes limitations entraînaient une limitation fonctionnelle globale majeure, au niveau social, relationnel et professionnel. Ses conclusions étaient que l'assuré était incapable d'exercer la moindre activité, étant précisé qu'il n'avait jamais eu d'activité lucrative habituelle. Sa capacité de travail était nulle depuis mai 2016, cette date étant établie en se fondant sur le rapport du Dr C_____. L'expert ajoutait que, non seulement les limitations fonctionnelles empêchaient l'exercice de toute activité professionnelle, mais elles empêchaient également toute formation.

k. Appelées à se déterminer sur le rapport d'expertise, les parties l'ont jugé convaincant. L'intimée a considéré qu'en suivant les conclusions de l'expert sur la capacité de travail, il se justifiait d'octroyer au recourant une rente entière d'invalidité fondée sur un degré d'invalidité de 100 %, dès le 1er janvier 2020 (demande tardive).

l. Sur ce, les parties ont été informées que la cause était gardée à juger.

m. Les autres faits seront exposés, en tant que de besoin, dans la partie « en droit » du présent arrêt.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

3. Le 1er janvier 2021, est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours était, au 1er janvier 2021, pendant devant la chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 82*a* LPGA).

4. Dès le 1er janvier 2022, sont entrées en vigueur les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705).

En cas de changement de règles de droit, la législation applicable reste, en principe, celle en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge se fonde, en règle générale, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 et les références).

En l'occurrence, la décision querellée a été rendue antérieurement au 1er janvier 2022, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur ancienne teneur.

5. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

6. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de l'OAI du 16 septembre 2020, refusant d'accorder des prestations invalidité au recourant.

7. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008).

En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% 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 4% au moins.

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

8.

8.1 Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. 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 (ATF 127 V 294 consid. 4c ; ATF 102 V 165

consid. 3.1 ; VSI 2001 p. 223 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 ; ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

8.2 Dans l'ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a revu et modifié en profondeur le schéma d'évaluation de la capacité de travail, respectivement de l'incapacité de travail, en cas de syndrome douloureux somatoforme et d'affections psychosomatiques comparables. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'un catalogue d'indicateurs (ATF 141 V 281 consid. 4). Le Tribunal fédéral a ensuite étendu ce nouveau schéma d'évaluation aux autres affections psychiques (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). Aussi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2019 du 17 mars 2020 consid. 3 et les références).

Le Tribunal fédéral a en revanche maintenu, voire renforcé la portée des motifs d'exclusion définis dans l'ATF 131 V 49, aux termes desquels il y a lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble au sens de la classification sont réalisées. Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance 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 des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 et 2.2.2 ; ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2).

9. Selon la jurisprudence, en cas de troubles psychiques, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée, en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs

incapacitants et, d'autre part, des potentiels de compensation (ressources) (ATF 41 V 281 consid. 3.6 et 4). L'accent doit ainsi être mis sur les ressources qui peuvent compenser le poids de la douleur et favoriser la capacité d'exécuter une tâche ou une action (arrêt du Tribunal fédéral 9C_111/2016 du 19 juillet 2016 consid. 7 et la référence).

Il y a lieu de se fonder sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4).

- Catégorie « Degré de gravité fonctionnel » (ATF 141 V 281 consid. 4.3),

  A. Complexe « Atteinte à la santé » (consid. 4.3.1)

     Expression des éléments pertinents pour le diagnostic (consid. 4.3.1.1), succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à cet égard (consid. 4.3.1.2), comorbidités (consid. 4.3.1.3).

  B. Complexe « Personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles; consid. 4.3.2)

  C. Complexe « Contexte social » (consid. 4.3.3)

- Catégorie « Cohérence » (aspects du comportement; consid. 4.4)

  Limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1), poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2).

Les indicateurs appartenant à la catégorie « degré de gravité fonctionnel » forment le socle de base pour l'évaluation des troubles psychiques (ATF 141 V 281 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.2).

10.

10.1 Selon la jurisprudence applicable jusqu'ici, un syndrome de dépendance primaire à des substances psychotropes (dont l'alcool) ne pouvait conduire à une invalidité au sens de la loi que s'il engendrait une maladie ou occasionnait un accident ou s'il résultait lui-même d'une atteinte à la santé physique ou psychique ayant valeur de maladie. Cette jurisprudence reposait sur la prémisse que la personne souffrant de dépendance avait provoqué elle-même fautivement cet état et qu'elle aurait pu, en faisant preuve de diligence, se rendre compte suffisamment tôt des conséquences néfastes de son addiction et effectuer un sevrage ou à tout le moins entreprendre une thérapie (cf. notamment ATF 124 V 265 consid. 3c).

Dans un arrêt du 11 juillet 2019 (ATF 145 V 215), le Tribunal fédéral est parvenu à la conclusion que sa pratique en matière de syndrome de dépendance ne peut plus être maintenue. D'un point de vue médical, les syndromes de dépendance et les troubles liés à la consommation de substances diagnostiqués lege artis par un spécialiste doivent également être considérés comme des atteintes (psychiques) à la santé significatives au sens du droit de l'assurance invalidité (consid. 5.3.3 et 6).

10.2 Le caractère primaire ou secondaire d'un trouble de la dépendance n'est plus décisif pour en nier d'emblée toute pertinence sous l'angle du droit de l'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.1.1). Par conséquent, il s'agit, comme pour tous les autres troubles psychiques, de déterminer selon une grille d'évaluation normative et structurée (à cet égard, ATF 141 V 281) si, et le cas échéant, dans quelle mesure un syndrome de dépendance diagnostiqué par un spécialiste influence dans le cas concret la capacité de travail de l'assuré. La gravité de la dépendance dans un cas particulier peut et doit être prise en compte dans la procédure de preuve structurée (ATF 145 V 215 consid. 6.3). Ceci est d'autant plus important que dans le cas des troubles de la dépendance – comme dans celui d'autres troubles psychiques – il y a souvent un mélange de troubles ayant valeur de maladie ainsi que de facteurs psychosociaux et socio-culturels. L'obligation de diminuer le dommage (art. 7 LAI) s'applique également en cas de syndrome de dépendance, de sorte que l'assuré peut être tenu de participer activement à un traitement médical raisonnablement exigible (art. 7 al. 2 let. d LAI). S'il ne respecte pas son obligation de diminuer le dommage, mais qu'il maintient délibérément son état pathologique, l'art. 7*b* al. 1 LAI en liaison avec l'art. 21 al. 4 LPGA permet le refus ou la réduction des prestations (consid 5.3.1).

11.

11.1 Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3). Il faut en outre que le médecin dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

11.2 Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

11.3 Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

11.4 Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

11.5 Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des

recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI - RS 831.201] ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

11.6 En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

11.7 On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

12. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme

les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

13.

13.1 En l'espèce, les appréciations des médecins traitants de l'assuré concernant sa capacité de travail s'opposent aux appréciations de l'expert J_____, mandaté par l'intimé.

Néanmoins, après que l'expert M_____ désigné par la chambre de céans a rendu son rapport d'expertise du 22 juin 2022, les parties ont reconnu que ledit rapport était convaincant et l'intimé a considéré que l'octroi d'une rente entière d'invalidité fondée sur un degré d'invalidité de 100%, dès le 1er janvier 2020, se justifiait.

Cette détermination correspond aux conclusions prises par l'assuré dans son recours, étant précisé que le recourant se fondait sur les appréciations de ses médecins traitants qui concluaient à son incapacité de travail à 100 %, y compris dans une activité adaptée.

S'agissant de la valeur probante du rapport d'expertise du 22 juin 2022, la chambre de céans est d'avis que le rapport de l'expert M_____ correspond en tous points aux exigences en la matière. Il a été établi en parfaite connaissance du dossier médical, dont la lecture a été complétée par un entretien téléphonique avec le Dr G_____, psychiatre traitant de l'assuré, ainsi qu'avec la Dresse N_____, spécialiste médecine interne et avec la psychologue O_____. Le rapport contient, en outre, une anamnèse personnelle, familiale et professionnelle complète et l'expert a rapporté ses observations cliniques de manière détaillée à la suite d'un entretien approfondi qui s'est déroulé en deux fois, pour une durée totale de deux heures. Les diagnostics retenus sont soigneusement motivés et le Dr M_____ a bien analysé la capacité de gain du recourant à la lumière des indicateurs développés par la jurisprudence. Il a, en outre, exposé de manière convaincante pour quelles raisons il se ralliait aux avis des autres intervenants ou au contraire s'en écartait. Ses conclusions sont, elles aussi, claires et motivées.

Compte tenu de ce qui précède, la chambre de céans fait siennes les conclusions du rapport d'expertise qui présente une valeur probante, soit une capacité de travail nulle dans toute activité, étant précisé que cette conclusion n'est pas contestée par les parties.

13.2 S'agissant du début de l'incapacité de travail totale, elle est fixée par l'expert judiciaire au mois de mai 2016.

Néanmoins, l'assuré n'a déposé sa demande de prestations invalidité qu'au mois de juin 2019.

En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance, au plus tôt, à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. Selon l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

En l'occurrence, conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, ce n'est qu'à l'issue d'un délai de six mois, soit à partir du mois de janvier 2020 que la rente invalidité peut être octroyée au recourant, ce qui correspond à l'ultime détermination de l'OAI.

13.3 Reste à examiner la question des coûts de l'expertise qui peuvent être mis à la charge de l'assureur social (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2).

L'intimé s'est opposé à une telle prise en charge au motif que l'instruction avait conduit à la mise en place d'une expertise psychiatrique auprès du Dr J_____, ladite expertise n'étant pas lacunaire. Selon l'avis de son SMR, les mêmes atteintes et le même examen clinique avaient abouti à une autre interprétation de l'expert M_____ par rapport à son confrère, l'expert J_____.

Selon le recourant, l'intégralité des frais d'expertise judiciaire doit être imputée à l'OAI dès lors que les conclusions prises par le Dr M_____ s'opposent à celles de l'expert désigné par l'OAI.

Conformément à la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, l'art. 45 al. 1 LPGA constitue une base légale suffisante pour mettre les coûts d'une expertise judiciaire à la charge de l'assureur (ATF 143 V 269 consid. 6.2.1 et les références), lorsque les résultats de l'instruction mise en œuvre dans la procédure administrative n'ont pas une valeur probatoire suffisante pour trancher des points juridiquement essentiels et qu'en soi un renvoi est envisageable en vue d'administrer les preuves considérées comme indispensables, mais qu'un tel renvoi apparaît peu opportun au regard du principe de l'égalité des armes (ATF 139 V 225 consid. 4.3).

Cette règle ne saurait entraîner la mise systématique des frais d'une expertise judiciaire à la charge de l'autorité administrative. Encore faut-il que l'autorité administrative ait procédé à une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées et que l'expertise judiciaire serve à pallier les manquements commis dans la phase d'instruction administrative. En d'autres mots, il doit exister un lien entre les défauts de l'instruction administrative et la nécessité de mettre en œuvre une expertise judiciaire (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2). Tel est notamment le cas lorsque l'autorité administrative a laissé subsister, sans la lever par des explications objectivement fondées, une contradiction manifeste entre les différents points de vue médicaux rapportés au dossier, lorsqu'elle aura laissé

ouverte une ou plusieurs questions nécessaires à l'appréciation de la situation médicale ou lorsqu'elle a pris en considération une expertise qui ne remplissait manifestement pas les exigences jurisprudentielles relatives à la valeur probante de ce genre de documents. En revanche, lorsque l'autorité administrative a respecté le principe inquisitoire et fondé son opinion sur des éléments objectifs convergents ou sur les conclusions d'une expertise qui répondait aux réquisits jurisprudentiels, la mise à sa charge des frais d'une expertise judiciaire ordonnée par l'autorité judiciaire de première instance, pour quelque motif que ce soit (à la suite par exemple de la production de nouveaux rapports médicaux ou d'une expertise privée), ne saurait se justifier (ATF 139 V 496 consid. 4.4 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_580/2019 du 6 avril 2020 consid. 5.1).

En l'espèce, l'OAI a mandaté un expert en la personne du Dr J_____. Le fait que ses conclusions soient différentes de celles de l'expert judiciaire mandaté par la chambre de céans ne permet pas de déduire que l'autorité administrative a diligenté une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées.

Dès lors, les frais de l'expertise judiciaire effectuée par le Dr M_____ seront laissés à la charge de l'État.

14. Le recourant, obtenant gain de cause et étant assisté d'un conseil, a droit à des dépens qui seront fixés à CHF 3'000.- et mis à la charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA).

15. Etant donné que, depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet et annule la décision du 16 septembre 2020.
3. Dit que la capacité de travail du recourant est nulle dans toute activité et que le recourant a droit à une rente d'invalidité entière, dès le 1er janvier 2020.
4. Alloue au recourant, à charge de l'intimé, une indemnité de CHF 3'000.- à titre de participation à ses frais et dépens.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	Le président
Véronique SERAIN	Philippe KNUPFER

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