

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/700/2015

ATAS/910/2016

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 7 novembre 2016

6^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à Châtelaine, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître BRAUNSCHMIDT
SCHEIDEGGER Sarah

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Teresa SOARES et Jean-Pierre WAVRE,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1959, originaire du Congo, divorcé et père de deux enfants, est entré en Suisse en 1981 ; il a une formation de mécanicien (Brevet d'aptitude professionnelle en mécanique obtenu au Congo) et un permis de conduire des élévateurs depuis 2004.
2. L'assuré a exercé une activité de nettoyeur à B_____ (ci-après : B_____), de concierge au cycle C_____ et, en dernier lieu, comme indépendant dans l'import/export ; antérieurement, il a travaillé en missions temporaires (forage – cariste – terrassement – manutention – travaux de chantier – programmation sur machine CNC).
3. Le 25 janvier 2010, l'assuré a été en incapacité de travail totale jusqu'au 14 février 2010, certifiée par le docteur D_____, spécialiste FMH en médecine générale. Dès le 26 mai 2010, l'assuré a été en incapacité de travail totale, certifiée par le docteur E_____, chiropraticien.
4. Le 14 septembre 2010, le docteur F_____ du centre médical de Meyrin, a certifié que l'assuré souffrait d'une affection médicale chronique qui ne lui permettait pas de pratiquer des travaux de force.
5. Le 20 novembre 2010, l'assuré a déposé une demande de détection précoce auprès de l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) en raison d'un syndrome vertébral lombaire bas d'origine mécanique.
6. Le 15 février 2011, l'assuré a été convoqué à un entretien de détection précoce ; il a indiqué avoir cessé son activité d'indépendant (vente de pièces mécaniques) et présentait des lombalgies chroniques.
7. Le 22 février 2011, la doctoresse G_____ du service médical régional (ci-après : le SMR) a estimé qu'il fallait instruire médicalement.
8. Le 25 mars 2011, le Dr D_____ a certifié que l'état de santé de l'assuré nécessitait l'ouverture d'une prise en charge AI pour reconversion professionnelle.
9. Le 5 avril 2011, le Dr E_____ a certifié qu'il traitait l'assuré depuis le 25 mai 2010, que l'examen radiologique de 2010 révélait des pincements discaux L4-L5 et L5-S1, très sévères, avec une ostéophytose articulaire prononcée. Une IRM était envisagée ainsi qu'un avis chirurgical éventuel ; l'assuré avait manqué le traitement à trois reprises durant quatre à six semaines ; cela semblait aller donc beaucoup mieux.
10. Le 12 avril 2011, la Dresse G_____ a estimé que l'assuré devait déposer une demande de prestations.
11. Le 25 avril 2011, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité parvenue à l'OAI le 30 mai 2011. Il présentait un mal de dos chronique depuis 2002.

12. Le 28 juillet 2011, le Dr E_____ a rempli un rapport médical AI en indiquant qu'il suivait l'assuré depuis l'année 2010 pour un syndrome vertébral lombaire bas existant depuis 1999. Son état s'était amélioré avec le traitement, mais il était sujet aux récurrences. Il arrêtait le traitement dès qu'il y avait une amélioration. L'incapacité de travail était totale du 20 février au 9 avril 2007. Une éventuelle chirurgie était à considérer. Il était limité dans le port de charges et certaines positions (se pencher, s'accroupir, s'agenouiller, rotation en position assise / debout, monter).
13. Le 9 septembre 2011, le Dr D_____ a indiqué que l'assuré ne faisait plus partie de ses patients.
14. Le 18 octobre 2011, le Dr E_____ a rempli un rapport médical intermédiaire AI, dans lequel il a mentionné un état de santé stationnaire avec un torticolis aigu du 24 août au 2 septembre 2011 ; il présentait des rechutes à répétition avec limitation de la mobilité articulaire lombaire ; la capacité de travail dans un autre métier était de 50 %.
15. Par communication du 25 octobre 2011, l'OAI a constaté que des mesures de réadaptation n'étaient actuellement pas possibles.
16. Le 18 janvier 2012, le Dr E_____ a indiqué un état de santé stationnaire avec un épisode du 17 novembre au 1^{er} décembre 2011 de douleurs cervicales aiguës.
17. Un entretien d'évaluation à l'OAI du 11 mai 2012 a relevé que l'assuré souhaitait retrouver une activité adaptée ou recevoir une rente.
18. A la suite d'un entretien auprès de la Fondation intégration pour tous (ci-après : IPT) du 30 mai 2012, la conseillère en cause a indiqué à l'OAI que l'assuré souffrait d'un problème d'alcoolisme sévère, de sorte qu'il convenait d'obtenir des informations médicales complètes.
19. Le 27 juillet 2012, la docteure H_____, du SMR, a constaté que le dossier ne contenait aucun rapport d'un médecin, ni documents radiologiques, de sorte qu'une instruction était nécessaire.
20. Un rapport final de l'IPT du 28 août 2012 relève que le dossier a été clos en raison d'un problème de santé non réglé de l'assuré.
21. Le 29 août 2012, le centre de Meyrin a indiqué que l'assuré n'était suivi par aucun médecin du centre.
22. Le 10 septembre 2012, une note de l'OAI a mentionné que l'assuré était suivi par le docteur I_____, FMH médecin interne, en raison d'importants troubles psychiatriques.
23. Le 24 septembre 2012, le Dr I_____ a rempli un rapport médical AI dans lequel il a posé les diagnostics d'alcoolisme chronique, d'état dépressif et de dorso-lombalgies chroniques non déficitaires ; il suivait l'assuré depuis le 19 juin 2012 ; l'incapacité de travail était totale depuis le 1^{er} juillet 2012, en raison de l'incapacité

à se concentrer sur une tâche due à l'état dépressif et l'alcoolisme. Actuellement, le patient gardait des symptômes d'état dépressif avec des troubles du sommeil importants, un manque d'élan vital, se sentant également submergé par les activités de la vie quotidienne. Dans ce contexte, il était suivi régulièrement par une assistante sociale. Sa dépendance face à l'alcool était très marquée, avec une consommation quotidienne de bières et d'alcool forts débutant le matin. L'assuré avait débuté une participation au cercle d'alcooliques anonymes.

24. Le 11 décembre 2012, le service de médecine de premiers recours des HUG a indiqué que l'assuré n'était pas suivi dans le service.
25. Le 20 décembre 2012, le Dr I _____ a indiqué qu'il discutait d'une prise en charge psychiatrique en addictologie avec l'assuré.
26. Le 17 janvier 2013, le Dr I _____ a rempli un rapport médical intermédiaire relevant un état de santé stationnaire depuis octobre 2012 avec une thymie dépressive persistante et des tentatives d'arrêt d'alcool ; le pronostic était sombre ; il persistait une éthyliation chronique et des dorso-lombalgies chroniques non déficitaires ; il présentait un manque d'élan vital, de concentration ; il était submergé par les activités de la vie quotidienne et une consommation quotidienne d'alcool ; l'incapacité de travail était totale en raison de l'état dépressif et de la dépendance à l'alcool.
27. Le 25 mars 2013, la doctoresse J _____, du SMR, a estimé qu'il fallait déterminer si l'alcoolisme était primaire ou secondaire.
28. Le 22 juillet 2013, le docteur K _____, médecin interne auprès de la consultation du Grand-Pré des HUG, a rendu un rapport médical AI posant les diagnostics d'épisode dépressif, sans précision et de dépendance à l'alcool ; la symptomatologie dépressive persistait malgré trois mois d'abstinence ; le traitement avait débuté le 19 janvier 2013 ; l'assuré n'avait pas d'activité professionnelle.
29. Le 29 août 2013, la Dresse J _____ a rendu un avis proposant une expertise rhumatologique, psychiatrique et de médecine interne auprès d'un centre d'observation médical de l'AI.
30. Par communication du 3 septembre 2013, l'OAI a informé l'assuré de la prise en charge d'une expertise pluridisciplinaire.
31. Le 29 décembre 2013, l'OAI a été informé par la plateforme SuisseMED@P que le mandat était confié au CEMed de Nyon et en a informé l'assuré le 9 janvier 2014.
32. Le 19 août 2014, le CEMed a rendu son rapport d'expertise, soit les docteurs L _____, FMH médecine interne, M. M _____, FMH rhumatologie et N _____, FMH psychiatrie-psychothérapie.

L'assuré se plaignait de douleurs du dos avec des blocages du dos et de la nuque, de douleurs aux genoux, aux poignets ou à d'autres articulations ; il avait débuté une consommation d'alcool après son divorce ; son cas s'était aggravé il y avait trois à

quatre ans, avec un état dépressif et des douleurs aggravées ; il buvait pour calmer ses douleurs ; il avait pu atteindre une abstinence avec des périodes de dérapage.

L'assuré ne présentait aucune incapacité de travail du point de vue de la médecine interne ; des troubles ostéoarticulaires dégénératifs du rachis et du genou droit contraindraient les activités lourdes telles que manœuvre sur les chantiers, du point de vue rhumatologique, et une dysthymie, des troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, utilisation continue n'entraînaient pas d'incapacité de travail, du point de vue psychiatrique.

Les experts ont posé le diagnostic de troubles dégénératifs du rachis cervico-dorsolombaire, gonarthrose droite, hypertension artérielle compensée, dysthymie (F34.1) et troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, utilisation continue (F10.25).

En raison des troubles ostéoarticulaires dégénératifs les efforts physiques importants étaient contre-indiqués. Le port de charges de plus de 15 kg ou le port répétitif de charges de plus de 10 kg devait être évité, de même que les activités sollicitant le dos par des mouvements répétitifs en flexion-extension ou rotation du tronc ou les positions prolongées avec le haut du corps en porte-à-faux. L'activité ne devait pas se dérouler constamment en position debout, nécessiter la marche en terrain instable ou la montée-descente fréquente d'escaliers. Les atteintes étaient incompatibles avec une activité de manœuvre sur les chantiers, mais permettraient une activité telle qu'opérateur de machine CNC.

Initialement secondaire, la dépendance semblait avoir pris progressivement le dessus et être en cause dans un cercle vicieux d'entretien mutuel avec l'état de déprime. Les dernières années d'activité l'expertisé avait exécuté divers métiers surtout dans des emplois temporaires, dont plusieurs dans des travaux lourds (forage, cariste, terrassement). Dans ce type d'activité, la capacité de travail était nulle depuis qu'une incapacité de travail avait été médicalement attestée, soit en mai 2010. Dans une activité physique exigeante, la capacité de travail était nulle. L'expertisé était au bénéfice d'une formation de mécanicien, notamment sur machines à commande numérique. Dans une telle activité, la capacité de travail était préservée. Selon l'anamnèse et les documents médicaux à disposition, la situation actuelle était comparable à celle qu'elle était en 2010. Par conséquent, la capacité de travail dans l'activité adaptée était déjà présente à ce moment-là. Les consommations d'alcool étaient incompatibles avec la manipulation de machines et la conduite de véhicules. L'abstinence était exigible.

33. Le 21 novembre 2014, la Dresse J_____ a estimé que les conclusions de l'expertise devaient être suivies et qu'il existait une capacité de travail dans une activité adaptée.
34. Par projet de décision du 1^{er} décembre 2014, l'OAI a rejeté la demande de prestation au motif que l'assuré était capable, depuis mai 2010, de travailler à 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Le taux d'invalidité

était de 10 %, correspondant à l'abattement de 10 % sur le salaire statistique, le revenu avant et après invalidité étant fondé sur le même salaire statistique.

35. Par décision du 28 janvier 2015, l'OAI a rejeté la demande de prestations.
36. Le 27 février 2015, l'assuré a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision précitée en concluant à son annulation au motif que l'OAI avait écarté des expertises médicales qui lui étaient favorables et que les experts de l'OAI avaient confirmé son mal grandissant du dos.
37. Le 24 mars 2015, l'OAI a conclu au rejet du recours.
38. Le 20 avril 2015, la chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle. Le recourant a notamment déclaré : « J'ai des douleurs permanentes au dos, principalement au bas du dos, mais également parfois des irradiations de la nuque à l'épaule. Je prends tous les jours des anti-douleurs et également des anti-inflammatoires. J'essaie de me réorienter ; je suis actuellement des cours en informatique. Je pense qu'un travail de bureau pourrait être envisageable. J'ai travaillé sur machines numériques car j'ai une formation de programmeur CNC. J'estime que je pourrai à nouveau exercer cette activité, mais seulement à 50 %. Il faut rester en permanence en position debout dans cette activité. Je suis suivi pour le problème d'alcool à l'Hôpital de jour à la Servette. Le Dr K_____ a quitté l'hôpital et je suis suivi par un nouveau médecin, dont je ne me rappelle plus le nom. J'ai débuté ce programme il y a deux ans. Ce programme me convient bien et je suis abstinent depuis deux ans. J'ai commencé par un suivi deux fois par semaine et, actuellement, j'ai des rendez-vous une fois par mois. »
39. Le 16 juin 2015, l'assuré, représenté par une avocate, a complété son recours. Il avait sollicité un avis du Dr I_____ du CAAP – Grand-Pré. Sa dépendance à l'alcool était secondaire ; il contestait le diagnostic de dysthymie posé par l'expert du CEMed car il souffrait depuis de nombreuses années d'un état dépressif important ; l'expert avait d'ailleurs admis qu'il avait présenté au moins deux épisodes dépressifs majeurs et retenait un réveil systématique à 4h du matin, des idées noires fréquentes, une absence de plaisir, un isolement social fluctuant, une fatigue psychique, un sentiment d'inutilité, une importante perte de la confiance en soi, un appétit inconstant et une libido diminuée. L'expert n'avait en outre pas procédé à un test d'évaluation de la dépression. Il contestait la valeur probante de l'expertise du CEMed et estimait avoir une incapacité de travail de 50 %. Il présentait aussi des limitations physiques qui se surajoutaient et l'empêchaient d'exercer son activité précédente. Subsidièrement, l'abattement sur le salaire d'invalidé devait être de 25 % au lieu de 10 %. Il a conclu, préalablement, à l'ordonnance d'une expertise psychiatrique judiciaire et à l'audition des médecins traitants et, principalement, à l'annulation de la décision litigieuse et à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité et de mesures professionnelles.
40. Le 18 juin 2015, un délai a été fixé à l'assuré au 18 juillet 2015 pour produire les documents médicaux annoncés.

41. Le 17 juillet 2015, l'assuré a requis un délai complémentaire.
42. Le 21 juillet 2015, un délai au 28 août 2015 lui a été accordé.
43. Le 28 août 2015, l'assuré a requis une ultime prolongation du délai, voire l'audition de l'infirmière en charge de son suivi, Madame O_____, et du Dr I_____.
44. A la demande de la chambre de céans, le Dr I_____ a indiqué, le 28 septembre 2015, qu'il suivait l'assuré depuis mars 2012 à raison d'une fois par mois ; celui-ci était totalement incapable de travailler, ce qui était attesté depuis juillet 2012, compte tenu de l'alcoolisme, de la dépression et des douleurs dorso-lombaires chroniques ; l'assuré suivait un traitement médicamenteux et d'ostéopathie depuis mars 2012 et était suivi en addictologie avec un sevrage complet à l'heure actuelle ; l'évolution était lentement favorable ; il était surprenant que l'expertise du CEMed constate l'absence de sévérité des troubles, en estimant qu'ils pouvaient être réduits par des mesures médicales que l'assuré ne suivait pas ; l'alcoolisme était selon lui sévère, car il avait des répercussions sociales et professionnelles importantes ; en outre, les prises de sang en mars et mai 2014 au centre d'addictologie prouvaient le suivi médical.
45. A la demande de la chambre de céans, le docteur P_____, médecin interne au service d'addictologie, CAAP, rue du Grand-Pré, a indiqué, le 30 octobre 2015, qu'il suivait l'assuré depuis mars 2014, mais ne l'avait vu que deux fois car celui-ci manquait de nombreux rendez-vous ; une infirmière le suivait une fois par mois (Mme O_____). Il pouvait seulement attester du diagnostic de troubles mentaux et de comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance ; l'assuré avait été abstinent depuis mars 2014 mais avait rechuté en juin 2015. Mme O_____ l'avait vu en septembre 2015 et rapportait une persistance d'épisodes de consommation d'alcool, avec abstinence actuellement récente et aggravation des douleurs ; il ne pouvait pas se prononcer sur la capacité de travail de l'assuré, car il ne l'avait vu que deux fois.
46. Le 9 novembre 2015, la chambre de céans a informé les parties du fait qu'elle entendait confier une expertise à la doctoresse Q_____, FMH psychiatrie – psychothérapie, et leur a fixé un délai pur se déterminer sur la mission d'expertise et le choix de l'experte.
47. Le 24 novembre 2015, la Dresse H_____, du SMR, a observé que le Dr P_____ ne relevait qu'un diagnostic de dépendance à l'alcool et l'expertise avait montré qu'aucune atteinte n'était suffisamment grave pour qu'on puisse retenir un alcoolisme secondaire ; une expertise judiciaire n'était pas justifiée. Des questions complémentaires étaient néanmoins proposées.
48. Le 30 novembre 2015, l'OAI s'est rallié à l'avis du SMR du 24 novembre 2015 en relevant qu'il s'opposait à une expertise judiciaire, le rapport du CEMed du 19 août 2014 étant probant.

49. Le 4 décembre 2015, l'assuré a acquiescé à la mission d'expertise et au choix de l'experte.
50. Par ordonnance du 14 décembre 2015, la chambre de céans a confié une expertise à la Dresse Q_____, vu la divergence des avis des médecins du CEMed et des médecins traitants du recourant.
51. Le 25 avril 2016, la chambre de céans a informé le recourant qu'un examen neuropsychologique était prévu auprès de Madame R_____, neuropsychologue, laquelle allait le contacter.
52. Le 2 juin 2016, Mme R_____ a rendu son rapport d'examen neuropsychologique selon lequel le tableau indiquait en premier lieu un dysfonctionnement exécutif se caractérisant par une tendance à la persévération, un manque d'auto-activation, d'inhibition, de flexibilité mentale, un ralentissement. A cela s'ajoutaient des difficultés modérées au niveau de la mémoire épisodique en modalité visuelle (performances dans les normes inférieures en modalité verbale) et des faiblesses dans le domaine de l'écriture / lecture et du calcul. Sur le plan attentionnel, on observait un ralentissement significatif cliniquement et dans certaines épreuves appréciant le traitement de l'information ; en revanche, un test évaluant l'attention sélective sur une longue durée indiquait de bonnes performances, probablement en raison du caractère particulièrement stimulant de cette dernière épreuve (présentation sur matériel informatique de stimuli visuel à un rythme donné, ce qui permet de contourner le manque d'auto-activation).

Sur le plan étiologique, certaines difficultés étaient sans doute dues à un facteur lié à un manque de scolarité, voire à une problématique d'ordre développemental (connaissances limitées de l'alphabet, lacunes au niveau de l'écriture, de la lecture et du calcul...); les troubles exécutifs et mnésiques étaient, quant à eux, possiblement dus aux séquelles neurologiques de l'éthylisme chronique (consommation importante d'alcool sur une période vraisemblablement d'environ dix ans); la composante dépressive avait probablement aussi un impact sur le fonctionnement cognitif de l'assuré.

Quant aux aspects fonctionnels, au vu des troubles exécutifs dont souffrait l'assuré actuellement, une activité professionnelle impliquant l'utilisation de machines dans le domaine de la construction, qui requérait généralement des capacités d'auto-activation, de flexibilité mentale et d'adaptation à des situations nouvelles, serait contre-indiquée.

53. Le 19 juillet 2016, la Dresse Q_____ a rendu son rapport d'expertise fondé sur quatre entretiens avec l'assuré (entre février et avril 2016), l'examen neuropsychologique, un entretien avec le Dr I_____ et un autre avec Madame O_____, infirmière au CAAP, ainsi que l'étude du dossier.

A partir de 1995, dans le contexte de difficultés professionnelle et de couple, l'assuré avait commencé à boire, l'alcool ayant alors un effet apaisant, ainsi qu'à fumer du cannabis ; son état s'était péjoré progressivement avec l'apparition d'un

premier épisode dépressif et l'augmentation de consommation d'alcool, puis une amélioration était survenue dès 1997. Il avait présenté des douleurs ostéo-articulaire dès 2007 et un nouvel épisode dépressif avec augmentation de la consommation d'alcool ; dès 2009, il n'avait plus réussi à assumer une activité professionnelle ; en 2011, la situation s'était franchement péjorée ; en 2013, il avait débuté un suivi au CAAP et stoppé la consommation d'alcool depuis environ un an et demi, avec la persistance de quelques dérapages ; malgré l'abstinence, l'état dépressif persistait ; dès septembre 2015, il avait bénéficié d'une prise en charge par l'équipe mobile et d'une prise en charge de la douleur à l'unité d'orthopédie et de traumatologie du sport à l'hôpital Beau-Séjour, laquelle avait amélioré les douleurs et l'humeur.

L'assuré se plaignait de douleurs, de manque d'élan vital, de perturbation du sommeil, d'oublis ; il s'estimait capable de travailler à 50 %. Une investigation neuropsychologique avait paru indiquée en raison d'un faible score au test « mini mental state examination ». Les résultats biologiques (CDT et Gamma GT) montraient une abstinence prolongée (tests de janvier à juin 2015).

L'experte a posé le diagnostic de troubles dépressifs récurrents, épisode actuel léger avec syndrome somatique F 33.01. Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool. Syndrome amnésique F10.60.

En dépit de l'interruption de la consommation d'alcool, l'assuré ne présentait pas d'amélioration significative de l'état dépressif ; depuis début 2016, il y avait une amélioration clinique mais l'état dépressif d'intensité légère persistait ; son état restait fragile au niveau de l'interaction des problématiques dépressives avec des comorbidités addictives et algiques ; le bilan neuropsychologique confirmait son observation clinique de troubles cognitifs, probablement séquellaires à l'éthylisme chronique.

Au niveau psychique, les limitations fonctionnelles étaient en lien avec l'interaction des différents troubles physiques et psychiques dont souffrait l'assuré ; en effet, la symptomatologie douloureuse avait un important impact sur l'humeur, qui elle-même avait décompensé la problématique alcoolique ; l'évolution favorable actuelle était la résultante d'un équilibre obtenu grâce à la mise en place d'un rythme de vie non soutenu, respectant les douleurs, le rythme du sommeil et les fluctuations d'humeur de l'assuré, associé à une prise en soins spécialisée. Un rythme beaucoup plus exigeant pouvant solliciter des tensions physiques ou à l'origine de stress ou d'horaires de travail prolongés pouvait risquer de décompenser cet équilibre précaire et péjorer fortement la santé de l'assuré.

Il existait aussi des limitations d'ordre cognitif.

Ce tableau était incompatible avec une activité qui requérait des capacités d'attention soutenues sur une longue durée et des aptitudes exécutives (gestion de situations nouvelles, flexibilité mentale). Par contre, un poste adapté à ses capacités sans contrainte de temps, ni rendement, dans des tâches routinières et répétitives serait peut être envisagé à temps partiel.

La consommation d'alcool avait été continue depuis 1996 et problématique depuis 2011 ; l'abstinence était constatée depuis janvier 2015 ; la dépendance avait provoqué un syndrome amnésique présent en tous les cas avant 2014, entraînant une incapacité de travail totale dans une activité nécessitant un travail sur machine ; l'activité antérieure n'était pas possible au vu des limitations fonctionnelles ; une activité supérieure à 50 % était difficile à imaginer ; en effet l'évolution favorable actuelle était obtenue grâce à la mise en place de tout un cadre de soins et d'un rythme de vie ritualisé ; ce taux maximal ne serait possible que dans un poste adapté aux capacités de l'expertisé, ne présentant pas de contraintes temporelles, ni de rendement, dans des tâches répétitives et routinières ; ainsi, ce taux restait théorique, il était difficile d'imaginer trouver un poste répondant à ces conditions dans le marché du travail. En dehors de ce cadre, la capacité de travail lui paraissait nulle.

La dépendance était survenue comme moyen pour surmonter le désespoir et oublier la souffrance, dans le cadre d'un premier épisode dépressif ; la dépression n'entraînait pas d'incapacité de travail, mais l'incapacité de travail était liée à l'interaction des différents troubles physique et psychique.

Un taux de plus de 50 % était à risque de décompenser les troubles de l'assuré ; au vu des troubles cognitifs, les limitations étaient importantes ; l'incapacité de travail était totale depuis 2009 et une capacité de travail de 50 % était présente depuis 2016, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. L'experte n'était pas d'accord avec le diagnostic de dysthymie posé par le CEMed car l'assuré avait présenté un premier épisode dépressif en 1996 et un deuxième en 2009. Le syndrome de dépendance à l'alcool était sévère car il existait un syndrome amnésique persistant, malgré l'abstinence prolongée.

54. Le 23 août 2016, la Doctoresse H_____ du SMR a rendu un avis selon lequel les difficultés mnésiques n'avaient pas empêché le recourant de travailler dans le passé ; la Dresse Q_____ n'expliquait pas pourquoi une activité simple et répétitive ne pouvait pas être exercée à un taux supérieur à 50 % moyennant une éventuelle diminution de rendement devant être objectivée en situation ; le problème de dépendance n'était pas reconnu comme une atteinte au sens de l'AI. La nécessité d'un rythme de vie ritualisé pouvait s'expliquer dans le contexte de désafférentation liée à l'arrêt de l'activité professionnelle et à la consommation d'alcool, aspect qui n'était pas à proprement parler maladif et qui n'était pas du ressort de l'AI. Les experts du CEMed, le Dr I_____ ou les psychiatres des HUG n'avaient jamais évoqué de troubles neurocognitifs. L'experte sortait de son champ de compétence en intégrant les douleurs dans son appréciation des limitations fonctionnelles et de la capacité de travail ; l'évolution somatique consensuelle du CEMed avait exclu une diminution de la capacité de travail dans une activité adaptée. Les conclusions de l'expertise du CEMed restaient valables ; l'experte avait mis en évidence une nouvelle atteinte (troubles cognitifs) entraînant de nouvelles limitations fonctionnelles (activités nécessitant des capacités d'attention

soutenus sur une longue durée et des aptitudes exécutives, gestion de situations nouvelles, flexibilité mentale) ; toutefois la capacité de travail de 50 % paraissait sous-estimée et cette atteinte était survenue postérieurement à l'évaluation du CEMed.

55. Le 5 septembre 2016, l'OAI s'est rallié à l'avis du SMR du 23 août 2016 et a conclu au rejet du recours.
56. Le 6 septembre 2016, le recourant a observé que l'experte expliquait clairement pour quelle raison il n'y avait pas lieu de suivre l'expertise du CEMed de sorte qu'il était totalement incapable de travailler dans son activité habituelle et capable de travailler à 50 % dans une activité adaptée. Il concluait à l'octroi, principalement, d'une rente entière d'invalidité, subsidiairement d'une rente entière d'invalidité jusqu'en janvier 2016 et à une demi-rente depuis lors et, plus subsidiairement encore, d'une demi-rente d'invalidité.

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) en vigueur dès le 1er janvier 2011, 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. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
3. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité et à des mesures professionnelles.
4. 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 ou mentale 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 1^{er} janvier 2008).
5. 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 40 % 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. 28a al. 1 LAI).

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

6. a. 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 malade, 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 102 V 165; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. 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 127 V 294, consid. 4c, ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2).

b. A teneur de la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, une dépendance comme l'alcoolisme, la pharmacodépendance ou la toxicomanie ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. En revanche, elle joue un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué une atteinte à la santé physique ou mentale qui nuit à la capacité de gain de l'assuré, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique ou mentale qui a valeur de maladie (ATF 99 V 28 consid. 2; VSI 2002 p. 32 consid. 2a, 1996 p. 319 consid. 2a). La situation de fait doit faire l'objet d'une appréciation globale incluant aussi bien les causes que les

conséquences de la dépendance, ce qui implique de tenir compte d'une éventuelle interaction entre dépendance et comorbidité psychiatrique. Pour que soit admise une invalidité du chef d'un comportement addictif, il est nécessaire que la comorbidité psychiatrique à l'origine de cette dépendance présente un degré de gravité et d'acuité suffisant pour justifier, en soi, une diminution de la capacité de travail et de gain, qu'elle soit de nature à entraîner l'émergence d'une telle dépendance et qu'elle contribue pour le moins dans des proportions considérables à cette dépendance. Si la comorbidité ne constitue qu'une cause secondaire à la dépendance, celle-ci ne saurait être admise comme étant la conséquence d'une atteinte à la santé psychique. S'il existe au contraire un lien de causalité entre l'atteinte malade à la santé psychique et la dépendance, la mesure de ce qui est exigible doit alors être déterminé en tenant compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance (arrêt du Tribunal fédéral 9C_72/2012 du 21 août 2012 consid. 3).

Cependant, l'existence d'une comorbidité psychiatrique ne constitue pas encore un fondement suffisant pour conclure sur le plan juridique à une invalidité en raison d'une dépendance. L'affection psychique mise en évidence doit contribuer pour le moins dans des proportions considérables à l'incapacité de gain de l'assuré. Une simple anomalie de caractère ne saurait à cet égard suffire (RCC 1992 p. 180 consid. 4d). En présence d'une pluralité d'atteintes à la santé, l'appréciation médicale doit décrire le rôle joué par chacune des atteintes à la santé sur la capacité de travail et définir à quel taux celle-ci pourrait être évaluée, abstraction faite des effets de la dépendance. Si l'examen médical conduit à la conclusion que la dépendance est seule déterminante du point de vue de l'assurance-invalidité, il n'y a pas lieu de distinguer entre les différentes atteintes à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 5.4).

c. En matière de dépendance à l'alcool, la science médicale distingue les troubles psychiatriques induits (secondaires à la prise d'alcool) des troubles psychiatriques indépendants (associés à la consommation d'alcool). La démarche diagnostique peut cependant se révéler particulièrement délicate, dans la mesure où les effets d'une consommation abusive d'alcool affectent inévitablement le tableau clinique. En règle générale, les signes et symptômes psychiatriques sont induits et s'amendent spontanément par l'arrêt de la consommation dans les semaines qui suivent le sevrage; ils ne sauraient par conséquent faire l'objet d'un diagnostic psychiatrique séparé. En revanche, si à l'issue d'une période d'abstinence suffisante, les éléments réunis sont suffisants, il y a lieu de retenir l'existence d'une comorbidité psychiatrique. Dans certaines circonstances, l'anamnèse, notamment l'historique de la consommation d'alcool depuis l'adolescence, peut constituer un instrument utile dans le cadre de la détermination du diagnostic, notamment s'agissant de la préexistence d'un trouble indépendant (arrêt du Tribunal fédéral 9C_395/07 du 15 avril 2008 consid. 2.3).

-
7. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. 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, à ce motif, 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 256 consid. 4 et les références).

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. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

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.

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).

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).

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. Etant 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).

Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier 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 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées).

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).

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. A 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_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 2.2).

8. 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).
9. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid.

4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).

10. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008), 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.
11. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174).

Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381 consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant des ESS édité par

l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2).

Quant au revenu d'invalidité, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb).

12. En l'espèce, au vu des conclusions divergentes de l'expertise du CEMed du 19 août 2014 et de celle des médecins-traitants du recourant, les Drs I_____ (avis des 24 septembre 2012, 17 janvier 2013 et 28 septembre 2015) et P_____ (avis du 30 octobre 2015), la chambre de céans a ordonné le 14 décembre 2015 une expertise psychiatrique.

13. a. La Dresse Q_____ a rendu son rapport d'expertise le 19 juillet 2016, ce rapport remplit les exigences jurisprudentielles précitées pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante; il est fondé sur des entretiens approfondis avec le recourant (quatre entretiens), complétés par un examen neuropsychologique, des examens psychométriques et sanguins, ainsi qu'un contact avec le Dr I_____ et Mme O_____; l'anamnèse est détaillée, les plaintes du recourant sont décrites précisément, les constatations objectives résumées, les diagnostics psychiatriques sont clairs et l'impact de ceux-ci sur la capacité de travail du recourant est motivée. Il convient de lui reconnaître une pleine valeur probante.

L'experte conclut à une capacité de travail nulle du recourant depuis 2009 et de 50 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles depuis le 1^{er} janvier 2016.

b. Le SMR a émis un certain nombre de critiques à l'encontre de l'expertise judiciaire.

ba. Tout d'abord, le SMR reconnaît chez le recourant la présence de nouvelles limitations fonctionnelles causées par des troubles cognitifs vraisemblablement

consécutifs à la consommation d'éthyle et non réversibles après la période d'abstinence prolongée, telles que relevées par la Dresse Q_____. Cependant, le SMR considère que ces troubles cognitifs, d'une part, sont apparus postérieurement à l'évaluation du CEMed de 2014 et, d'autre part, ne sont pas incapacitant à hauteur de 50 %.

Le SMR relève en particulier que les experts du CEMed, le Dr I_____ ainsi que les psychiatres des HUG n'ont jamais évoqué de troubles cognitifs dans leurs différents rapports médicaux. A cet égard, l'expertise du CEMed, comme l'a relevé la Dresse Q_____, n'a pas investigué la présence d'éventuels troubles cognitifs ; cela dit, il apparaît que certains éléments mentionnés par le CEMed sont compatibles avec la présence, déjà en février et avril 2014 (dates des entretiens qui se sont déroulés avec les experts du CEMed) de troubles cognitifs : l'expertise relève que le premier rendez-vous du 7 février 2014 est manqué (expertise CEMed p. 7), que le recourant paraît un peu fatigué, un peu ralenti (expertise CEMed p. 13), qu'il a des difficultés à situer les événements avec précision dans le temps, qu'il ne peut pas dater les examens médicaux effectués, ni donner le nom de son chiropraticien, ni le diagnostic posé après l'IRM de septembre 2013, ni dire pourquoi il n'a finalement pas effectué d'infiltrations (expertise CEMed p. 5-6) ni encore donner des dates (expertise CEMed p. 14), qu'il affirme que sa fille, née en 1996, aura bientôt 16 ans, que lorsque l'expert lui fait remarquer l'incohérence, il persiste, sort un calepin pour vérifier la date de naissance et qu'il lui faut un certain temps de réflexion pour admettre que sa fille aura bientôt 18 ans (expertise CEMed p. 11).

L'expertise mentionne par ailleurs que le recourant a divorcé vers 2004 et qu'il a présenté un premier épisode dépressif il y a dix ans, en réaction à son divorce (expertise CEMed p. 11 et 17) ; or, selon les données issues du fichier de l'office cantonal de la population, le recourant s'est marié le 20 novembre 1987, s'est séparé le 20 décembre 1996 et a divorcé le 20 mai 1998, événements que la Dresse Q_____ a mentionnés de façon correcte dans l'anamnèse personnelle et sociale du recourant (expertise Q_____ p. 9). Il apparaît ainsi que les experts du CEMed se sont fondés sur des dates erronées transmises par le recourant, sans réaliser d'ailleurs leur méprise, de sorte que l'épisode dépressif et la consommation d'alcool débutés en 1995-1996 (expertise Q_____ p. 10 et 15) ne sont admises par les experts du CEMed que depuis 2004, soit environ neuf ans plus tard.

Par ailleurs, s'agissant des différents thérapeutes du recourant, Mme O_____, infirmière en charge de celui-ci depuis 2013, questionnée par l'experte, a indiqué que le recourant était collaborant, mais que le suivi était difficile car il oubliait souvent les rendez-vous et se présentait souvent en dehors des heures fixées, ce qui avait motivé la mise en place depuis septembre 2015 de l'équipe mobile, et que le fils du recourant l'aidait beaucoup dans les activités de la vie quotidienne ; l'évocation de troubles cognitifs permettait à Mme O_____ d'expliquer les différents oublis et la difficulté du recourant de nommer certaines choses, son

fonctionnement restant par ailleurs déficitaire et peu autonome (expertise Q_____ p. 14-15). Ces constatations confortent la présence, depuis le début du suivi par Mme O_____, en 2013, de troubles cognitifs chez le recourant, ce que la Dresse Q_____ a également admis, ayant estimé que ces troubles étaient en tous les cas présents avant 2014 (expertise Q_____ p. 18).

S'agissant du Dr I_____, contrairement à l'avis du SMR, celui-ci a attesté le 24 septembre 2012 qu'il était impossible que le recourant se concentre sur une tâche et indiqué, dans le formulaire relatif aux activités exigibles, que la capacité de concentration, de compréhension, d'adaptation et la résistance étaient limitées ; le 17 janvier 2013 il a indiqué que le recourant présentait un manque de concentration et se sentait submergé par les activités de la vie quotidienne et, le 28 septembre 2015, qu'il avait présenté un ralentissement psychomoteur et des troubles de la concentration.

Quant au Dr P_____, il a indiqué le 30 octobre 2015 que le recourant avait manqué de nombreux rendez-vous médicaux, ce qui conforte aussi l'avis de la Dresse Q_____ quant à la présence de troubles cognitifs non investigués antérieurement à sa propre expertise.

Au vu de ce qui précède, il convient d'admettre que les troubles cognitifs constatés par la Dresse Q_____ et admis par l'intimé sont apparus antérieurement à l'expertise du CEMed de 2014, comme relevé par l'experte (expertise Q_____ p. 18) et, à tout le moins depuis 2013, date de la prise en charge par Mme O_____.

Le SMR admet les limitations fonctionnelles empêchant toutes activités requérant des capacités d'attention soutenue sur une longue durée et des aptitudes exécutives (gestion de situations nouvelles, flexibilité mentale). Il estime qu'une activité simple et répétitive est exigible à un taux supérieur à 50 %, moyennant une éventuelle diminution de rendement devant être objectivée en situation. Cependant, il s'écarte, sans motivation convaincante, de l'appréciation de la Dresse Q_____ qui a précisé que seule une activité sans contrainte de temps, ni rendement, dans des tâches routinières et répétitives était éventuellement exigible à 50 % (expertise Q_____ p. 18 et 19). La Dresse Q_____ considère même que ce taux est théorique et qu'il est difficile d'imaginer trouver un poste répondant aux conditions posées (expertise Q_____ p. 19).

Au vu de la description des limitations fonctionnelles de la Dresse Q_____, il convient d'admettre l'exigibilité que celle-ci a fixée sans donner suite à l'avis du SMR quant à la nécessité d'effectuer une évaluation du rendement en situation.

bb. En outre, le SMR estime que le problème de dépendance n'est pas reconnu en soi comme une atteinte au sens de l'AI, que la nécessité d'un rythme ritualisé du recourant peut s'expliquer dans le contexte de désafférentation lié à l'arrêt de l'activité professionnelle et à la consommation d'alcool, aspect qui n'est pas non

plus du ressort de l'AI, qu'enfin le recourant est autonome et assume ses tâches ménagères.

A cet égard la chambre de céans constate que la dépendance est du ressort de l'AI lorsqu'elle a provoqué une atteinte à la santé incapacitante ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé ayant une valeur de maladie (consid. 6b supra). Or, en l'occurrence, la dépendance du recourant est qualifiée de secondaire, ayant de surcroît entraîné une atteinte à la santé, soit des troubles cognitifs. La Dresse Q_____ a en effet relevé que la consommation d'alcool du recourant avait débuté dans un contexte d'épisode dépressif (1996), comme moyen de surmonter son désespoir et se distancer de la souffrance (expertise Q_____ p. 11,15 et 19) ; le recourant avait également consommé du cannabis ; quand l'épisode dépressif s'était résolu spontanément, il avait repris ses activités professionnelles, avec persistance d'une consommation d'alcool non incapacitante ; c'était lorsque, à partir de 2007, les douleurs à la nuque et au dos étaient survenues, avec un second épisode dépressif, que la consommation d'alcool s'était aggravée (expertise Q_____ p. 11 et 15) et que le recourant avait ensuite (dès 2009) présenté une incapacité de travail totale (expertise Q_____ p. 15), avec une péjoration de la situation clinique dès 2011 (expertise Q_____ p. 16) ; la Dresse Q_____ relève encore que c'est l'humeur qui peut décompenser la problématique alcoolique (expertise Q_____ p. 17).

S'agissant des experts du CEMed, ils ont également conclu à l'existence d'une dépendance initialement secondaire, mais ayant ensuite évolué vers une dépendance primaire (expertise CEMed p. 17 et 18). Cependant, l'explication donnée par le CEMed de l'évolution vers une dépendance primaire n'est pas convaincante ; l'expertise note en effet que le recourant a déclaré avoir rechuté dans une consommation quotidienne d'alcool, au moment où ses douleurs s'étaient aggravées, sans amélioration sous traitement et provoquant un état de déprime et qu'il avait bu pour calmer ses douleurs et sa déprime (expertise CEMed p. 6). Ces explications ont été reprises par les experts, lesquels ont relevé, dans la synthèse et discussion du rapport d'expertise, que les douleurs s'étaient aggravées il y avait trois ou quatre ans, entraînant à nouveau un épisode dépressif ainsi que des ruminations quotidiennes et une rechute plus importante dans la consommation d'alcool, utilisée pour calmer les douleurs (expertise CEMed p. 16 et 17). Les constatations et conclusions des experts du CEMed concordent ainsi avec celles de la Dresse Q_____, dans le sens que la consommation d'alcool du recourant est survenue initialement de façon secondaire à un épisode dépressif, entraînant une incapacité de travail totale, qu'elle a ensuite été contrôlée et non incapacitante lorsque l'épisode dépressif s'est amendé et qu'elle a à nouveau été problématique lors de la survenance du second état dépressif, lui-même réactionnel au contexte somatique, soit l'aggravation des douleurs à la nuque et au dos. Il apparaît en conséquence que la dépendance, aggravée dès 2009, est secondaire à un épisode dépressif et à un état douloureux ; la conclusion des experts du CEMed selon

laquelle la dépendance semblait avoir pris progressivement le dessus et était en cause dans un cercle vicieux d'entretien mutuel avec l'état de déprime (expertise CEMed p. 17), n'est pas étayée et est en particulier remise en cause par l'anamnèse, la synthèse et la discussion du rapport d'expertise qui soulignent au contraire la présence d'une dépendance secondaire. La constatation de la Dresse Q_____ de la persistance d'un état dépressif malgré l'interruption de la consommation d'alcool conforte également la présence d'une dépendance secondaire (expertise Q_____ p. 16).

Enfin, l'affirmation du SMR (avis du 24 novembre 2015) selon laquelle il existait, à la faveur d'une période d'abstinence, la réversibilité des troubles induits, est ainsi contredite par les constatations de la Dresse Q_____ quant à la persistance d'un trouble dépressif récurrent et à la survenance de troubles cognitifs causés par la longue consommation d'alcool ; à cet égard, Mme O_____, qui suit le recourant depuis 2013, mentionne, contrairement à l'avis du SMR, un fonctionnement du recourant dans le quotidien qui est déficitaire, avec une autonomie moyenne, le recourant étant beaucoup aidé par son fils (expertise Q_____ p. 15).

Le caractère primaire de la dépendance doit ainsi être admis, de sorte que le SMR (avis du 23 août 2016) ne saurait écarter les conséquences de celle-ci et considérer que les risques d'une décompensation, si le cadre de soins et le rythme de vie ritualisé étaient abandonnés, ne sont pas du ressort de l'AI.

bc. Du point de vue des traitements, le SMR se réfère aux experts du CEMed, lesquels ont estimé que l'abstinence était exigible, tout comme un suivi spécialisé et un traitement psychiatrique adapté à la problématique et que ces mesures devaient assurer une pleine capacité de travail à long terme ; or, la Dresse Q_____ a constaté que malgré l'abstinence du recourant dans le cadre d'un suivi addictologique dès janvier 2015, ainsi que la mise en place d'une prise en charge spécifique de la douleur et de l'hygiène de vie (suivi de l'équipe mobile à domicile depuis septembre 2015), la capacité de travail était, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles somatique et psychique, de seulement 50 %, ce qui permet d'exclure le pronostic du CEMed d'une capacité de travail totale exigible en cas de suivi des propositions thérapeutiques (expertise CEMed p. 19) ; cela est vrai même si le recourant n'a pas bénéficié d'un traitement spécifique pour son trouble dépressif mais seulement d'un traitement de Lyrica pour ses douleurs (expertise Q_____ p. 16 et avis du Dr I_____ du 28 septembre 2015) ; en effet, les limitations fonctionnelles mentionnées par la Dresse Q_____ relèvent principalement du risque de décompensation de l'équilibre obtenu, en cas d'augmentation des douleurs, avec impact sur l'humeur et le risque de récurrence de consommation d'alcool, ainsi que de la présence des troubles cognitifs, affections qui ne seraient pas améliorés par la prise d'un traitement psychiatrique.

bd. Le SMR estime que la Dresse Q_____ sort de son champ de compétence en intégrant les douleurs dans son appréciation des limitations fonctionnelles et de la capacité de travail. La chambre de céans constate tout d'abord que le volet

rhumatologique de l'expertise du CEMed a conclu à la présence de troubles dégénératifs du rachis cervico-dorso-lombaire et une gonarthrose droite, lesquels contre-indiquaient les efforts physiques importants, le port de charges de plus de 10 kg, les positions prolongées avec le haut du corps en porte-à-faux, l'activité constamment en position debout, la marche en terrain instable et la montée-descente fréquente d'escaliers ; l'ancienne activité de manœuvre ainsi que celle de forage, cariste, terrassement, sur les chantiers, n'était plus exigible depuis mai 2010.

La valeur probante de cette expertise n'est pas remise en cause par les parties et le recourant ne conteste pas une capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques telles que relevées dans l'expertise du CEMed.

Force est de constater que la Dresse Q_____ s'est strictement référée à l'expertise rhumatologique du CEMed, et à la conclusion de celle-ci d'une capacité de travail nulle du recourant dans une activité physique exigeante (expertise Q_____ p. 17) ; elle a uniquement relevé que les limitations fonctionnelles psychiques étaient en lien avec l'interaction des différents troubles physiques et psychiques, en particulier avec la symptomatologie douloureuse, laquelle avait un important impact sur l'humeur, qui elle-même pouvait décompenser la problématique alcoolique (expertise Q_____ p. 17). La problématique douloureuse est d'ailleurs admise par le CEMed, lequel relève les plaintes du recourant relatives aux douleurs et l'absence de signe chez celui-ci d'amplification des symptômes, d'incohérence et de non organicité (expertise CEMed p. 15 et 16). Contrairement à l'avis du SMR, qui mentionne que selon l'expertise du CEMed les douleurs annoncées sont mécaniques, c'est-à-dire déclenchées par les mouvements (avis du SMR du 23 août 2016), le rapport du CEMed relève que les douleurs sont présentes tous les jours, exacerbées par certaines activités ou positions, par le manque de sommeil, qu'elles sont moins marquées lorsque le recourant marche que s'il est en position debout statique, voire assise, et qu'il a des difficultés à se relever, se redresser lorsqu'il a maintenu longtemps une position (expertise CEMed p. 7).

La Dresse Q_____ a estimé que le rythme de vie non soutenu du recourant, respectant les douleurs, le rythme du sommeil et les fluctuations d'humeur était une condition de maintien d'un équilibre prévenant un risque de décompensation (expertise Q_____ p. 17). Un rythme plus exigeant pouvait en effet solliciter des tensions physique ou être à l'origine de stress risquant de décompenser cet équilibre précaire. La chambre de céans constate que la Dresse Q_____ n'a pas outre passé son champ de compétence mais a intégré dans son évaluation les constatations et conclusions de l'expertise rhumatologique du CEMed, ce qui va dans le sens des exigences posées en matière d'expertise pluridisciplinaire, (même si en l'occurrence il ne s'agit pas à proprement parler d'une expertise bidisciplinaire dès lors que l'expertise judiciaire est réalisée postérieurement à l'expertise

rhumatologique) dans lesquelles la prise en compte de toutes les composantes est exigée pour évaluer la capacité de travail des intéressés. Par ailleurs, le Tribunal fédéral a eu l'occasion de juger que le seul fait qu'un expert rhumatologue, mandaté pour mettre en œuvre une expertise relevant de son domaine de spécialisation, ne s'est pas limité à examiner la problématique sous l'angle rhumatologique et qu'il a intégré à sa réflexion des éléments de nature psychiatrique ne saurait justifier l'éviction pure et simple de son appréciation de la capacité de travail de l'assurée (ATF du 30 septembre 2015 9C_746/2014).

La Dresse Q_____ a ainsi pris en compte le risque, en cas d'activité soutenue et en particulier d'une activité exercée à plus de 50 %, d'une décompensation psychique, ainsi que les limitations dues aux troubles cognitifs causés par la dépendance à l'alcool, jugées incompatibles avec une activité requérant des capacités d'attention soutenue sur une longue durée et des aptitudes exécutives, motivation qui est convaincante et conduit à retenir que le recourant n'est pas capable de travailler, depuis le 1^{er} janvier 2016, à plus de 50 % dans une activité strictement adaptée à ses limitations fonctionnelles et qu'il était totalement incapable de travailler antérieurement, soit dès le début de son incapacité de travail le 25 janvier 2010.

c. Compte tenu du dépôt de la demande de prestation du recourant le 30 mai 2011 et de la date de la décision litigieuse le 28 janvier 2015, la période pertinente pour examiner la capacité de travail du recourant débute le 1^{er} novembre 2010 jusqu'au 28 janvier 2015 ; durant cette période l'experte a estimé que la capacité de travail du recourant était nulle, au vu de l'état clinique que présentait alors le recourant, avec la survenance de douleurs aggravées, d'un épisode dépressif et d'une consommation importante d'alcool, situation qui s'est encore péjorée dès 2011, et au degré de la vraisemblance prépondérante, au moins dès l'année 2013 avec l'apparition de troubles cognitifs. L'amélioration de l'état de santé du recourant à la suite de sa prise en charge globale lui ayant permis de recouvrer une capacité de travail de 50 % dès le 1^{er} janvier 2016 (dans une activité encore à définir, strictement adaptée aux limitations fonctionnelles du recourant) s'est produite postérieurement à la date de la décision litigieuse le 28 janvier 2015.

A cet égard et de jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (cf. ATF 131 V 242 consid. 2.1 p. 243, 121 V 362 consid. 1b p. 366). Pour des motifs d'économie de procédure, la procédure juridictionnelle administrative peut être étendue à une question en état d'être jugée qui excède l'objet de la contestation, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige et que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins (ATF 130 V 501 consid. 1.2 p. 503, ATF 122 V 34

consid. 2a p. 36 et les références; ULRICH MEYER/ISABEL VON ZWEHL, L'objet du litige en procédure de droit administratif fédéral, Mélanges Pierre Moor, 2005, p. 446 ; ATF 9C_488/2012).

En l'occurrence, si l'on peut considérer que le recourant a acquiescé à une extension de la procédure dès lors qu'il a pris des conclusions visant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité jusqu'en janvier 2016 et une demi-rente depuis lors (écriture du recourant du 16 septembre 2016), tel n'est pas le cas de l'intimé qui s'est limité à confirmer ses conclusions en rejet du recours (écriture de l'intimé du 5 septembre 2016).

Partant, la chambre de céans renoncera à étendre l'objet du litige, de sorte que l'amélioration de l'état de santé du recourant admise par l'expertise judiciaire pourra être prise en compte dans le cadre d'une révision de la rente d'invalidité du recourant, à l'initiative de l'intimé. Il conviendra, dans ce cadre, d'examiner concrètement quelle activité est exigible de la part du recourant, compte tenu des conditions strictes fixées par la Dresse Q_____.

14. Au vu de ce qui précède, le recourant était, selon les conclusions de l'expertise judiciaire, totalement incapable de travailler à tout le moins du 1^{er} novembre 2010 au 28 janvier 2015, de sorte qu'il a droit, au jour de la décision litigieuse, le 28 janvier 2015, à une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} novembre 2011.

Partant, le recours sera admis, la décision litigieuse annulée et il sera dit que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} novembre 2011.

15. Vu l'issue du litige une indemnité de procédure de CHF 3'000.- sera allouée au recourant, à charge de l'intimé.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable ;

Au fond :

2. L'admet ;
3. Annule la décision de l'intimé du 28 janvier 2015 ;
4. Dit que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} novembre 2011 ;
5. Alloue une indemnité de procédure de CHF 3'000.- au recourant, 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

La présidente

Julia BARRY

Valérie MONTANI

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