

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré), né le _____ 1957 au Portugal, s'est établi en Suisse en 1982. Il est marié depuis 1984 et père d'une fille de 25 ans. Il a travaillé en qualité d'aide maçon-coffreur pour B_____ de 1982 au 31 octobre 2008, date pour laquelle il a été licencié, ainsi que dans le nettoyage de bureaux en 1995. Après une période de chômage et diverses missions temporaires dans des entreprises du bâtiment, il a été en incapacité totale de travail à partir du 8 décembre 2009.
2. Le 7 septembre 2010, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après l'OAI), mentionnant souffrir d'hernies discales et de goutte aux genoux et aux épaules.
3. Par rapport du 26 octobre 2010, le docteur C_____, médecin traitant, a posé les diagnostics de discopathie L4-L5, de déchirure de ménisque et d'éthylisme, et indiqué que l'activité exercée n'était plus exigible.
4. Dans un rapport daté du 3 juin 2011, le Dr D_____, médecin assistant au secteur d'addictologie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après HUG), a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F.33.1), ayant un effet sur la capacité de travail. Il a également signalé un trouble mental et du comportement lié à l'utilisation de l'alcool et un syndrome de dépendance, utilisation continue (F.10.25), sans effet sur ladite capacité. L'assuré enchainait les épisodes de rechutes massives de sa consommation d'alcool avec des périodes de deux à trois semaines d'abstinence. Il avait subi plusieurs sevrages en milieu hospitalier, sans suivi ambulatoire. Il était actuellement hospitalisé pour des fractures au visage après être tombé en état d'intoxication, étant précisé qu'il s'agissait du troisième épisode de chute avec plusieurs fractures en moins de trois mois. A titre de symptômes, ont été signalés un déni de la problématique d'alcool, une thymie triste, une anhédonie, une perte de l'élan vital et un ralentissement psychomoteur important. Lors du dernier entretien, le 28 mars 2011, l'assuré présentait un taux d'alcool de plus de 2‰, titubait, était perplexe et désorienté. Le médecin a également signalé une anosognosie, l'assuré affirmant que tout allait très bien et ne s'inquiétant pas des résultats pathologiques des tests hépatiques. L'assuré était connu pour une problématique de dépendance sévère à l'alcool et un trouble dépressif récurrent depuis plus de 10 ans, avec une aggravation ces cinq dernières années. Des atteintes cognitives importantes étaient suspectées et le pronostic extrêmement réservé, l'assuré n'étant pas compliant et incapable de maintenir une abstinence à long terme. Un sevrage et un séjour en milieu hospitalier relativement long, avec introduction d'un traitement antidépresseur, étaient recommandés.
5. L'OAI a reçu divers documents concernant les atteintes somatiques, à savoir :
 - Un rapport du 8 mai 2008 de la doctoresse E_____, radiologue, relatif à une imagerie par résonance magnétique (ci-après IRM) dorsolombaire, laquelle

avait illustré un canal rachidien rétréci aggravé par des discopathies étagées en L4-L5.

- Un rapport du 13 juillet 2009 du Dr F_____, spécialiste FMH en radiologie, suite à une IRM des deux genoux. Ce médecin a conclu à une déchirure méniscale externe du genou droit, associée à la formation d'un kyste méniscal, et à une déchirure méniscale interne et externe du genou gauche, avec de discrets signes inflammatoires.
 - Un rapport du 20 octobre 2009 du Dr G_____, spécialiste FMH en radiologie, concernant des radiographies du bassin et des genoux. Ces examens avaient mis en évidence une légère bascule du bassin vers la droite en rapport avec une asymétrie de longueur des membres inférieurs, une ébauche de remaniement dégénératif coxo-fémoral des deux côtés et des remaniements dégénératifs débutants au niveau des genoux.
6. Le 31 octobre 2011, des examens rhumatologique et psychiatrique ont été effectués par des médecins du Service médical régional de l'OAI (ci-après SMR), en présence d'un traducteur de langue portugaise. Dans leur rapport du 5 décembre 2011, les Drs H_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, et I_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, ont retenu, à titre de diagnostics ayant une répercussion durable sur la capacité de travail, des lombalgies et des cervicalgies dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec un canal lombaire rétréci (M54), un syndrome rotulien bilatéral dans le cadre d'une gonarthrose débutante bilatérale avec une déchirure méniscale externe du genou droit et des déchirures méniscales interne et externe du genou gauche (M17), une coxarthrose bilatérale débutante (M16), une polyneuropathie sensitive des membres inférieurs d'origine éthylique. Ils ont également retenu, à titre de diagnostics sans effet durable sur la capacité de travail, une maladie de Dupuytren débutante bilatérale, une hépatomégalie, un diabète non insulino-requérant anamnestique, une discrète limitation fonctionnelle de l'épaule gauche dans le cadre d'un status après une goutte, des antécédents de goutte articulaire, une discrète arthrose nodulaire des doigts (M19.0), ainsi que des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, et des troubles thymiques résiduels (F10.72). Les médecins ont procédé à des anamnèses familiale, professionnelle, psychosociale et psychiatrique, décrit les plaintes actuelles, les antécédents, et les habitudes de l'assuré. Ils ont exposé que ce dernier consommait plus d'un litre d'alcool par jour et ont énuméré les médicaments habituels. Après examen des status ostéoarticulaire et neurologique, ainsi que du dossier radiologique, ils ont retenu, sur le plan somatique, des limitations fonctionnelles concernant le rachis et les membres inférieurs. Etaient notamment proscrites les activités impliquant des genuflexions répétées, un travail en hauteur, la marche en terrain irrégulier, les positions debout ou de marche plus d'un quart d'heure, le soulèvement de charges de plus de 5kg, un travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc ou des vibrations. Sur le plan psychiatrique, l'anamnèse permettait de constater une dépendance à l'alcool

d'origine primaire. L'examen neuropsychologique et les épreuves exécutives, réalisés alors que l'assuré consommait toujours de l'alcool, permettaient de constater une désorientation temporo-spatiale, de discrets troubles de la concentration, une dyspraxie constructive correspondant à un bas niveau de scolarisation, des difficultés concernant la programmation auditive. Ces examens ne mettaient pas en exergue de sévères séquelles cognitives, mais un nouvel examen neuropsychologique était indiqué après un sevrage de trois mois en milieu fermé. L'examen psychiatrique ne révélait pas de symptomatologie psychotique dépressive ou anxieuse et les critères pour retenir un trouble de la personnalité décompensé n'étaient pas constatés. Au niveau psychiatrique, l'assuré ne présentait aucune limitation fonctionnelle. En définitive, en raison des troubles physiques, la capacité de travail était nulle dans l'activité d'aide-maçon-coffreur depuis le 8 décembre 2009, mais entière dans une activité adaptée depuis cette date, mis à part des périodes transitoires en rapport avec les hospitalisations.

7. Selon le rapport de réadaptation professionnelle du 28 juin 2012, l'assuré était alors hospitalisé au service d'addictologie des HUG. Aucune mesure professionnelle n'était en l'état indiquée, compte tenu de la rechute de la consommation d'alcool.
8. Dans un rapport du 10 septembre 2012, la Dresse J_____, spécialiste FMH en neurologie et médecin au service d'addictologie des HUG, a retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent (F.33.9) et de dépendance alcoolique (F.10.02), diagnostics ayant une influence sur la capacité de travail. L'assuré était abstinent depuis son hospitalisation en juin 2012, un traitement antidépresseur avait alors été introduit et la symptomatologie dépressive s'était depuis améliorée.
9. En date du 17 octobre 2012, l'OAI a rendu un projet de décision tendant au rejet de la demande de l'assuré, aux motifs que le degré d'invalidité, fixé à 30%, ne donnait pas droit à une rente, et que des mesures professionnelles ne pouvaient en l'état être mises en place, au vu de la rechute de l'atteinte à la santé. La capacité de travail de l'assuré était totale, depuis toujours, dans une activité adaptée simple et légère. Après comparaison des revenus avec invalidité (CHF 48'932.-) et sans invalidité (CHF 70'187.-), la perte de gain s'élevait à CHF 21'255.-.
10. Le 21 novembre 2012, l'assuré, par le biais de son conseil, s'est opposé audit projet et a requis que l'instruction de son dossier soit complétée. Il a notamment relevé que son état de santé s'était aggravé depuis l'examen du SMR et qu'il avait été hospitalisé.

Il a transmis à l'OAI divers certificats et factures des HUG attestant de séjours dans cet établissement depuis 2008.

11. Le 7 décembre 2012, l'assuré a adressé à l'OAI un rapport du 23 novembre 2012 de la Dresse J_____, indiquant qu'elle suivait l'assuré depuis février 2012 pour un trouble dépressif et une dépendance à l'alcool. Le traitement, prévu pour une année, consistait en la prise d'un antidépresseur et d'un anxiolytique. L'incapacité de

travail était totale et aucune activité adaptée n'était possible pour l'instant, l'assuré présentant une importante limitation de la concentration et de l'assiduité.

12. Le 18 mars 2013, la Dresse K_____, médecin auprès du SMR, a considéré que les derniers éléments versés au dossier ne permettaient pas de retenir une aggravation durable de l'état de santé. La dépendance alcoolique étant primaire, une hospitalisation dans un contexte de consommation ne saurait être considérée comme une aggravation sur le plan psychique. En l'état, on ne savait pas si la période d'abstinence obtenue en juin 2012 s'était maintenue au-delà de septembre 2012. Partant, les conclusions du SMR du 21 décembre 2011 demeuraient inchangées.
13. Par décision du 21 mars 2013, l'OAI a confirmé son projet de décision du 17 octobre 2012 et rejeté la demande de l'assuré. Il a notamment indiqué que les nouvelles pièces médicales n'apportaient aucun argument en faveur d'une aggravation de l'état de santé ni de faits qui auraient été ignorés lors de l'instruction du dossier.
14. Par acte du 6 mai 2013, l'assuré a interjeté recours contre la décision du 21 mars 2013 et conclu, sous suite de dépens, préalablement, à la mise en œuvre d'une expertise et, principalement, à l'annulation de la décision attaquée et à l'octroi d'une rente d'invalidité. Le recourant a soutenu être en totale incapacité de travail pour dépression et a fait valoir que l'aggravation de son état de santé depuis l'examen du SMR n'avait pas été prise en compte. Il a ajouté avoir entrepris les démarches nécessaires pour se faire soigner et soutenu que son alcoolisme était d'origine secondaire.

A l'appui de son recours, il a produit un résumé écrit par sa fille relatif à son suivi médical depuis 2005, ainsi que divers documents concernant un accident survenu le 6 février 2013 et ayant nécessité une ostéosynthèse au niveau de la main droite en avril 2013. Selon un rapport de la Clinique des Grangettes du 9 avril 2013, il consommait environ une bouteille de vin par jour.

15. Dans sa réponse du 5 juin 2013, l'intimé a conclu au rejet du recours et maintenu que le recourant présentait une dépendance à l'alcool d'origine primaire, non invalidante au sens de l'assurance-invalidité.
16. Le 25 juin 2013, le recourant a transmis à la chambre de céans un certificat des HUG attestant qu'il était hospitalisé depuis le 10 juin 2013.
17. Interpellée par la chambre de céans, la Dresse L_____, spécialiste FMH en psychiatrie et médecin au service d'addictologie des HUG, lui a indiqué le 12 septembre 2013 que le recourant souffrait d'un syndrome de dépendance alcoolique, actuellement abstinent, et d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen. Le recourant était suivi aux HUG depuis 2007 et au centre ambulatoire d'addictologie psychiatrique depuis 2012, où il se rendait au moins une fois par mois. Il avait été hospitalisé à l'Unité d'addictologie durant 19 jours en 2008, 13 jours en 2010 et 18 jours en 2013, et en psychiatrie générale durant

25 jours en 2011 et 19 jours en 2012. En outre, il avait été admis aux Urgences psychiatriques en juin 2010 et trois fois en 2011. La dépendance à l'alcool aurait débuté à l'âge de 12 ans, sans être la conséquence d'une atteinte psychique, mais des événements de vie douloureux avaient contribué à l'état dépressif, facteur d'entretien de la consommation excessive d'alcool. L'abstinence avait contribué à l'amendement des idéations suicidaires, sans autre amélioration sur le plan thymique, et le trouble anxio-dépressif semblait aggravé par la prise d'alcool, mais n'était pas directement ni unilatéralement provoqué par l'alcool. La capacité de travail était réduite sur le plan de l'élaboration cognitive, de la mémoire, des fonctions exécutives, de la faculté à gérer le stress et la frustration avec un élan vital fortement altéré et un ralentissement psychomoteur dont une part non négligeable était attribuée à l'alcool.

18. En date du 28 octobre 2013, l'intimé a produit un nouvel avis du SMR, daté du 30 septembre 2013, mentionnant que le rapport de la Dresse L_____ suggérait la persistance de restrictions psychiques et éventuellement neuropsychologiques malgré l'arrêt d'alcool depuis le début de l'année 2013. Restaient donc à vérifier objectivement l'abstinence et à déterminer si le recourant présentait une atteinte psychique durablement incapacitante évoluant indépendamment de toute consommation d'alcool.
19. Par écriture du 29 octobre 2013, le recourant a persisté dans ses conclusions. Le fait que les conséquences du trouble dépressif récurrent soient toujours présentes alors qu'il était abstinent laissait supposer que ce trouble présentait un degré de gravité tel qu'il devait être assimilé à une atteinte à la santé psychique constitutive d'une invalidité.
20. Il ressort d'une attestation du 26 mai 2014 des HUG que des analyses sanguines régulières depuis le mois de décembre 2013 corroboraient les propos du recourant, selon lesquels il était totalement abstinent depuis lors.
21. Le 11 juin 2014, le Dr C_____ a informé la chambre de céans que les examens sanguins confirmaient les déclarations d'abstinence du recourant.
22. Par ordonnance du 27 juin 2014, la chambre de céans a mis en œuvre une expertise neuropsychologique et psychiatrique (ATAS/812/2014), laquelle a été confiée au Dr M_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et à Mme N_____, neuropsychologue.
23. a. Le Dr M_____ a rendu son rapport d'expertise le 27 novembre 2014, lequel est notamment basé sur un entretien psychologique et un examen psychiatrique réalisés le 16 octobre 2014, ainsi que sur le rapport du 12 septembre 2014 de Mme N_____ et leur consilium du 24 novembre 2014.

L'expert a retenu les diagnostics suivants : concernant l'axe I (soit les troubles majeurs cliniques), une dépendance alcoolique, en rémission précoce complète (F10.20), et un trouble dépressif majeur récurrent, en rémission totale (F33.6). Pour l'axe II (soit les troubles de la personnalité et le retard mental), une personnalité

borderline (F60.31), des traits de la personnalité dépendants décompensés, et une personnalité fruste. Pour l'axe III (à savoir les aspects médicaux ponctuels et les troubles physiques), une goutte au niveau de plusieurs articulations, des troubles dégénératifs du rachis (lombaire et cervical) avec un canal lombaire rétréci, un syndrome rotulien bilatéral dans le cadre d'une gonarthrose débutante bilatérale, une coxarthrose bilatérale débutante, une maladie de Dupuytren débutante bilatérale, une discrète arthrose nodulaire des doigts, une polyneuropathie sensitive des membres inférieurs d'origine éthylique, des troubles hépatiques, un diabète non insulino-dépendant, et une hypertension artérielle. Concernant l'axe IV (soit des facteurs psychosociaux et environnementaux), l'expert a rappelé le décès de la mère du recourant en 2008, celui de sa sœur en 2014, son licenciement en 2008 et le changement de son psychiatre traitant en 2014.

b. Après avoir examiné le dossier médical et administratif, résumé ses consiliums avec les médecins traitants, présenté des anamnèses personnelle, familiale, et professionnelle, ainsi que la situation actuelle du recourant, l'expert a relaté les plaintes de ce dernier, à savoir une tristesse fluctuante, de légers troubles du sommeil (réveils occasionnels), une fatigue, une baisse relative de l'élan vital, des troubles occasionnels de la mémoire et une absence de libido. Il a également fait état d'une tension intérieure et d'inquiétude, ainsi que de lombalgies.

c. S'agissant de ses constatations objectives, l'expert a relevé que le recourant était vigile, orienté aux trois modes et comprenait d'une manière plutôt floue la situation de l'examen. Il présentait une attitude régressée, demandant à s'exprimer en portugais. Il avait toutefois accepté la proposition de l'expert de dialoguer en français avec l'aide de l'interprète et l'entretien s'était finalement déroulé entièrement en français sans que des problèmes de compréhension ou d'expression majeurs ne soient observés. Le recourant disposait de connaissances nettement plus étendues que celles qu'il était capable de reconnaître dans un premier temps et donnait l'impression de déléguer toute responsabilité à ses proches, en particulier à sa fille. Il ne présentait pas de difficultés de jugement ou de raisonnement, mais une labilité thymique, oscillant entre quelques sourires motivés et des épisodes lors desquels il pleurait et semblait presque effondré. Il s'était relâché au cours de l'examen et paraissait très à l'aise à la fin de celui-ci, son niveau d'expression en français s'était amélioré. La collaboration était très bonne, il semblait authentique, franc et transparent. L'intelligence, appréciée cliniquement, se situait dans la norme ou vers sa limite inférieure. D'importantes difficultés de calcul, même pour de simples additions, étaient relevées et sa capacité de lecture du français était basique.

A l'examen grossier, des troubles de la concentration n'étaient pas observés, mais l'anamnèse biographique était laborieuse en raison de difficultés de datation qui semblaient découler de la dyscalculie. Il n'y avait pas de ralentissement psychomoteur, le recourant se rappelait bien de la plupart des consignes qui lui avaient été adressées et connaissait les données administratives concernant son quotidien. Il ne présentait pas de déni de sa pathologie alcoolique ou psychiatrique

et était déterminé à maintenir son abstinence. Sa motivation à reprendre une activité professionnelle était très bonne, et il souhaitait être assisté par l'assurance-invalidité dans la recherche d'un emploi, se sentant abandonné par cette institution.

Quant aux examens cliniques, le score extrapolé sur l'échelle de Beck (auto-évaluation) s'élevait de 30 points, ce qui correspondait à une dépression sévère. Sur l'échelle de Hamilton (hétéro-évaluation), le score expertisé était de 4 points, soit l'absence d'un état dépressif. L'évaluation subjective de la thymie était donc en très net décalage avec les éléments cliniques objectifs et révélait une souffrance subjective nettement plus significative.

d. L'expert a discuté chacun des diagnostics psychiatriques retenus. S'agissant de la dépendance alcoolique, le recourant avait dû recourir à maintes reprises à des sevrages spécialisés. Sa consommation alcoolique avait commencé précocement, entre l'âge de 15 et 18 ans (12 ans selon le dossier qui n'était pas précis sur ce point). A la fin de l'adolescence et jusqu'au décès de son père (1989), le recourant buvait surtout du vin rouge, environ deux verres par jour, quatre pendant le week-end. A partir de 1989, la consommation était de l'ordre de cinq à six verres de vin par jour. La période de dépendance alcoolique suivant le décès du père était accompagnée d'un état dépressif probablement majeur et avait nécessité un sevrage alcoolique, suivi d'une période d'abstinence relative durant neuf ans. Le recourant avait ensuite repris sa consommation habituelle d'environ deux verres par jour. Après le décès de sa mère, vers la fin 2007-début 2008, sa consommation avait repris les dimensions décrites en 1989 et était également accompagnée d'un état dépressif majeur. C'était uniquement à partir de mi-2012 qu'elle semblait mieux contenue, probablement avec l'adjonction d'un traitement antidépressif suite à un séjour pour sevrage. A partir d'octobre 2013, une abstinence totale était décrite dans le dossier. Selon les dires du recourant ainsi que le résultat du contrôle biochimique, l'abstinence se maintenait au moment de l'examen psychiatrique. L'impact de la consommation alcoolique, notamment dans les années 2011 et 2012, était probablement sévère. En effet, des fractures du nez et de la mâchoire avaient été signalées en mars et avril 2011, le rapport de la consultation d'addictologie de juin 2011 indiquait un taux d'alcoolémie de 2‰, un rapport d'octobre 2011 mentionnait une consommation dépassant un litre par jour, un incendie était survenu le 6 mai 2012 au domicile du recourant qui ne se rappelait pas clairement les circonstances.

Concernant le trouble dépressif majeur, l'expert a exposé que le recourant signalait deux décompensations thymiques significatives au cours de sa vie. La première était liée à la perte de son père en 1989 et avait duré environ une année et demie, sans influencer sa capacité de travail. Il était difficile de préciser a posteriori s'il s'agissait d'un trouble de l'adaptation avec des caractéristiques dépressives ou d'un véritable épisode dépressif majeur. Selon l'expert, l'épisode dépressif actuel était de nature majeure et avait débuté durant la maladie de la mère, surtout vers la fin de l'année 2007. Il a précisé que le rapport des HUG relatant un épisode dépressif

depuis 2001 ne précisait pas cette datation, qui semblait erronée. Si une atteinte thymique pouvait probablement déjà être observée vers l'été 2007, elle s'était aggravée dans le contexte de l'annonce du licenciement en février 2008. S'étaient ensuivies des périodes d'incapacité de travail, de chômage et d'emplois temporaires. Dans tous les cas, il était certain que le recourant présentait un épisode dépressif majeur à partir de la fin 2010, coïncidant avec la fin du chômage et la perte de perspectives professionnelles. Cet état dépressif majeur, compliqué par une suicidalité active et récurrente avec le projet, proche de l'exécution, de sauter du balcon dans un but léthal, était caractérisé non seulement par une baisse significative de la thymie, une idéation noire et suicidaire, une aboulie et anhédonie, mais également par une irritabilité, une conflictualité familiale, un repli social ainsi qu'une décompensation de la personnalité avec une aggravation des traits significatifs de dépendance. L'introduction d'un traitement antidépresseur, probablement vers le milieu de l'année 2012, et une prise en charge spécialisée par la consultation d'addictologie et le médecin traitant, avaient permis une rémission progressive de la symptomatologie dépressive et anxieuse. Le décalage très important entre l'hétéro et l'auto-évaluation révélait à quel point l'état actuel du recourant, brisé narcissiquement après la perte de son rôle de chef de famille et fortement fragilisé sur le plan affectif après la perte de sa mère, était associé à une souffrance subjective majeure. Le recourant avait été capable de diminuer sa consommation de benzodiazépines, jusqu'à l'arrêt total, et ce sans répercussion significative sur son état. La rémission symptomatique sur le plan thymique-anxieux était ainsi corroborée par la présence de plusieurs paramètres convergents.

L'expert a mentionné, à titre de diagnostics différentiels, un trouble panique et une dépendance aux anxiolytiques. Bien que des crises de panique n'étaient actuellement pas signalées et qu'aucune phobie invalidante ne faisait partie du tableau, il n'était pas exclu que lors de l'examen au SMR en octobre 2011, le recourant, sans traitement antidépresseur, ait connu un état d'anxiété morbide, voire paroxystique, qu'il aurait traité par sa forte consommation de benzodiazépines et d'alcool. Le recourant était probablement dépendant depuis quelques années aux benzodiazépines. Le fait qu'il parvienne à baisser la dose d'anxiolytiques et à s'en sevrer récemment était un indicateur d'une rémission de l'état dépressivo-anxieux et de la présence de ressources adaptatives.

S'agissant du diagnostic de personnalité limite, le recourant présentait, probablement déjà depuis son adolescence, un trouble de la personnalité de type borderline, caractérisé par l'hypersensibilité aux abandons réels ou imaginaires, une impulsivité le prédisposant à un abus de substances, un comportement instable sur le plan affectif ainsi qu'un probable sentiment de vide occasionnel. Ce grave trouble de la personnalité était responsable des décompensations thymiques majeures lors de la perte des parents et de la probable augmentation significative de la consommation alcoolique dans un but d'automédication qui avait suivi. Ce trouble s'était développé précocement dans un contexte affectif particulier. L'expert

a notamment précisé que le recourant, troisième d'une fratrie de quatre enfants dont trois filles, avait probablement une position privilégiée et bien encadrée. Sa relation avec ses parents était de type fusionnel, le père constituant un modèle et la mère sa confidente.

Concernant les traits de la personnalité dépendants et décompensés, l'expert a exposé que l'enfance du recourant, entouré par des figures féminines plus âgées ainsi que par un père modèle, l'avait probablement rendu peu autonome et plutôt dépendant dans son fonctionnement envers son entourage proche. Il était tombé dans un statut de dépendance et de délégation envers sa fille lors de la perte de son emploi et de son statut de père de famille responsable. Lors de l'expertise psychiatrique, il s'était montré dans un premier temps comme incapable à tout niveau, même d'une expression minimale en français et en particulier sans aucune connaissance par rapport à sa situation, mais face à l'insistance de l'expert, un degré d'autonomie non négligeable avait pu être mis en exergue.

Quant à la personnalité fruste, il était rappelé que le recourant venait d'un milieu pauvre, n'avait pas accompli une scolarité complète et présentait une personnalité incapable de représentation et dénuée d'introspection.

e. Répondant aux questions, l'expert a exposé que le trouble de dépendance alcoolique pouvait être qualifié de grave, mais le recourant était abstinent depuis environ une année. Concernant le trouble dépressif majeur, il était actuellement en rémission complète. Il avait probablement été de gravité importante autour de la période 2011-2012, et associé à une suicidalité active. La personnalité borderline était actuellement plus stable qu'il y a deux ans, mais demeurait une labilité thymique qui découlait de la fragilité de cette personnalité. Son degré de gravité était actuellement faible. S'agissant de la présence de traits de la personnalité dépendante décompensée, lesquels avaient une répercussion évidente sur la possibilité du recourant d'actualiser une capacité de travail dans l'économie du marché, sans une aide extérieure spécialisée, elle constituait une atteinte de gravité moyenne. Ces troubles psychiques avaient clairement une valeur de maladie.

Les limitations fonctionnelles découlant de l'affection alcoolique n'étaient pas d'actualité dans l'état d'abstinence, mais le risque de rechute, qui pourrait avoir des conséquences sévères, ne pouvait pas être écarté. Les restrictions découlant de l'état dépressif résiduel étaient actuellement légères. A noter en particulier la présence d'une certaine labilité thymique, d'une légère asthénie, de douleurs rachidiennes dont une composante somatoforme ne pouvait pas être écartée, ainsi que de l'impression subjective importante de se trouver dans un état de désarroi affectif significatif. Il était fort probable que le recourant ait tenté de se montrer lors de l'examen psychiatrique dans un état meilleur que celui dans lequel il vivait au quotidien. Les limitations fonctionnelles en lien avec la personnalité borderline étaient une hypersensibilité sur le plan affectif avec une anticipation négative en ce qui concernait l'avenir des relations. Le recourant vivait en permanence dans la crainte d'une rupture affective, ce qui augmentait son niveau d'anxiété de base et de

tension psychique, qui avaient, à leur tour, une répercussion somatoforme. En ce qui concernait les traits dépendants décompensés, ils jouaient un rôle majeur dans l'attitude résignée du recourant qui déléguait l'ensemble de ses responsabilités à sa fille. Dans cet état d'esprit, il avait peu de possibilités de mettre en avant des ressources adaptatives. Selon l'examen neuropsychologique, il ne présentait pas de limitations fonctionnelles significatives pour un emploi manuel non qualifié suite à une atteinte cognitive éventuelle.

L'anamnèse indiquait un lien étroit entre les rechutes alcooliques et les décompensations thymiques suite à la perte des parents. Cette décompensation, dans l'épisode de 2007, évoluait progressivement vers un épisode dépressif majeur, et en ce qui concernait 1989, soit vers un trouble de l'adaptation avec répercussions thymiques, soit vers un épisode dépressif majeur. Dans un premier temps, le recourant n'avait pas été capable de s'abstenir de consommer de l'alcool. En l'absence d'un traitement antidépresseur jusqu'en 2012, il présentait probablement un état dépressif d'une telle gravité que l'alcool servait d'automédication. L'abstinence avait certainement eu un impact positif, mais il semblait qu'elle n'avait pas pu être obtenue sans une stabilisation thymique sous antidépresseurs. Il existait probablement une relation de résonance entre les troubles psychiatriques non alcooliques et la dépendance alcoolique. Si cette dernière semblait temporellement et constamment associée aux décompensations thymiques, il était probable que la consommation de quantités si importantes d'alcool avait aussi un impact délétère sur les autres troubles psychiques. On pouvait aussi imaginer une répercussion négative sur les relations au sein de la famille suite à l'état d'alcoolisation permanent du recourant. La consommation d'alcool avait probablement accentué les sentiments d'inutilité, de culpabilité, de désespoir et de perte de maîtrise sur sa vie. L'hypothèse la plus probable était que la survenue de troubles affectifs majeurs était indépendante de la prise d'alcool, étant liés à la perte des parents et à la perte de l'emploi en ce qui concernait l'épisode actuel. A son tour, la consommation d'alcool s'était aggravée suite à l'apparition de troubles affectifs majeurs.

En l'état, l'abstinence alcoolique n'induisait pas directement une incapacité de travail. C'était également le cas du trouble dépressif présentant une rémission totale. La personnalité borderline, dans le contexte de soutien des proches, était suffisamment équilibrée à ce stade pour ne pas constituer un handicap significatif. Sa présence avait surtout une valeur pronostique, constituant un facteur de risque pour une rechute sur le plan alcoolique-thymique. En revanche, la présence de traits de la personnalité dépendants et décompensés conduisait le recourant à une attitude régressée dans laquelle il déléguait l'ensemble des responsabilités et des initiatives à sa fille. Cette situation, malgré la rémission symptomatique globale, induisait un handicap fonctionnel significatif, empêchant le recourant de mettre en avant ses compétences professionnelles résiduelles, et dans tous les cas limitées, sur le

marché de l'emploi. Son incapacité de travail était totale dans l'économie du marché en l'absence de mesures réhabilitatives spécialisées.

Il était difficile d'indiquer avec précision le début de l'incapacité de travail liée à la décompensation actuelle d'un point de vue strictement psychiatrique. Le recourant avait travaillé jusqu'en novembre 2008 et avait ensuite bénéficié de prestations du chômage et de l'assurance perte de gain durant une période de deux ans au total, et avait travaillé occasionnellement pendant ce temps. Il était probable que, tant qu'il parvenait à trouver des emplois occasionnels, le recourant gardait l'espoir et évitait une aggravation de son état thymique ainsi que de ses alcoolisations. Face à la disparition de perspectives professionnelles en novembre 2010, une aggravation de son état thymique-anxieux-alcoolique avait probablement eu lieu. Le dossier révélait une urgence psychiatrique en juin 2010 ainsi qu'une hospitalisation en unité d'addictologie de treize jours en novembre 2010. Il était ainsi possible a posteriori de situer le début de l'incapacité de travail totale probablement vers novembre 2010. A noter qu'autour de cette période et jusqu'à fin 2013, le recourant avait bénéficié d'au moins huit hospitalisations en psychiatrie générale, en unité d'addictologie ainsi qu'en urgences psychiatriques. Son état n'était probablement pas suffisamment stable pour pouvoir chercher du travail.

Depuis quatorze mois, le recourant travaillait bénévolement dans un établissement public en tant qu'aide-cuisinier non qualifié, à raison de deux demi-journées par semaine, ce qui convenait parfaitement à son profil et à ses compétences. Ce genre d'activité non qualifiée respectant les limitations rhumatologiques devait être considérée comme exigible à un taux significatif, pouvant atteindre les 70%. Toutefois, tenant compte de la fragilité du recourant et des risques de rechute sur le plan alcoolique, il était judicieux d'augmenter progressivement la capacité de travail. Un premier palier à 50% pouvait être suivi après trois mois d'une augmentation de 20% pour atteindre les 70%, sans baisse de rendement. Mais le recourant ne disposait pas des aptitudes sociales et des ressources adaptatives nécessaires pour pouvoir chercher un tel emploi par lui-même. Comme l'indiquait son comportement au début de l'entretien, il se sentait gêné de parler en français, sous-estimait clairement ses compétences linguistiques et de manière générale son degré d'autonomie. Il n'avait pas réellement conscience de ses limitations et sa forte motivation à travailler le poussait à chercher des emplois inappropriés tels que la vente dans un kiosque. En l'absence d'un encadrement spécialisé, il ne disposait d'aucune capacité de travail dans l'économie de marché.

Les chances d'une réadaptation professionnelle d'un point de vue purement médico-théorique avec un encadrement spécifique étaient bonnes. Mais ces considérations faisaient abstraction de la probabilité réelle du recourant, âgé de 56 ans, limité sur le plan somatique, fragile sur le plan psychique et sans formation, d'accéder à un emploi.

f. L'expert a commenté le rapport du SMR du 5 décembre 2011 et relevé que ce document était lacunaire concernant l'atteinte thymique majeure, car il n'évoquait

pas le fait qu'il s'agissait d'un état dépressif majeur. En outre, il ne précisait pas la gravité de l'atteinte thymique résiduelle et n'utilisait aucune échelle objective et subjective pour la quantifier. Pourtant, à cette époque, l'état dépressif était loin de connaître une rémission significative puisque cette dernière n'était survenue qu'après l'administration d'un traitement antidépressif vers le milieu de l'année 2012. En outre, le status psychiatrique décrivait un assuré triste, anhédonique et aboulique, avec une vision pessimiste, ayant perdu 8kg en trois-quatre mois et apparemment gêné de parler de sa vie sexuelle déficiente. Une désorientation spatio-temporelle avec des problèmes de concentration et une fatigue étaient également signalés, ainsi qu'un manque d'élan, d'initiative et de projet quelconque. Le quotidien était sombre, la vie sociale inexistante, ce qui convergeait vers le diagnostic d'un épisode dépressif majeur de gravité au moins moyenne sinon sévère, avec une automédication par des doses massives d'anxiolytiques et d'alcool. Or, à la place d'un tel diagnostic, le SMR avait retenu des « troubles thymiques résiduels » auxquels on pouvait ne pas attribuer une répercussion sur la capacité de travail. De surcroît, ce rapport n'étudiait pas non plus le caractère itératif de la décompensation thymique. Tout en signalant quatre épisodes dépressifs dont un associé à une hospitalisation psychique récente, il ne cherchait pas à connaître les circonstances, les causes, la gravité et la durée de ces épisodes. Il omettait totalement de mentionner la dépression importante de 1989, ainsi que les liens temporels entre ces décompensations et la perte des parents. Par ailleurs, tout en évoquant la présence d'une idéation noire, il ne se référait pas à la suicidalité qui accompagnait cette période et qui avait même motivé une hospitalisation psychiatrique urgente. Il n'évoquait pas les graves troubles de la personnalité présentés par le recourant au moment de l'examen psychiatrique. Sans faire état de la fragilité extrême induite par le trouble de la personnalité borderline, il était impossible de donner un sens à la décompensation alcoolique présente à ce moment. Sans se rendre compte du degré de dépendance du recourant qui ne s'exprimait probablement pas en français au cours de l'entretien, l'expert ne pouvait pas se rendre compte des difficultés réelles pour chercher de manière efficace une place de travail si son état était meilleur. En outre, le rapport du SMR mentionnait une consommation de huit comprimés d'anxiolit par jour, soit une dose de 120mg, alors que la dose maximale autorisée était de 45mg par jour. Une telle consommation hors d'un cadre hospitalier révélait une anxiété morbide et/ou un abus de calmants. Aucun de ces diagnostics ne figurait dans le rapport. Dans le même registre, ce document faisait état d'angoisse avec des palpitations, des précordialgies avec un serrement thoracique, ainsi que de vertiges, symptômes associés habituellement à l'anxiété neurovégétative, voire un véritable trouble panique. Cette piste était écartée uniquement parce qu'une crise de panique n'avait pas lieu lors de l'examen psychiatrique. Au regard de la question de l'alcoolisme primaire ou secondaire, il était clair que du moment que le rapport du SMR n'investiguait pas les raisons de la décompensation du recourant, il ne pouvait pas répondre à la question de l'origine primaire ou secondaire de celui-ci. Etablir les

liens directs et étroits entre les décompensations thymiques liées à la perte des parents et les décompensations alcooliques aurait permis de se rendre compte de la nature secondaire du trouble alcoolique par rapport à l'état thymique majeur. En effet, le fait d'avoir maintenu une consommation alcoolique faible pendant des années, de l'ordre de deux verres par jour, n'avait jamais constitué un handicap fonctionnel dans la vie du recourant, qui avait pu maintenir un emploi stable au sein de la même entreprise. De même, les examinateurs du SMR n'avaient pas cherché à approfondir la blessure narcissique subie par l'assuré, dévoué à son travail et ayant occupé un seul poste de travail durant 26 ans, fidèle au même employeur. Suite à son licenciement, survenant dans la phase de deuil de sa mère, il avait perdu ses repères et s'était senti abandonné, inutile et sans avenir.

Quant au rapport de la Dresse L_____ du 12 septembre 2013, il était bref et non exhaustif. Il omettait les diagnostics de personnalité qui étaient indispensables pour comprendre l'évolution du cas et pour formuler un pronostic. Il ne mentionnait pas la décompensation de 1989, ce qui ne permettait pas d'établir les liens directs entre la perte des parents et les décompensations thymiques et alcooliques.

g. Le pronostic de l'évolution de l'état de santé était dans l'ensemble favorable selon l'examen psychiatrique actuel. Il existait en effet des éléments positifs, tels qu'une rémission significative de l'atteinte thymique-anxieuse, une abstinence alcoolique depuis environ un an, une forte motivation, un processus de réhabilitation déjà mis en place à un taux de 20% dans un cadre protégé, une absence d'éléments caractériels de la personnalité, de revendication ou de cristallisation de l'état psychique. Parmi les éléments pronostiques négatifs, l'expert a relevé une fragilité de la personnalité borderline face à toute perspective de rupture affective ou en cas de départ de la fille de la maison, une surestimation de ses capacités, un état de désarroi psychique nettement disproportionné par rapport à l'hétéro-observation, un état prolongé de dépendance et de délégation totale de ses responsabilités.

L'expert a conclu que le recueil anamnestique s'était avéré difficile car l'anamnèse faisant partie du volumineux dossier était lacunaire, voire contradictoire, pour des faits essentiels. Le recourant était incapable de fournir une anamnèse biographique précise et la version fournie par sa fille était contradictoire avec la sienne. Enfin, sa personnalité fruste, son discours pauvre, tendant au refoulement émotionnel tout en essayant de se montrer dans un état meilleur, n'avait pas rendu aisée la compréhension de l'évolution de la pathologie.

24. Par écriture du 12 janvier 2015, le recourant a relevé que les atteintes psychiques énumérées dans le rapport d'expertise avaient pour conséquence une incapacité totale de travail de novembre 2010 à fin 2013. Depuis janvier 2014, l'expert estimait qu'une activité non qualifiée pouvait être exigible dans un premier temps à hauteur de 50%, puis après trois mois d'adaptation à 70%, et ce pour autant qu'elle respecte les limitations physiques et psychiques. Toutefois, en l'absence d'un

encadrement spécialisé, il ne disposait d'aucune capacité de travail dans l'économie du marché, de sorte qu'il concluait à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

25. Le même jour, l'intimé a maintenu sa position et déclaré se rallier à l'avis du 12 décembre 2014 des Dresses K_____ et O_____ du SMR, auxquelles il avait soumis le rapport d'expertise.

Dans cette appréciation, le SMR a relevé que l'expert n'avait pas déterminé l'intensité que le trouble dépressif avait atteint dans le passé, précisant que la qualification « majeur » ne donnait pas d'indication à cet égard. Il n'avait pas mentionné non plus si l'alcoolisme était primaire ou secondaire. En outre, la neuropsychologue estimait qu'il n'y avait pas de limitations de la capacité de travail ou du rendement dans les tâches simples, et les éléments retenus par l'expert à l'appui du diagnostic de trouble de la personnalité borderline et de traits de la personnalité dépendants décompensés, soit une hypersensibilité aux abandons, une impulsivité le prédisposant à un abus de substance et un comportement instable sur le plan affectif, étaient peu spécifiques et insuffisants pour remplir les critères d'un trouble de la personnalité. De plus, de tels diagnostics n'avaient jamais été évoqués par les psychiatres traitants et la stabilité professionnelle et affective parlait clairement en défaveur d'un trouble de la personnalité émotionnellement labile type borderline. En l'absence de trouble de la personnalité clairement constitué et décompensé, les traits de personnalité dépendants décompensés ne constituaient pas une atteinte incapacitante au sens de l'assurance-invalidité. Le SMR maintenait que l'alcoolisme était primaire et qu'aucune comorbidité psychiatrique n'avait été constatée lors de son examen de 2011. Selon lui, les documents médicaux parlaient en faveur d'un alcoolisme de longue date avec des pertes de contrôle de la consommation lors d'événements de vie difficile. Le trouble dépressif constitué était apparu après la rechute alcoolique et s'était amélioré au moment de l'arrêt de la consommation. S'il était possible que le traitement antidépresseur ait apporté une aide, il était manifeste que la rémission se maintenait à la faveur de l'abstinence et non d'un traitement antidépresseur correctement administré. Partant, le SMR était convaincu de la présence d'un alcoolisme primaire qui s'était manifesté principalement par une consommation non contrôlée entre 2007 et 2012, puis partiellement contrôlée entre 2012 et 2013, puis l'obtention d'une abstinence à partir de 2013. Parallèlement, le recourant avait présenté une décompensation thymique, évaluée d'intensité moyenne par les psychiatres traitants, qui avait évolué en fonction du degré de la consommation et des événements extérieurs. Alors qu'en 2012, la problématique alcoolique primaire interférait avec les mesures professionnelles, il semblait qu'aujourd'hui l'aptitude à la réadaptation soit recouvrée. Les conclusions du 21 décembre 2011 restaient valables et la capacité de travail exigible était entière dans toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles et aux facultés du recourant.

26. Copie de ces écritures ont été transmises aux parties le 14 janvier 2015.

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.

Le présent recours a été interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, et le recourant a qualité pour recourir.

Le recours est recevable (art. 56ss LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 – LPA – E 5 10).

2. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, respectivement, le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2011, et, après le 1^{er} janvier 2012, en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

3. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, singulièrement sur sa capacité de travail, étant rappelé qu'il ne conteste pas la décision de l'intimé en ce qu'elle fixe son degré d'invalidité à 30% au regard de ses atteintes à la santé physique.
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).

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.

Selon les 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.

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. 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 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).

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_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.4).

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. 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 125 V 352 ss consid. 3).

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).

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).

Enfin, on rappellera que 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. 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 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).

8. En l'espèce, l'intimé a considéré, sur base des rapports du SMR, que le recourant présentait, d'un point de vue psychique, des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, ainsi que des troubles thymiques résiduels, sans effet durable sur la capacité de travail. La dépendance à l'alcool était d'origine primaire et non invalidante au sens de l'assurance-invalidité.

Quant à lui, le recourant a soutenu que son alcoolisme était d'origine secondaire et qu'il était totalement incapable de travailler en raison d'une dépression.

Suite à l'état d'abstinence du recourant, la chambre de céans a mis en œuvre une expertise judiciaire. Il convient donc d'apprécier la valeur probante de ce document à l'aune des critères jurisprudentiels en matière de rapports médicaux.

9. a. Dans son rapport du 27 novembre 2014, le Dr L_____ a diagnostiqué une dépendance alcoolique, en rémission précoce complète, un trouble dépressif majeur récurrent, en rémission totale, une personnalité borderline, des traits de la personnalité dépendants décompensés, et une personnalité fruste, ajoutant que ces

troubles avaient valeur de maladie. Il a conclu que le recourant était en incapacité totale de travail de novembre 2010 à décembre 2013.

La chambre de céans constate que cette expertise a été réalisée en pleine connaissance du dossier, après un entretien avec la psychiatre et le médecin traitant du recourant, et en tenant compte des conclusions de la neuropsychologue, également mandatée. L'expert a procédé à une anamnèse détaillée, relevant au demeurant que cette dernière s'était avérée difficile en raison de l'incapacité du recourant à fournir une biographie précise, de sa personnalité fruste et des lacunes et contradictions contenues dans le dossier. Il a mené des investigations très poussées, relaté ses observations cliniques, et commenté minutieusement chacun des diagnostics retenus, en exposant de manière claire et convaincante les éléments sur lesquels il se fondait et les motifs pour lesquels il s'écartait de l'appréciation d'autres médecins.

Reste donc à examiner si d'autres spécialistes ont émis des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert.

b. Dans son rapport du 5 décembre 2011, le SMR a retenu l'existence de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, ainsi que de troubles thymiques résiduels, sans influence sur la capacité de travail. Or, l'expert a expliqué de manière convaincante que ce document était lacunaire à de nombreux égards. Non seulement il ne cherchait pas à connaître les circonstances, les causes, la gravité et la durée des épisodes dépressifs, mais il omettait également de mentionner l'importante dépression de 1989, ainsi que les liens temporels entre les décompensations thymiques et la perte des parents. En outre, les examinateurs du SMR ne s'étaient pas référés à la suicidalité qui avait motivé une hospitalisation psychiatrique d'urgence. L'expert a écarté le diagnostic de troubles thymiques résiduels au profit de celui d'épisode dépressif de gravité moyenne, voire sévère, car le status psychiatrique décrivait un assuré triste, anhédonique et aboulique, avec une vision pessimiste, ayant perdu beaucoup de poids et apparemment gêné de parler de sa vie sexuelle déficiente. Avaient également été observés une désorientation spatio-temporelle avec des problèmes de concentration, une fatigue, un manque d'élan, d'initiative et de projet quelconque, une automédication par des doses massives d'anxiolytiques et d'alcool. Le quotidien était sombre et la vie sociale inexistante. Le Dr M_____ a expliqué que les examinateurs n'avaient pas pu se rendre compte du degré de dépendance du recourant, lequel ne s'était probablement pas exprimé en français au cours de l'entretien. Il a également souligné que le rapport du SMR mentionnait une prise quotidienne de 120mg d'anxiolit, alors que la dose maximale autorisée était de 45mg par jour. Une telle consommation hors d'un cadre hospitalier révélait une anxiété morbide et/ou un abus de calmants, mais aucun de ces diagnostics n'était posé. Dans le même sens, le rapport faisait état de plusieurs symptômes associés habituellement à l'anxiété neurovégétative, voire à un véritable trouble panique, mais cette piste avait été écartée sans examens approfondis. L'expert a clairement

exposé que le rapport du SMR ne pouvait pas répondre à la question de l'origine primaire ou secondaire de l'alcoolisme puisqu'il n'avait pas établi les liens directs et étroits entre les décompensations thymiques liées à la perte des parents et les décompensations alcooliques. De même, les examinateurs n'avaient pas cherché à approfondir la blessure narcissique subie par le recourant, licencié durant le deuil de sa mère, après avoir fidèlement travaillé pour son employeur durant 26 ans.

Les explications de l'expert, sérieusement motivées, apparaissent des plus convaincantes. Au surplus, la chambre de céans constate que le diagnostic de troubles thymiques résiduels posé par le SMR est également contredit par d'autres pièces du dossier, puisque le Dr D_____ (rapport du 3 juin 2011), la Dresse J_____ (rapports du 10 septembre et 7 décembre 2012), et la Dresse L_____ (rapport du 12 septembre 2013), ont retenu, à l'instar de l'expert, celui de trouble dépressif.

c. Quant au rapport de la Dresse L_____ du 12 septembre 2013, laquelle a fait état d'un syndrome de dépendance alcoolique, actuellement abstinente, et d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, la chambre de céans observe que ses conclusions, selon lesquelles la dépendance à l'alcool ne serait pas la conséquence d'une atteinte psychique, sont basées sur des faits erronés. En effet, elle a estimé que le recourant était dépendant à l'alcool depuis l'âge de 12 ans, alors qu'il ressort de l'anamnèse du Dr M_____ que la dépendance a commencé en 1989 seulement, soit à plus de 30 ans, suite au décès du père du recourant. De surcroît, l'expert a également souligné que ce document ne mentionnait pas la décompensation de 1989 et n'établissait pas de liens directs entre la perte des parents et les décompensations thymiques et alcooliques.

Ce rapport n'est donc pas non plus de nature à remettre en cause les conclusions de l'expert.

d. Enfin, concernant le rapport du SMR du 12 décembre 2014, il est rappelé que les Dresses K_____ et O_____ reprochent en premier lieu à l'expert une certaine confusion résultant du mélange des terminologies de la nomenclature CIM-10 et DSM-IV, et en particulier le fait que la dénomination « majeur » ne donne pas d'indication sur le degré d'intensité du trouble dépressif, lequel peut être léger, moyen ou grave. Elles soutiennent ainsi que l'expert n'a pas déterminé l'intensité que ce trouble avait atteint dans le passé. Une telle argumentation ne saurait être suivie. En effet, si le Dr M_____ a effectivement qualifié le trouble dépressif de « majeur », sans préciser s'il correspondait à un degré léger, moyen ou grave, il a expressément noté qu'il avait été de « gravité importante » en 2011-2012 (rapport p. 36), qu'il avait été d'une « telle gravité que l'alcool servait d'automédication » jusqu'à l'introduction d'un traitement antidépresseur (rapport p. 38), et que l'ensemble du descriptif convergeait « vers le diagnostic d'un épisode dépressif majeur de gravité au moins moyenne sinon sévère » (rapport p. 44). Il est donc manifeste que l'expert a estimé que le trouble dépressif avait atteint un degré de gravité moyen, voire sévère.

En deuxième lieu, le SMR soutient que le Dr M_____ ne précise pas si l'alcoolisme est primaire ou secondaire. Or, il ressort clairement du rapport que l'expert a conclu que l'alcoolisme était secondaire puisqu'il a relevé: « Etablir les liens directs et étroits entre les décompensations thymiques liées à la perte des parents et les décompensations alcooliques aurait permis à l'expert AI de se rendre compte de la nature secondaire du trouble alcoolique par rapport à l'état thymique majeur » (rapport p. 45).

Les Dresses K_____ et O_____ contestent ensuite l'appréciation de l'expert quant à la capacité de travail, invoquant que la neuropsychologue considérait qu'il n'y avait pas lieu de retenir des limitations de ladite ou du rendement dans les tâches simples. Cette critique tombe à faux car les conclusions de Mme N_____, laquelle a estimé que le recourant présentait une capacité de travail médico-théorique de 70%, mais qu'il n'était pas à même de chercher un emploi dans l'économie du marché par lui-même compte tenu de son comportement régressé, sont reprises par l'expert (rapport p. 14 et 42).

Les Dresses K_____ et O_____ relèvent encore que les éléments retenus par le Dr M_____ à l'appui du diagnostic de trouble de la personnalité borderline et de traits de personnalité dépendants et décompensés sont peu spécifiques et insuffisants pour remplir les critères d'un trouble de la personnalité au sens de la CIM-10. Elles ajoutent que ces diagnostics n'ont jamais été évoqués par les psychiatres traitants et que la stabilité professionnelle et affective parlait clairement en défaveur d'un trouble de la personnalité émotionnellement labile type borderline. Selon elles, le trouble alcoolique est primaire, le recourant ne présente pas de grave problématique psychique en dehors de la problématique alcoolique, le trouble dépressif est apparu après la rechute et sa rémission se maintient à la faveur de l'abstinence et non d'un traitement antidépresseur. La chambre de céans rappelle toutefois que l'expert a dûment motivé les raisons pour lesquelles il retenait l'existence d'un trouble de la personnalité, lequel était responsable des décompensations thymiques majeures lors de la perte des parents et de la probable augmentation significative de la consommation alcoolique dans un but d'automédication. Le Dr M_____ a exposé que le fait d'avoir maintenu une consommation alcoolique faible pendant des années, de l'ordre de deux verres par jour, n'avait jamais constitué un handicap fonctionnel dans la vie du recourant qui avait pu conserver son emploi stable. L'hypothèse la plus probable était que la survenue de troubles affectifs majeurs était indépendante de la prise d'alcool et liée à la perte des parents et à la perte de l'emploi en ce qui concernait l'épisode actuel. A son tour, la consommation d'alcool s'était aggravée suite à l'apparition de troubles affectifs majeurs. Si l'abstinence avait eu un impact positif, elle n'avait pas pu être obtenue sans une stabilisation thymique par un traitement antidépresseur, introduit en 2012. Les conclusions de l'expert résultent d'un examen complet du dossier et ont été émises après des consultations avec les médecins traitants. L'opinion divergente du SMR

n'est pas susceptible de mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, dont les explications apparaissent des plus convaincantes.

e. La chambre de céans fera donc siennes les conclusions du rapport d'expertise, auquel elle reconnaît une pleine valeur probante.

10. Partant, il y a lieu de conclure que le recourant, dont le degré d'invalidité a été fixé à 30% en raison de ses troubles somatiques, était en outre totalement incapable de travailler pour des raisons psychiques, de novembre 2010 à décembre 2013.

Le recourant a donc droit à une rente entière d'invalidité. L'incapacité totale de travail a débuté le 8 décembre 2009 en raison des atteintes somatiques et le délai de carence est arrivé à échéance le 8 décembre 2010. La demande de prestations a été déposée le 7 septembre 2010 et le délai de six mois a échu le 7 mars 2011, date à laquelle le recourant présentait, en sus de ses limitations physiques, une totale incapacité de travail en raison de son état de santé psychique.

Ainsi, le droit à la rente prend naissance dès le 1^{er} mars 2011, soit au début du mois au cours duquel le droit a pris naissance.

Le recours doit être admis et la décision attaquée être annulée, au sens des considérants. La cause sera renvoyée à l'intimé pour le calcul de la rente d'invalidité.

11. Il importe toutefois de rappeler que, 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 le cas échéant faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (cf. ATF 131 V 242 consid. 2.1).

En l'occurrence, la décision querellée a été rendue le 21 mars 2013, de sorte que les faits survenus postérieurement, et plus particulièrement l'amélioration de l'état de santé psychique du recourant à compter du 1^{er} janvier 2014, n'ont pas à être pris en compte et ne sont donc pas pris en considération par la chambre de céans (ATF 130 V 447 consid. 1.2.1 ; ATF 99 V 102 et les arrêts cités).

Cette dernière ne peut exclure qu'il y ait un motif de révision de la situation du recourant à partir de janvier 2014. Mais il ne lui appartient, dans le cadre du présent recours, ni de l'affirmer ni de le nier, de même qu'il ne lui appartient pas non plus de déterminer si, le cas échéant, conjointement à une révision, l'octroi de mesures d'ordre professionnel devrait être envisagé. Elle rappelle simplement que l'expert a émis une importante réserve quant à la mise en valeur d'une capacité de travail retrouvée du recourant eu égard à l'amélioration de son état de santé psychique, puisqu'il a estimé qu'il était impossible au recourant « de pouvoir postuler de manière efficace pour un quelconque emploi dans l'économie » et qu'en l'absence d'une aide au placement octroyée par l'intimé, il ne disposait « d'aucune capacité de travail dans l'économie de marché », en plus qu'il recherchait des emplois inadaptés et n'avait pas réellement conscience de ses limitations (rapport p. 42).

12. Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

Etant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1^{bis} LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 400.-.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet et annule la décision du 21 mars 2013, au sens des considérants.
3. Dit que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} mars 2011.
4. Renvoie la cause à l'intimé au sens des considérants.
5. Condamne l'intimé à payer au recourant le montant de CHF 2'500.- à titre de participation à ses frais et dépens.
6. Met un émolument de CHF 400.- à la charge de l'intimé.
7. 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

Sylvie SCHNEWLIN

Raphaël MARTIN

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