



### EN FAIT

1. Monsieur A\_\_\_\_\_, né en 1952 et originaire d'Afghanistan, est entré en Suisse en octobre 1980. Il est père d'une fille née en 1988. Après un premier mariage dissout par le divorce, il se remarie en 1998. L'intéressé a obtenu une licence en biologie en Afghanistan. Selon son curriculum vitae, il a travaillé comme vendeur indépendant de 1984 à 1987 à Zurich, puis en tant que chauffeur en 1992 et ensuite il a exploité un magasin d'artisanat de 1993 à 2004. De 2000 à 2002, il a travaillé également à 50% en tant que chauffeur. Après une période de chômage, il est assisté par l'HOSPICE GENERAL.
2. Du 21 janvier au 3 février 1992, l'assuré est hospitalisé pour la première fois à la Clinique de psychiatrie des HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENEVE (HUG). Selon le résumé de séjour y relatif, c'est lors d'un séjour dans sa belle-famille à Albertville pour un voyage d'affaires et le jour même du départ définitif de son père pour l'Afghanistan, que l'assuré a développé un état délirant aigu persécutoire accompagné d'hallucinations auditives et d'une agitation psychomotrice, nécessitant son hospitalisation dans une clinique psychiatrique à Chambéry. Après cinq jours, il est rapatrié aux HUG, lesquels poursuivent le traitement neuroleptique, auquel l'assuré répond favorablement.
3. Du 18 au 24 décembre 1993, l'assuré est hospitalisé une deuxième fois en entrée non-volontaire à la Clinique psychiatrique des HUG pour un état d'angoisses important avec perplexité et hallucinations auditives, alors qu'il est en rupture de traitement, erre dans la ville et tente de se défenestrer. Marié depuis quatre à cinq ans, il a des problèmes de couple depuis un peu plus d'un an. Il rencontre par ailleurs des problèmes financiers. Depuis un mois, il aurait un comportement inadéquat avec de grandes craintes d'attaques de l'extérieur. Dans ce contexte, sa femme aurait demandé le divorce. Un entretien de famille avec notamment le frère de l'assuré a mis en évidence que la problématique actuelle est en lien avec le projet du divorce. Une demande de prise en charge au Centre de thérapie brève (CTB) est effectuée.
4. En mai 2009, l'HOSPICE GENERAL fait parvenir à l'OFFIC DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (ci-après: OAI) le formulaire concernant la détection précoce de l'invalidité concernant l'intéressé. Il y indique que celui-ci est en incapacité de travail totale depuis le 1<sup>er</sup> février 2006 en raison d'une dépression. Du procès-verbal de l'entretien d'évaluation à la division de la détection précoce du 18 novembre 2009, il résulte que l'assuré a subi une dépression, suite au divorce en 1992, avec plusieurs hospitalisations, la première en 1992 et la dernière en 2008. Il est suivi par le Dr L\_\_\_\_\_, psychiatre, et prend un traitement antidépresseur. A titre de profession, l'assuré indique la profession de chauffeur, placé par l'HOSPICE GENERAL en dernier lieu. Il espère pouvoir retravailler en tant que chauffeur. Ses occupations dans la journée sont la lecture de journaux, la télévision et parfois la fréquentation du marché aux puces.

5. En décembre 2009, l'assuré requiert des prestations de l'assurance-invalidité.
6. Dans son rapport du 15 janvier 2010, le Dr L\_\_\_\_\_ émet les diagnostics d'alcoolisme chronique, de lombosciatalgies L3-L4 et L4-L5, ainsi que d'état dépressif. A titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, il mentionne une goutte, un status post-traumatique cranio-cérébral (alcoolisation aiguë) en 2008 et 2009. Il y a eu plusieurs hospitalisations en urgence aux HUG pour traumatismes liés à l'alcoolisation aiguë jusqu'en 2009. Le traitement actuel consiste en abstinence d'opiacés, traitement antidépresseurs et infiltrations pour les douleurs du dos. Depuis une condamnation de l'assuré en 2008, une psychothérapie ambulatoire a été ordonnée. Sa capacité de travail est nulle. Enfin, selon ce praticien, le patient vit dans l'alcool depuis plusieurs années. Il est dépressif et évolue dans un milieu entouré d'amis alcooliques ou drogués. Ce praticien ne voit que très difficilement une reprise d'activité.
7. Selon le rapport du 16 juin 2010 du Dr L\_\_\_\_\_, le patient est un ancien alcoolique qui a subi plusieurs traumatismes cranio-cérébraux. Il présente une humeur dépressive, des troubles du sommeil, une perte de libido et une anhédonie. Sur le plan somatique, il se plaint de douleurs au dos, ainsi que de céphalées frontales, indépendamment des traumatismes post-chutes fréquents liés à l'alcool. L'évolution n'est pas favorable. Une recherche est en cours pour trouver un psychiatre parlant la langue maternelle de l'assuré à cause de l'aggravation de son état psychique. Les examens sanguins sont compatibles avec une abstinence d'alcool ou une consommation très modérée.
8. Le 2 juillet 2010, l'OAI communique à l'assuré que les mesures de réadaptation professionnelle ne sont actuellement pas indiquées.
9. En février 2011, l'assuré est soumis à une expertise bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique et, en juin 2011, à un examen radiologique au Bureau Romand d'Expertises Médicales (BREM). Dans leur rapport du 5 octobre 2011, le Dr M\_\_\_\_\_, rhumatologue, et le Dr N\_\_\_\_\_, psychiatre, n'émettent aucun diagnostic avec effet sur la capacité de travail, que ce soit sur le plan somatique ou psychique. A titre de diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail, ils mentionnent des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation continue (début de la consommation d'alcool depuis 1980), des troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation du cannabis, utilisation épisodique, des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation du tabac, utilisation continue, et des lombalgies chroniques sur discopathie L5-S1. Les experts concluent ainsi à une capacité de travail entière sans diminution de rendement. Sur le plan somatique, l'assuré indique souffrir de lombalgies depuis 20 ans, aggravées depuis 2010, suite à un accident de la circulation. Il décrit de fortes lombalgies, présentes 24 heures sur 24, soulagées par la kinésithérapie et la natation. Le traitement antalgique semble sans effet. Néanmoins, l'examen clinique rhumatologique est dans la norme et permet d'exclure une atteinte radiculaire ou un problème de posture. Une IRM des sacro-iliaques est aussi dans la norme, même si

elle montre la présence d'une hernie discale L5-S1. Celle-ci ne semble toutefois pas avoir de répercussions sur l'état clinique, l'assuré ne se plaignant pas d'irradiations dans la jambe gauche et l'examen neurologique étant dans la norme. L'examen clinique n'a pas mis en évidence des signes cliniques liés à l'alcoolisme chronique et les dosages sanguins, montrant des tests hépatiques légèrement perturbés et une Carbohydre Deficient Transferrin (CDT; il s'agit d'un test de la consommation d'alcool) douteux, ne permettent pas de confirmer une consommation chronique d'alcool. Sur le plan psychiatrique, le Dr N\_\_\_\_\_ considère que l'assuré ne remplit pas les critères pour le diagnostic d'épisode dépressif, dans la mesure où il sort tous les jours, rencontre des amis, effectue des activités telles que le jeu d'échec, la lecture et l'écoute de la musique. Il n'y a actuellement pas de symptomatologie de la lignée psychotique. L'expert recommande une prise en charge spécifique par rapport au problème de la dépendance à l'alcool par un médecin- psychiatre.

10. Le 30 avril 2012, l'OAI informe l'assuré qu'il a l'intention de lui refuser le droit aux prestations d'invalidité.
11. Par courrier daté du 7 juin 2012, l'assuré s'oppose à ce projet.
12. Par décision du 15 juin 2012, l'OAI confirme le projet de décision précité.
13. Par acte posté le 16 août 2012, l'assuré recourt contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à son annulation et à l'octroi des prestations de l'assurance-invalidité, soit notamment d'une rente entière. Préalablement, il demande son audition. Il relève être suivi depuis 2011 par le Dr O\_\_\_\_\_, psychiatre, selon lequel il souffre d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, confirmant ainsi les diagnostics émis par le Dr L\_\_\_\_\_. Le Dr N\_\_\_\_\_ est ainsi le seul médecin à écarter ce diagnostic. Le recourant fait valoir être empêché de poursuivre son activité professionnelle à 100% également pour des raisons somatiques et que sa capacité de gain était nulle.
14. Selon le rapport du 15 août 2012 du Dr O\_\_\_\_\_, le diagnostic de troubles dépressifs récurrents, épisode actuel moyen, est clairement établi. Le fait que l'assuré joue quelques fois par semaine aux échecs n'est pas un critère suffisant pour justifier l'absence d'un tel trouble. Il s'agit de la seule activité qui détend l'assuré et lui permet de faire face aux idées noires et au désespoir. Les jours où il ne joue pas aux échecs, il est bien plus irritable et "persécuté" avec une symptomatologie dépressive plus marquée. A deux reprises cette symptomatologie comportait également des épisodes avec symptômes psychotiques. Ce facteur aggravant ne peut pas être constaté lors d'une expertise ponctuelle. Enfin, ce praticien fait état d'une nouvelle hospitalisation de trois semaines de l'assuré en raison de sa symptomatologie dépressive.
15. A la demande de la Cour, la Clinique genevoise de Montana lui fait parvenir son rapport du 22 mai 2012, selon lequel l'assuré y a séjourné du 4 au 10 mai 2012 en

raison d'une dépendance à l'alcool, abstinent en milieu protégé. Les comorbidités sont un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans somatisation, une consommation occasionnelle de cannabis et un tabagisme actif, ainsi qu'un status post-décompensation psychotique en 2005, 1993 et 1992. Le motif d'hospitalisation est un sevrage d'alcool. L'assuré a signé un contrat d'abstinence auquel il s'est tenu et a régulièrement participé au groupe d'addiction, aux entretiens et au groupe relaxation. Durant les groupes et les entretiens, il a montré une bonne introspection et a pu verbaliser les effets positifs du sevrage. Il a toutefois écourté son séjour, son épouse ayant beaucoup de difficultés à être éloignée de lui.

16. Ladite clinique transmet également son rapport du 2 août 2012 relatif à l'hospitalisation de l'assuré du 24 juillet au 6 août 2012. Elle y pose les mêmes diagnostics. L'hospitalisation est indiquée pour un sevrage d'alcool avec soutien psychologique. La participation de l'assuré aux groupes et aux entretiens est régulière. Il a conscientisé avoir besoin de se sentir utile afin de donner un sens à sa vie. Il aimerait postuler pour des traductions auprès de l'association APPARTENANCE ou suivre des cours à l'université comme auditeur, à son retour à Genève. Le bilan du séjour est positif, l'assuré ayant retrouvé de l'élan vital.
17. Dans son avis médical du 27 novembre 2012, la Dresse P\_\_\_\_\_ du SMR se demande s'il existe une aggravation de l'état de santé psychique du recourant postérieure à la décision querellée. Elle requiert ainsi d'interroger le Dr O\_\_\_\_\_ à ce sujet, tout en précisant qu'en l'absence d'une atteinte psychiatrique préexistante à la dépendance éthylique, l'existence d'un alcoolisme primaire ne peut être remise en question.
18. Par courrier daté du 11 décembre 2012, le Dr O\_\_\_\_\_ informe la Cour que l'assuré est suivi à son cabinet depuis le 26 septembre 2011. Son anamnèse est superposable à celle de l'expertise du BREM. Le status de cette expertise était succinct. Le médecin traitant décrit le status de la manière suivante: patient calme, orienté, collaborant; hygiène limite inférieure à la norme, voire négligée; thymie triste, idée de dévalorisation, de ruine, de désespoir avec un caractère délirant congruent à l'humeur, partiellement anosognosique. L'assuré n'a pas d'idées suicidaires et dit entendre des voix-bruits la nuit. Il est méfiant et refuse le traitement neuroleptique proposé (il l'acceptera deux séances plus tard). Actuellement, le status est superposable à celui au début du suivi avec toutefois une disparition des idées délirantes congruentes à l'humeur. Les hallucinations auditives et idées de ruine, ainsi que la symptomatologie dépressive persistent. Depuis juin 2012, l'état est stationnaire. Outre un traitement médicamenteux, l'assuré suit une psychothérapie une fois par semaine. Enfin, la compliance n'est pas toujours optimale.
19. Dans son avis médical du 11 janvier 2013, la Dresse P\_\_\_\_\_ du SMR relève qu'il y a une aggravation de l'état de santé antérieure à la décision querellée. A cet égard, elle signale n'avoir pas été au courant que le recourant est suivi par le Dr O\_\_\_\_\_. Par ailleurs, le rapport d'expertise du BREM a recommandé la mise

en place d'une prise en charge psychiatrique. Cela étant, le médecin du SMR préconise une expertise psychiatrique avec bilan neuropsychologique.

20. Par écriture du 15 janvier 2013, l'intimé fait sien l'avis médical du SMR.
21. Par ordonnance du 20 mars 2013, la Chambre de céans met en œuvre une expertise psychiatrique et la confie au Dr Q\_\_\_\_\_, psychiatre.
22. Dans son rapport du 9 octobre 2013, l'expert émet les diagnostics de syndrome à l'alcool, utilisation épisodique, syndrome de dépendance au cannabis, utilisation continue, de trouble dépressif récurrent, en rémission, et de troubles psychotiques transitoires, en rémission. Le syndrome de dépendance à l'alcool fait suite à des troubles psychotiques transitoires survenus en 1992 et 1993. Il y a aussi une comorbidité sous la forme d'un trouble dépressif récurrent. Toutefois, actuellement, cette comorbidité n'entraîne aucune diminution de la capacité de travail, dès lors qu'elle est actuellement en rémission et ceci depuis une période indéterminée. Les périodes durant lesquelles ce trouble a été actif et provoqué une incapacité de travail, ne peuvent pas être déterminées. A cet égard, l'expert judiciaire souligne que « il n'est absolument pas démontré que les troubles dépressifs de l'expertisé sont causés par la consommation d'alcool ». Il est probable que les symptômes de ralentissement et de trouble de l'attention et de la concentration seraient atténués par l'arrêt de cette consommation. Par ailleurs, l'expert judiciaire indique que « Il est exigible que l'expertisé devienne abstinent de la consommation d'alcool et de cannabis car ces addictions altèrent sa capacité de travail », tout en considérant cette dépendance est clairement secondaire à des troubles mentaux graves ayant débuté en 1992. En tout état de cause, la consommation de cannabis est ancienne et n'entraîne pas en elle-même une incapacité de travail, selon l'expert. Les consommations de cannabis et d'alcool n'ont pas provoqué un dommage permanent à la santé physique ou mentale. Les limitations fonctionnelles dues à cette dépendance consistent en difficultés à assumer des tâches nécessitant des capacités de concentration soutenue, une activité intellectuelle rapide et prolongée et des capacités importantes de mémoire. L'expertisé présente donc essentiellement une diminution des compétences pour des activités intellectuelles. Néanmoins, il pratique la calligraphie, la musique et le jeu d'échecs. La capacité de travail comme chauffeur est nulle en raison de la consommation d'alcool et de cannabis. Dans une autre activité adaptée, sa capacité de travail sur le plan psychique est de 100% avec un rendement entre 60 à 100% selon le degré d'adaptation du poste. Depuis l'expertise du BREM en février 2011, la capacité de travail a été globalement stable. L'expert judiciaire partage par ailleurs la conclusion du BREM concernant le pronostic des troubles psychotiques transitoires, en rémission, mais s'écarte de la conclusion de ce bureau d'expertise, en ce que l'expert judiciaire considère que l'utilisation de l'alcool est épisodique et celle du cannabis continue et non l'inverse. Quant aux troubles dépressifs, il est d'accord avec le BREM que les symptômes dépressifs significatifs actuels font défaut, mais ne pense néanmoins pas que ça permette d'exclure le diagnostic de trouble dépressif récurrent. Quant à la capacité

de travail, l'expert estime, contrairement au BREM, que l'assuré présente des limitations de rendement, principalement dans les activités intellectuelles. Sur le plan de la pathologie, son pronostic est moyen dans le sens d'un probable état stationnaire avec altération lente et progressive des capacités cognitives. Le pronostic est négatif au niveau professionnel, vu l'âge de l'expertisé, sa très faible motivation de travailler et le caractère chronique de son état pathologique.

23. Dans le cadre de cette expertise, l'expert a soumis l'assuré à un bilan neuropsychologique par Monsieur B\_\_\_\_\_, psychologue FSP. Ce bilan n'a mis en évidence un déficit cognitif que dans les tâches exigeantes d'attention, avec un ralentissement sévère dans une tâche informatisée d'intensité et des perturbations dans une double tâche informatisée (attention divisée). Au test Mini-Mental State Examination (MMS ; il s'agit d'un test de mémoire utilisé notamment dans la maladie d'Alzheimer), l'assuré n'obtient qu'un point supérieur à la limite. Il perd des points à l'item de mémoire et à l'ordre complexe. Il a aussi des difficultés de datation pour les événements de vie récents. Toutefois, les indicateurs d'éventuels troubles mnésiques débutants ne sont pas confirmés par les autres tests de mémoire. Le profil cognitif de l'assuré ne correspond par ailleurs pas à ce que l'on peut trouver dans le contexte d'un alcoolisme. Le ralentissement attentionnel apparent dans certaines des tâches les plus exigeantes est plus significatif de la consommation de cannabis et d'une éventuelle humeur dépressive que de la consommation d'alcool. Cependant, dans le cas d'une humeur dépressive avérée, il y a aussi des troubles mnésiques que l'on ne trouve pas chez l'assuré. Les signes discrets en faveur d'une évolution vers une démence ne sont pas suffisants pour évoquer un tel diagnostic. C'est plutôt le résultat d'une exposition continue aux toxiques susceptibles d'amener assez rapidement une détérioration cognitive plus intense. A l'inverse, une abstinence prolongée de toute substance peut améliorer les performances cognitives, y compris le ralentissement observé dans les tests attentionnels. La principale limitation cognitive est un ralentissement et des troubles en attention divisée dans des tâches exigeantes au plan mnésique.
24. Dans un avis médical du 6 novembre 2013, la Dresse P\_\_\_\_\_ du SMR adhère aux conclusions de l'expert judiciaire. Sur la base de cet avis et de l'expertise judiciaire, l'intimé persiste dans ses conclusions le 7 novembre 2013.
25. Par écritures du 7 novembre 2013, le recourant souligne que l'examen neuropsychologique démontre un risque d'évolution vers une démence. Par ailleurs, l'absence temporaire au moment de l'expertise de certains symptômes cliniques ne permet pas de remettre en cause le diagnostic de trouble dépressif récurrent, selon l'expert judiciaire. Ce diagnostic est aussi confirmé depuis 2005 par le Service de psychiatrie des HUG, le Dr R\_\_\_\_\_, le Dr L\_\_\_\_\_ et le Dr O\_\_\_\_\_. Ces derniers relèvent que le recourant souffre d'un trouble important et fortement invalidant. Mme C\_\_\_\_\_, psychologue, confirme aussi ses plaintes de dépressions. Il n'est dès lors pas exclu que ce trouble redevienne actif et, selon l'expert judiciaire, il est impossible de savoir précisément quand et à quel

degré. Celui-ci a aussi relevé qu'il n'est pas démontré que ses troubles dépressifs sont causés par la consommation d'alcool et qu'il s'agit clairement d'une dépendance secondaire à des troubles mentaux graves ayant débuté en 1992. Outre le fait qu'il faut s'attendre à une altération lente et progressive de ses capacités cognitives, le recourant rappelle qu'il n'a plus de revenu professionnel depuis 2004, vit de l'assistance de l'Hospice général, présente une grande fragilité psychique et des problèmes dans la vie privée. Ces éléments rendent improbable un arrêt durable de la consommation de substances addictives. Il a par ailleurs essayé de se soigner à plusieurs reprises, mais sans succès, malgré les diagnostics de sortie toujours positifs, attestant de son abstinence et de sa participation active aux divers groupes. Les réels efforts qu'il a déployés pour se soigner et l'alternance de phases d'abstinence avec des périodes de consommation massive sont également attestés par le Dr L\_\_\_\_\_. L'expert judiciaire a en outre admis une baisse de rendement allant jusqu'à 40% pour les activités intellectuelles. Enfin, il ne s'est pas prononcé sur l'effet d'un trouble dépressif récurrent sur la capacité de travail. En tout état de cause, les médecins des HUG et le Dr L\_\_\_\_\_ considèrent que son incapacité de travail est totale. Cela étant, le recourant persiste dans ses conclusions.

26. Sur ce, la cause est gardée à juger.

### **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; RS E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> 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. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art 56 ss LPGA).
3. Est litigieuse la question de savoir si le recourant présente une invalidité lui ouvrant le droit aux prestations.
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<sup>er</sup> 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.
6. 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 125 V 351 consid. 3).

7. 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).

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).

8. S'agissant des facteurs psychosociaux ou socioculturels et de leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).
9. 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).

10. En l'espèce, l'expert judiciaire a émis les diagnostics de syndrome de dépendance à l'alcool, utilisation épisodique, de syndrome de dépendance au cannabis, utilisation continue, de trouble dépressif récurrent, en rémission, et de troubles psychotiques transitoires, en rémission. Dans la mesure où le recourant ne présente actuellement pas les symptômes d'un trouble dépressif, l'expert considère que ce trouble ne diminue pas la capacité de travail. Quant aux limitations fonctionnelles provoquées par les atteintes psychiatriques, l'expert judiciaire relève des difficultés à assimiler des tâches nécessitant des capacités de concentration soutenue, une activité intellectuelle rapide et prolongée ou des capacités importantes de mémoire. Par ailleurs, la capacité de travail en tant que chauffeur est nulle, en raison de la consommation d'alcool et de cannabis. Dans une activité adaptée, la capacité est sur le plan psychique de 100%, avec un rendement de 60% à 100% selon le degré d'adaptation du poste. Enfin, la capacité de travail est restée globalement stable depuis l'expertise du BREM en février 2011.

Cette expertise remplit les critères jurisprudentiels pour lui attribuer une pleine valeur probante. En effet, elle repose sur des examens approfondis, a été rendue en pleine connaissance du dossier et prend en considération les plaintes du recourant. L'expert judiciaire aboutit par ailleurs à des résultats convaincants.

Il ressort également du dossier que l'état du recourant est relativement stationnaire depuis plusieurs années. En effet, dans son rapport du 15 janvier 2010, le Dr L\_\_\_\_\_ fait état d'hospitalisations en urgence aux HUG jusqu'en 2009. Certes, le recourant a encore été hospitalisé par la suite à la Clinique genevoise de Montana en mai 2012, puis en juillet et août 2012, en raison de la dépendance à l'alcool. A ces occasions, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, est constaté. Néanmoins, il ne ressort pas du dossier que ce trouble dépressif moyen ait perduré pendant une année au moins. Selon l'expert judiciaire, il est en outre impossible de reconstituer a posteriori les périodes d'incapacité de travail dues au trouble dépressif récurrent.

Quant à la diminution du rendement mentionnée par l'expert judiciaire, elle ne concerne que des activités nécessitant des capacités de concentration soutenue, un travail intellectuel rapide et prolongé ou une capacité importante de mémoire. Or, depuis l'arrivée du recourant en Suisse, il n'a jamais exercé une telle activité, malgré une formation universitaire acquise dans son pays d'origine. Partant, il y a lieu de considérer qu'il présente une capacité de travail entière dans une activité sans exigences intellectuelles soutenues. Il convient de rappeler à cet égard que le Dr M\_\_\_\_\_ du BREM ne retient aucune limitation sur le plan physique.

Certes, la capacité de travail est nulle, selon les médecins traitants. Cependant, dans la mesure où ils ne font pas état de pathologies qui n'étaient pas connues de l'expert judiciaire et où celui-ci a rendu son rapport en pleine connaissance du dossier médical, il ne peut être tenu compte de leur avis divergeant.

Ainsi, en l'absence de symptômes en faveur d'un épisode dépressif d'une durée d'une année au moins depuis le dépôt de la demande de prestations, il sied de constater que le recourant ne présente pas une incapacité de travail lui ouvrant le droit aux prestations.

11. Cela étant, le recours sera rejeté.
12. Dans la mesure où le recourant est soutenu par l'Hospice général, la Chambre de céans renonce à percevoir un émolument de justice.

\*\*\*

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Renonce à percevoir un émolument de justice.
4. 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

Diana ZIERI

Maya CRAMER

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