

GE_GERICHTE A/854/2015 vom 23. Dezember 2015

GE Cour de justice, 2015-12-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_854_2015

FR: GE_GERICHTE A/854/2015 du 23 décembre 2015

IT: GE_GERICHTE A/854/2015 del 23 dicembre 2015

Erwägungen

E. 3

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié c/o Monsieur A_____, à CHÂTELAINÉ, comparant avec éléction de domicile en l'étude de Maître METZGER David recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. En janvier 2013, Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né en _____ 1965, a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI). À l'appui de sa demande, il invoquait une atteinte – sans autre précision – dont il indiquait qu'elle était présente depuis son enfance et joignait un formulaire rempli le 28 novembre 2012 par son assistant social auprès de l'Hospice général. Celui-ci y expliquait que l'assuré rencontrait de très importantes difficultés à lire et à écrire, ainsi que dans ses relations aux autres, dont les origines remontaient, selon la mère de l'intéressé, à l'enfance. 2. Du rassemblement des comptes individuels AVS de l'intéressé, il ressort qu'il a travaillé de 1983 à 2005 pour la Ville de B_____, en tant qu'employé de la Voirie, pour un revenu annuel ayant progressé de CHF 23'536.-, initialement, à CHF 79'082.- en 2004. Après son licenciement par la Ville de B_____, l'assuré a exercé la profession de plongeur dans la restauration. 3. L'assuré a été adressé par son assistant social pour évaluation de son état psychique à la doctoresse C_____, spécialiste FMH en médecine interne. Dans un rapport du 7 mars 2013, celle-ci a conclu à un « fonctionnement intellectuelle limite » (sic). Le médecin a relaté que la scolarité de l'assuré avait été difficile en raison de difficultés d'apprentissage ; il avait redoublé plusieurs fois durant sa scolarité primaire et terminé son cursus sans l'obtention du certificat d'études. Après avoir travaillé pendant vingt-trois ans auprès de la commune de B_____ en tant que cantonnier, il avait été licencié et avait occupé différents emplois (plongeur, concierge, etc.) sur de courtes périodes. Le médecin a indiqué qu'il n'y avait ni antécédents psychiatriques personnels ou familiaux connus, ni consommation de drogues. Il a été fait état d'une consommation d'alcool modérée. Le pronostic émis a été positif, en précisant qu'une activité professionnelle pourrait avoir un effet très positif sur le psychisme de l'assuré. Ses limitations (troubles mnésiques et dysfonctionnement exécutif) seraient imperceptibles dans le cadre d'un travail adapté à ses capacités et qualifications. A cet égard, le médecin a émis l'avis que des mesures de réinsertion professionnelle pourraient aider l'assuré à trouver une activité professionnelle adaptée à ses capacités. A l'appui de son évaluation, le médecin s'est référé à un bilan neuropsychologique effectué au mois d'août 2012 par Madame D_____, psychologue diplômée. En substance, celle-ci a constaté que le fonctionnement intellectuel de l'assuré se situait à la limite des normes inférieures (indices de compréhension verbale, de raisonnement perceptif, de mémoire du travail et de vitesse de traitement très faibles). Cliniquement, ont été relevés une tension interne et une certaine méfiance vis-à-vis de l'évaluation, une collaboration limitée, un manque

d'investissement dans les tâches proposées, un manque de persévérance dans la recherche de réponses, ainsi qu'une tendance à la précipitation à l'abord de certaines épreuves. Sur le plan du langage écrit, ont été constatées des erreurs orthographiques et grammaticales, ainsi qu'une alternance inappropriée de casse. Les résultats en calcul étaient limités. Ont été observés des problèmes exécutifs modérés (ralentissement, difficulté d'initiation verbale, mémoire de travail limitée, des performances mnésiques sévèrement déficitaires en mémoire épisodique verbale et non verbale et des capacités attentionnelles faibles. Les autres domaines cognitifs évalués (orientation spatio-temporelle, langage oral, aptitude visio-constructive, praxies gestuelles, gnosies) étaient globalement préservés. En bref, ce bilan neuropsychologique a mis en évidence, principalement, des troubles mnésiques et un dysfonctionnement exécutif, ainsi qu'une lenteur dans le traitement de l'information. Ont également été relevées des difficultés dans le domaine du langage écrit et du calcul et une efficacité intellectuelle se situant à la limite des normes inférieures. La psychologue a émis l'avis qu'une partie des difficultés mises en évidence étaient compatibles avec les difficultés d'apprentissage scolaire évoquées par l'assuré, sans que l'on puisse exclure une composante psychologique. En effet, les dysfonctionnements exécutifs et mnésiques pourraient être associés à une problématique alcoolique ; par ailleurs, le manque de collaboration pourrait également expliquer une partie des scores. 4. Le docteur E_____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin traitant de l'assuré, dans un très bref rapport rédigé en septembre 2013, a préconisé de s'adresser aux spécialistes. 5. Interpellé par l'OAI, le département de psychiatrie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) a indiqué ne plus avoir de nouvelles de l'assuré depuis janvier 2013. 6. Le 16 avril 2014, l'OAI a sommé l'assuré de lui communiquer les coordonnées du médecin le suivant sur le plan psychique. 7. Par courrier du 25 avril 2014, l'assuré a répondu que si les HUG ne pouvaient renseigner l'OAI, il était disposé à se soumettre à une expertise médicale. 8. Le dossier de l'assuré a alors été soumis pour appréciation au Service médical régional (SMR) de l'AI qui, le 16 décembre 2014, a constaté que l'assuré ne proférait aucune plainte au niveau physique, que la Dresse C_____ avait déclaré que, du point de vue médical, l'assuré pouvait encore exercer une activité, qu'il n'y avait d'ailleurs ni arrêt de travail, ni traitement médical en cours, que les limitations fonctionnelles mises en évidence au bilan neuropsychologique étaient présentes depuis longtemps et n'avaient pas empêché l'assuré d'exercer une activité par le passé. En conclusion, il n'existait pas de raison médicale pouvant justifier une incapacité de travail. 9. Par courrier du 22 janvier 2015, l'assuré a fait remarquer à l'OAI que sa dernière activité professionnelle remontait à 2007 ; depuis lors, il avait été incapable d'effectuer autre chose que des activités « protégées », sous forme d'emplois de réinsertion fournis par l'Hospice général. Une nouvelle fois, il a suggéré de se soumettre à une expertise, afin de déterminer les raisons de son handicap. 10. Par décision du 12 février 2015, l'OAI a nié à l'assuré le droit à toute prestation. L'OAI a considéré qu'il n'existait pas de maladie justifiant une diminution de la capacité de travail. 11. Par écriture du 11 mars 2015, l'assuré a interjeté recours contre cette décision en se référant à son courrier du 22 janvier 2015. 12. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 25 mars 2015, a conclu au rejet du recours. L'intimé considère que la capacité de travail de l'assuré est entière tant dans l'activité de plongeur que dans une activité adaptée. Il considère que la situation médicale de l'assuré a été parfaitement élucidée et s'oppose à la mise en œuvre d'une

expertise. 13. Par écriture du 21 mai 2015, le recourant a complété son recours. 14. Préalablement, il demande une fois encore la mise sur pied d'une expertise psychiatrique et neurologique. Au fond, il conclut à l'octroi de mesures de réadaptation et d'une rente entière dès juillet 2013, avec suite de frais et dépens. En substance, le recourant reproche à l'intimé une instruction lacunaire. Il rappelle avoir proposé à plusieurs reprises de se soumettre à une expertise, en vain. Il fait remarquer que les derniers renseignements médicaux obtenus par l'intimé sont antérieurs de plusieurs mois à sa décision. Quant au médecin du SMR qui s'est exprimé, il fait remarquer qu'il n'a ni le titre FMH ni la spécialité en psychiatrie ou neurologie et qu'il ne l'a pas examiné personnellement. Il ajoute que la question de l'existence d'une infirmité congénitale n'a jamais été sérieusement investiguée. Selon lui, le rapport de la Dresse C_____ est lacunaire, dans la mesure où ce médecin conclut simplement à un fonctionnement intellectuel limite, sans établir son origine ni examiner véritablement l'existence d'une dépression ou d'un alcoolisme. Quant au bilan neuropsychologique effectué en août 2012, il indique clairement quelles sont les limitations fonctionnelles, mais sans retenir de diagnostic précis, ni se déterminer sur la capacité de travail. À l'appui de sa position, l'assuré produit un bref courrier du Dr E_____ du 11 mai 2015, attestant qu'il l'a reçu pour des problèmes somatiques sans incidence possible sur sa capacité de travail. Ce médecin souligne l'existence d'un alcoolisme chronique, dont il fait remarquer qu'il ne saurait améliorer les performances intellectuelles limitées de l'assuré. Il fait état d'un fonctionnement intellectuel global très faible et d'une composante psychologique importante, avec réaction fantasque et inadéquation marquée, en relation avec un sentiment d'échec exacerbé, seuls éléments pouvant être pris en compte, à son avis, pour des prétentions à une rente d'invalidité. 14. Par écriture du 9 juin 2015, l'intimé a persisté dans ses conclusions. 15. Il relève que si le Dr E_____ confirme l'existence de troubles psychiques et d'une dépendance à l'alcool, il ne fournit aucune information médicale justifiant que le SMR s'écarte de ses conclusions précédentes. Pour le surplus, l'intimé fait valoir que le médecin du SMR, même s'il ne possède pas le titre de spécialiste en psychiatrie, reste capable d'apprécier la cohérence du rapport d'un confrère. 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 depuis le 1^{er} 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). 2. Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. Le recours interjeté respectant les forme et délai prévus par la loi (art. 56 à 60 LPGA), il y a lieu de le déclarer recevable. 3. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité. 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). 5. Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).

5. 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). L'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2 ; ATF 105 V 158 consid. 1). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4 ; 115 V 134 consid. 2 ; 114 V 314 consid. 3c ; 105 V 158 consid. 1), étant rappelé que l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2 ; 123 V 233 consid. 3c ; 117 V 278 consid. 2b, 400 et les arrêts cités). Dès lors, le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2). 6. L'assuré a droit à une rente lorsqu'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (cf. art. 28 al. 1 let. b et c LAI, en sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008 – 5^{ème} révision AI). 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. 7. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain ; ATF 127 V 299). Ainsi, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. L'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). Lors de l'évaluation de l'invalidité, la tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4 ; 115 V 134 consid. 2 ; 114 V 314 consid. 3c ; 105 V 158 consid. 1 in fine). 8. a. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en

soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

b. S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

c. Un rapport du SMR au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées).

9. a. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. Parmi les atteintes à la santé psychique pouvant provoquer une invalidité, on doit mentionner – à part les maladies mentales proprement dites – les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies, étant précisé que l'on ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge pas l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid.

4c in fine). b. À 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). Notre Haute Cour a à cet égard précisé que 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_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.2). 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 (ATF non publié 9C_395/2007, op. cit., 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). 10. a. 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).

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

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

11. En l'espèce, il convient en premier lieu d'examiner s'il existe une atteinte à la santé invalidante.

Faisant siennes les conclusions de son service médical, l'intimé considère que tel n'est pas le cas et que la capacité de travail de l'assuré reste entière tant dans son activité habituelle de plongeur que dans une activité adaptée à ses capacités intellectuelles limitées. Le recourant soutient quant à lui que son fonctionnement intellectuel limité, tel qu'attesté par plusieurs médecins, les atteintes à sa santé psychique et l'alcoolisme dont il souffre constituent des maladies invalidantes l'empêchant d'exercer une quelconque activité, même adaptée. Il allègue que depuis sa dernière activité de plongeur - qui remonte à 2007 -, il n'est apte à effectuer que des activités « protégées » de réinsertion proposées par l'Hospice général. Se pose dès lors la question de la valeur probante du rapport du 7 mars 2013 établi par la Dresse C_____. Il résulte notamment de ce rapport que, vraisemblablement depuis l'enfance, le fonctionnement intellectuel du recourant est limité. Le médecin n'a observé aucun symptôme de la lignée dépressive et a émis l'avis que la reprise d'une activité professionnelle pourrait avoir un effet très positif sur le psychisme de l'assuré. Les limitations fonctionnelles (troubles mnésiques et dysfonctionnement exécutif) seraient, selon le médecin imperceptibles dans le cadre d'une activité adaptée, telle que l'ancienne activité exercée par le recourant. La chambre de céans observe que le rapport de la Dresse C_____ se base sur un examen du recourant et de son dossier médical, notamment sur le rapport d'évaluation neuropsychologique de Madame D_____, dont elle indique partager les constatations : fonctionnement intellectuel à la limite des normes inférieures, avec troubles mnésiques et dysfonctionnement exécutif. L'anamnèse est complète et les plaintes de l'assuré ont été prises en considération. Les descriptions et l'appréciation de la situation médicale sont claires. Le médecin s'est exprimé sur l'évolution de l'état de santé du recourant, sa capacité de travail et ses limitations fonctionnelles. Ses conclusions sont cohérentes et convaincantes. Il s'ensuit que ce rapport remplit en tous points les réquisits

jurisprudentiels pour que lui soit accordée une pleine valeur probante. Au surplus, on ne trouve au dossier aucun avis médical commandant de s'écarter de ses conclusions. Le Dr E_____ s'est contenté de relever que les capacités de concentration, d'adaptation et de compréhension du recourant étaient limitées, ce qui n'est pas en contradiction avec les constatations de la Dresse C_____. Certes, il fait remarquer que l'alcoolisme chronique de l'assuré n'améliore pas ses performances intellectuelles mais, ainsi que l'a relevé le médecin du SMR, ces limitations fonctionnelles - telles que mises en évidence lors du bilan neuropsychologique - existent depuis longtemps et n'ont pas empêché le recourant de travailler durant des années. À cet égard, l'argument du recourant selon lequel l'avis du médecin du SMR serait dénué de valeur probante au motif qu'il n'est pas spécialiste en psychiatrie est dénué de pertinence dans la mesure où, quelle que soit sa spécialisation, un médecin est en principe en mesure d'émettre un avis sur la cohérence d'un rapport d'un confrère (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_149/2008 consid. 3.2). De surcroît, on rappellera qu'un rapport du SMR se distingue d'un examen médical de l'assuré auquel il arrive audit service de procéder, en tant qu'il ne contient aucune observation clinique et porte une appréciation sur les conclusions médicales existantes. Enfin, en l'occurrence, les remarques du médecin du SMR sont des constatations objectives auxquelles peut également se livrer la Cour de céans : les faits sont incontestables : malgré ses limitations, l'assuré a pu travailler durant de longues années par le passé. Au vu de ce qui précède, la chambre de céans constate que les conclusions de la Dresse C_____ doivent être suivies, étant souligné que ni la neuropsychologue et ni le Dr E_____ ne se prononcent sur la capacité de travail du recourant. 12. Le recourant fait grief à l'intimé de n'avoir pas procédé à des investigations complémentaires à celles de la Dresse C_____ et de la neuropsychologue qui, outre le fait qu'elles sont antérieures de plusieurs mois à la décision de l'intimé, n'évoquent pas ou pas assez, selon lui, ses problèmes d'alcoolisme et n'abordent pas la question d'une éventuelle infirmité congénitale. Or, force est de constater qu'aucun médecin n'a jamais évoqué l'existence d'une infirmité congénitale. On ne saurait dès lors, en l'absence d'un quelconque indice, entreprendre des investigations sur ce point, d'autant qu'on peut penser, au vu de l'âge de l'assuré, que si une telle infirmité existait, elle aurait déjà été décelée depuis longtemps. De même, s'agissant de la requête du recourant tendant à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique et neurologique, on relèvera que ni la Dresse C_____ ni le Dr E_____ n'ont jamais posé de diagnostic psychiatrique. En l'absence d'indice au dossier attestant de l'existence d'une maladie psychiatrique, il ne se justifie pas d'ordonner une telle expertise. Quant au fait que les renseignements médicaux obtenus par l'intimé l'aient été plusieurs mois avant la décision litigieuse, il est sans conséquence, dans la mesure où le recourant ne se prévaut d'aucun indice concret attestant d'une détérioration de son état de santé dans l'intervalle. Concernant les problèmes d'alcoolisme du recourant, il ressort certes des rapports de Madame D_____ et du Dr E_____ qu'ils pourraient être à l'origine d'une partie de ses limitations fonctionnelles mais sans toutefois l'empêcher d'exercer une activité professionnelle. Au demeurant, il ressort du dossier que la majeure partie des dites limitations intellectuelles est présente depuis l'enfance. Dès lors, la dépendance du recourant à l'alcool ne saurait être qualifiée d'invalidante. Les pièces versées au dossier permettant de statuer sur le droit aux prestations du recourant, il n'y a ainsi pas lieu d'ordonner des mesures d'instruction complémentaires par appréciation anticipée des preuves. 13. Compte tenu de ce qui précède, la chambre de céans retiendra, au degré de la vraisemblance prépondérante que le recourant est capable d'exercer à plein temps une activité adaptée tenant compte de ses troubles mnésiques et de son

dysfonctionnement exécutif, comme il l'a d'ailleurs fait pendant une vingtaine d'années. En conséquence, c'est à juste titre que l'intimé lui a nié le droit à toute prestation.![endif]>![if> Mal fondé, le recours est rejeté. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.