

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3678/2013

ATAS/1028/2014

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 26 septembre 2014

4^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié c/o Madame A_____, à GENEVE, Recourant
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Philippe
GIROD

contre

SERVICE DES PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES, sis route de Intimé
Chêne 54, GENEVE

Siégeant : Juliana BALDE, Présidente.

Attendu en fait que, par décision du 10 avril 2008, l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) a rejeté la demande de rente de Monsieur A_____ (ci-après : l'époux), né en 1958 ;

Que par décision du 24 octobre 2012 confirmée sur opposition le 5 mars 2013, le service des prestations complémentaires (ci-après : SPC) a refusé toutes prestations à Madame A_____ (ci-après : l'assurée) au motif que le revenu déterminant incluant un gain potentiel du conjoint à raison de CHF 57'672 était plus élevé que les dépenses reconnues ;

Que le 26 juin 2013, l'assurée par le biais de son époux a demandé au SPC s'il était d'accord d'entrer en matière sur une nouvelle appréciation de son dossier au vu du recours que son époux avait formé contre la décision de l'OAI du 16 mai 2013 refusant d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations du 20 août 2012 ;

Que par décision du 16 août 2013 adressée au conseil du conjoint, le SPC a déclaré la demande de réexamen recevable et l'a rejetée au motif qu'il ressortait expressément de la décision de l'OAI qui avait investigué à plusieurs reprises le dossier du conjoint sous l'angle médical que celui-ci n'avait pas rendu plausible une aggravation de son état de santé ;

Qu'à la suite de l'opposition formée par le conjoint le 10 septembre 2013, le SPC a rejeté l'opposition par décision du 15 octobre 2013 après avoir refusé d'instruire la question de la capacité de gain du conjoint au motif que cette tâche incombait à l'OAI ;

Que le conjoint a interjeté recours contre cette décision en date du 15 novembre 2013, en concluant à l'annulation de la décision ainsi qu'à ce qu'il soit mis au bénéfice de prestations complémentaires ;

Que dans sa réponse du 9 décembre 2013, l'intimé a conclu au rejet du recours ;

Que lors de son audition par la chambre de céans, le docteur B_____, psychiatre FMH, a indiqué qu'il lui était difficile de poser un diagnostic psychiatrique mais qu'on pouvait évoquer une personnalité paranoïaque sensitive avec un versant dépressif. Les consultations avec le recourant étaient assez pauvres et désordonnées. Il venait toujours sans rendez-vous. Sur six ans d'observations les choses s'étaient chronicisées sans amélioration significative. Le raisonnement devenait primaire, répétitif et il s'appauvrissait. Lorsqu'il était en situation de stress, le recourant se sentait persécuté et avait du mal à se contenir. Ceci était dû également à l'aspect frustré de sa pensée. Il avait un comportement assez limité, primaire. Le recourant n'était pas apte à travailler, déjà par sa compréhension des choses et par sa désorganisation. S'il devait travailler, il devrait être intégré dans un atelier protégé et il faudrait l'évaluer. Il devrait être aussi cadré et sécurisé dans le milieu dans lequel il se trouvait ;

Que la chambre des assurances sociales a informé les parties par courrier du 2 septembre 2014, de son intention de mettre en œuvre une expertise bidisciplinaire et leur a communiqué les questions qu'elle avait l'intention de poser aux experts, tout en leur impartissant un délai pour compléter celles-ci et faire valoir une éventuelle cause de récusation ;

Que les parties se sont déterminées sur les questions à poser et n'ont fait valoir aucune cause de récusation des experts, l'intimé par pli du 22 septembre 2014 et le recourant par pli du 23 septembre 2014 ;

Attendu en droit que dès le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales est compétente en la matière (art.134 de la loi sur l'organisation judiciaire; LOJ - RS E 2 05) ;

Que la loi sur la partie générale des assurances sociales (LPGA), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable au cas d'espèce ;

Que le recours, déposé dans les formes et délai prévus par la loi est recevable à la forme (art. 56 et 60 LPGA) ;

Qu'à titre préliminaire, il convient d'examiner la qualité pour agir du recourant puisqu'il n'est pas le bénéficiaire du droit aux prestations complémentaires en l'absence de droit à une rente d'invalidité ou de vieillesse (art. 4 al. 1 let. a et c LPC) ;

Qu'en l'espèce, même si formellement c'est le recourant qui a déposé la demande de réexamen du 26 juin 2013, l'intimé aurait dû émettre la décision du 16 août 2013 au nom de l'assurée dès lors que celle-ci avait contresigné la demande de réexamen et qu'elle seule est bénéficiaire du droit aux prestations complémentaires. Quoi qu'il en soit, dans la mesure où il était touché par ladite décision dès lors qu'elle lui reconnaît une capacité de gain exploitable sur le marché du travail et qu'il a un intérêt direct et concret digne de protection, le recourant était en droit de former opposition à ladite décision. Par conséquent, la qualité pour recourir doit également lui être reconnue ce d'autant plus qu'en raison de l'erreur de l'intimé sur l'identité du destinataire de la décision, il est partie à la procédure ayant abouti à la décision dont est recours ;

Que la question préalable à résoudre avant l'examen du droit à d'éventuelles prestations est de savoir s'il existe une incapacité de travail justifiant de faire abstraction d'un revenu hypothétique de l'époux dans le calcul des prestations complémentaires ;

Que selon la jurisprudence, les organes d'exécution en matière de prestations complémentaires ne disposent pas des connaissances spécialisées pour évaluer l'invalidité d'une personne. C'est notamment pour ce motif qu'ils sont liés par les évaluations de l'invalidité effectuées par les organes de l'assurance-invalidité lorsqu'ils fixent le revenu exigible des assurés partiellement invalides au sens de l'art. 14a OPC-AVS/AI (ATF 117 V 202 consid. 2b). Fait exception une modification de l'état de santé

survenue avant l'émission de la décision ou de la décision sur opposition, qui peut être prise en considération selon les circonstances également lorsqu'elle n'était pas encore connue de l'administration au moment de la décision ou de la décision sur opposition ou n'était pas encore vraisemblable de façon prépondérante et, par conséquent, ne formait pas l'objet de cette décision. En effet, tant qu'une modification de l'état de santé au moment déterminant n'est pas ou pas encore vraisemblable de façon prépondérante, de nouvelles conclusions déterminantes sur l'état de santé et leurs effets sur la capacité de travail et de gain peuvent être prises en considération aussi bien dans le cadre d'une procédure de révision en assurance-invalidité que dans une procédure de révision des prestations complémentaires selon l'art. 25 LPC. Selon le texte clair de l'art. 4 al. 1 let. c LPC, une atteinte à la santé relevante pour le droit aux prestations en assurance-invalidité déclenche seulement le droit aux prestations complémentaires (arrêt du Tribunal fédéral 8C_172/2007 du 6 février 2008 consid. 7.1) ;

Qu'il n'en demeure pas moins que cette jurisprudence sur la force obligatoire de l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité ne s'applique qu'à la condition que ceux-ci aient eu à se prononcer sur le cas et que l'intéressé ait été qualifié de personne partiellement invalide par une décision entrée en force. Mais même dans ce cas, les organes d'exécution en matière de prestations complémentaires doivent se prononcer de manière autonome sur l'état de santé de l'intéressé lorsqu'est invoquée une modification intervenue depuis l'entrée en force du prononcé de l'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances P 6/04 du 4 avril 2005 consid. 3.1 et 3.1.1). Aussi, les organes d'exécution en matière de prestations complémentaires ne sont-ils pas fondés à se prévaloir d'un manque de connaissances spécialisées pour écarter d'emblée toute mesure d'instruction au sujet de l'état de santé d'une personne (arrêt du Tribunal fédéral 8C_172/2007 du 6 février 2008 consid. 7.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_255/2010 du 21 janvier 2011 consid. 4.3) ;

Que conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent 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, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3) ;

Que le rapport du Dr B_____ du 25 juin 2013 produit à l'appui de la demande de réexamen ne contient ni diagnostic ni pronostic, et indique uniquement que le recourant est entièrement incapable de travailler pour de multiples raisons. Un tel avis médical

n'établit donc pas - au degré de la vraisemblance prépondérante généralement requise dans la procédure en matière d'assurances sociales (ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références) - l'existence d'une incapacité de travail justifiant de faire abstraction d'un revenu hypothétique de l'époux dans le calcul des prestations complémentaires ;

Que toutefois, dans le cadre de son devoir d'instruire le cas (cf. art. 43 al. 1 LPGA), l'intimé ne pouvait pas sans autre rejeter la demande, mais devait au moins requérir du recourant un rapport, émanant éventuellement d'un spécialiste, qui contînt les renseignements nécessaires à son évaluation (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_68/2007 du 14 mars 2008 consid. 5.3) ;

Que les déclarations en audience du Dr B_____ établissent l'existence d'une chronicisation de l'état de santé du recourant dont le raisonnement est devenu primaire, le comportement frustré, limité et désorganisé, ce qui le rend inapte à travailler sauf éventuellement dans un atelier protégé. Il ressort également desdites déclarations que les consultations sont assez pauvres car le recourant est flou et s'exprime peu, ce qui rend plausible des difficultés à poser un diagnostic lorsque l'on sait que, dans le domaine psychiatrique, les diagnostics sont établis essentiellement sur la base des plaintes et des symptômes exprimés par le patient. Par conséquent, au vu des précisions apportées par le Dr B_____ lors de son audition, le recourant a rendu vraisemblable une aggravation de son état de santé depuis la décision initiale de refus de prestations complémentaires ;

Qu'en vertu du principe inquisitoire, l'intimé ne pouvait pas faire siennes les conclusions de la procédure de nouvelle demande dans le cadre de l'assurance-invalidité pour refuser de réexaminer le cas du recourant, mais aurait dû procéder à une instruction autonome afin de clarifier les aspects médicaux du dossier, respectivement déterminer l'existence ou non d'une capacité de gain du recourant. Cela étant, la décision sur opposition litigieuse n'est pas conforme au droit, dans la mesure où elle repose sur une instruction insuffisante sur le plan médical ;

Que lorsque le Tribunal cantonal des assurances (respectivement le Tribunal administratif fédéral) constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante. Un renvoi reste possible notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 9C_646/2010 du 23 février 2011 consid. 4) ;

Que les coûts de l'expertise peuvent être mis à la charge de l'assureur social (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2) ;

Qu'au vu des difficultés rencontrées par le Dr B_____ pour poser un diagnostic précis, vraisemblablement dû au fait qu'il n'a pas suffisamment de temps à consacrer au recourant puisque celui-ci vient à l'improviste à sa consultation mensuelle et qu'il rencontre des difficultés de communication rendant peu fiable l'expression de ses plaintes et symptômes, il convient en l'espèce d'ordonner une expertise bi-disciplinaire psychiatrique et rhumatologique, laquelle sera confiée aux docteurs C_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, médecin adjoint au service de psychiatrie adulte des HUG, et D_____, spécialiste FMH en rhumatologie.

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

Statuant préparatoirement

1. Ordonne une expertise psychiatrique et rhumatologique de Monsieur A_____.
2. Commet à ces fins les docteurs C_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, médecin adjoint au service de psychiatrie adulte des HUG, et, D_____, spécialiste FMH en rhumatologie.
3. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :
 - a) prendre connaissance du dossier de la cause ;
 - b) si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité le recourant ;
 - c) examiner et entendre le recourant, après s'être entourés de tous les éléments utiles, au besoin d'avis d'autres spécialistes, avec le concours d'un interprète en langue albanaise ;
 - d) si nécessaire, ordonner d'autres examens.
4. Charge les experts d'établir un rapport détaillé et de répondre aux questions suivantes :
 1. Anamnèse détaillée.
 2. Plaintes et données subjectives de la personne.
 3. Constatations objectives.
 4. Diagnostics ou diagnostics différentiels si possible selon la classification internationale.
 5. S'agissant des troubles rhumatologiques, répondre aux questions suivantes:
 - a) Le recourant présente-t-il des troubles rhumatologiques? Si oui, depuis quand ?
 - b) Les plaintes du patient depuis 20 juin 2005 sont-elles objectivées du point de vue rhumatologique ?
 - c) Quelles sont les limitations fonctionnelles ?
 6. S'agissant des troubles psychiques, répondre aux questions suivantes:
 - a) Le recourant souffre-t-il de troubles psychiques? Depuis quand ?

- b) Quel est le degré de gravité de chacun de ceux-ci, le cas échéant (faible, moyen, grave) ?
- c) Ces troubles psychiques ont-ils valeur de maladie en tant que telle selon le DSM IV ou la CIM-10 ?
- d) En cas de divergences dans les diagnostics posés le 24 mars 2006 par le docteur E_____, psychiatre et psychothérapeute FMH, veuillez en expliquer les raisons.
- e) En cas de divergences dans les diagnostics posés le 10 janvier 2008 par le SMR, veuillez en expliquer les raisons.
- f) En cas de divergences dans les diagnostics posés par le docteur B_____, psychiatre et psychothérapeute FMH, veuillez en expliquer les raisons.
- g) Les troubles psychiques constatés nécessiteraient-ils une prise en charge spécialisée ?
- h) En cas de diagnostic de troubles somatoformes douloureux, répondre en outre aux questions suivantes :
 - I. Existe-t-il une comorbidité psychiatrique ? Si oui, de quelle importance ? Ce trouble psychique a-t-il valeur de maladie en tant que telle ou doit-il être considéré uniquement comme une manifestation réactive au trouble somatoforme douloureux, non constitutif d'une comorbidité psychiatrique autonome ?
 - II. Existe-t-il des affections corporelles chroniques ?
 - III. Existe-t-il un processus maladif s'étendant sur plusieurs années, sans rémission durable ?
 - IV. Le patient subit-il une perte d'intégration sociale et, cas échéant, dans quelle mesure et de quelle manière ?
 - V. Existe-t-il chez le recourant un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie) ?
 - VI. Constatez-vous l'échec des traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art ?
 - VII. Le recourant dispose-t-il des ressources psychiques nécessaires lui permettant de surmonter la douleur et la

réintégration dans un processus de travail et dans quelle mesure ? En cas de réponse négative, veuillez indiquer les éléments que vous avez retenus pour justifier votre position.

VIII. Existe-t-il une surestimation des plaintes en vue d'obtenir un bénéfice secondaire ?

7. Invite les experts à décrire l'évolution de l'état de santé du recourant, en particulier depuis le 10 avril 2008 : s'est-il amélioré, aggravé ou est-il demeuré stationnaire ? En cas de changement, depuis quand l'amélioration ou la péjoration a-t-elle eu lieu ?
 8. Mentionner, pour chaque diagnostic posé, ses conséquences sur la capacité de travail du recourant, en pourcent,
 - a) dans l'activité habituelle
 - b) dans une activité adaptée.
 9. Mentionner globalement les conséquences des divers diagnostics retenus sur la capacité de travail du recourant, en pourcent,
 - a) dans l'activité habituelle
 - b) dans une activité adaptée.
 10. Dater la survenance de l'incapacité de travail durable, le cas échéant, indiquer l'évolution de son taux et décrire son évolution, en particulier depuis le 10 avril 2008.
 11. Évaluer l'exigibilité, en pourcent, d'une activité lucrative adaptée, indiquer depuis quand une telle activité est exigible et quel est le domaine d'activité adapté.
 12. Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.
 13. Dire si la capacité de travail peut être améliorée par des mesures médicales. Si oui, lesquelles ? Ces mesures médicales sont-elles raisonnablement exigibles du recourant ? Veuillez expliquer.
 14. Appréciation du cas et pronostic.
 15. Toute remarque utile et proposition des experts.
5. Invite les experts à faire une appréciation consensuelle du cas s'agissant de toutes les problématiques ayant des interférences entre-elles, notamment l'appréciation de la capacité de travail résiduelle.
 6. Invite les experts à déposer à leur meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans.

7. Réserve le sort des frais.
8. Réserve le fond.

La greffière

La Présidente

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDÉ

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le