

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3678/2013

ATAS/220/2016

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 16 mars 2016

4^{ème} Chambre

En la cause

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

recourant

contre

SERVICE DES PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES, sis route
de Chêne 54, GENÈVE

intimé

**Siégeant : Juliana BALDE, Président; Dana DORDEA et Christine LUZZATTO, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'intéressé, l'époux ou le conjoint), né le _____ 1958, de nationalité italienne, réside en Suisse depuis 1992. En date du 12 décembre 1997, il a épousé Madame B_____, née C_____ (ci-après l'assurée) le _____ 1935.
2. L'assurée, au bénéfice d'une rente de vieillesse, a déposé une première demande de prestations complémentaires en date du 30 décembre 1999, à laquelle elle a finalement renoncé. Le service des prestations complémentaires (ci-après : SPC) n'est pas entré en matière sur sa deuxième demande déposée le 16 octobre 2007, les renseignements demandés n'ayant pas été communiqués.
3. En date du 6 juin 2012, l'assurée a requis une nouvelle fois des prestations complémentaires auprès du SPC. Elle a notamment produit un courrier de l'office cantonal de l'emploi (ci- après : OCE) du 29 février 2012 annulant le dossier de demandeur d'emploi de son époux en raison de son inaptitude au placement. Au bénéfice d'un diplôme d'ingénieur, l'intéressé a travaillé en tant que manœuvre jusqu'au 20 juin 2005, date à laquelle il s'est retrouvé en arrêt de travail.
4. Par décision du 24 octobre 2012, le SPC a refusé toutes prestations à l'assurée, au motif que son revenu déterminant était plus élevé que les dépenses reconnues. À titre de revenu déterminant, il a retenu un gain potentiel du conjoint de CHF 57'672.- selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), pris en compte à hauteur de CHF 37'448.20.
5. Le 23 novembre 2012, l'assurée, représentée par son conseil, a formé opposition. Elle a contesté la prise en considération d'un gain potentiel pour son époux au motif qu'il ne disposait d'aucun revenu et d'aucune capacité de travail. Elle a produit divers certificat médicaux établis par les docteurs D_____, psychiatre FMH, E_____, généraliste FMH, F_____, chiropraticien, et G_____, attestant de périodes d'incapacité de travail totale.
6. Le 24 janvier 2013, Pro senectute a communiqué au SPC le rapport d'expertise psychiatrique de l'époux de l'assurée établi le 24 mars 2006, à la demande de l'assurance perte de gain, par le docteur J_____, spécialiste FMH en psychiatrie et en psychothérapie. L'expert a diagnostiqué chez l'intéressé s'agissant de l'axe I, un trouble de somatisation (F 45.0), un trouble de conversion avec présentation mixte (F 44.7), un trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et à une affection médicale généralisée (F 45.4), un trouble dépressif majeur, épisode isolé, sévérité moyenne (F 32.1). Il a également posé un diagnostic différentiel de phase prodromique de la schizophrénie (F 20.08) versus caractéristiques psychotiques associées à l'état dépressif majeur. Il a enfin retenu un diagnostic probable de trouble panique sans agoraphobie (F 41.04). De façon générale, le Dr J_____ a constaté chez l'époux une immaturité globale et une incapacité à l'introspection. S'agissant de l'axe II, il a retenu le diagnostic de trouble de la personnalité non spécifié (F 60.9) avec traits dépendants, traits limite-

abandonniques, immaturité ainsi que structure fruste psychosomatique décompensée et grave. Les limitations fonctionnelles découlaient principalement du registre somatoforme. Le sentiment de tristesse permanent, le sentiment de culpabilité, les troubles du sommeil, la fatigabilité. le ralentissement moteur, l'anxiété psychique et somatique ainsi que les hallucinations auditives et visuelles s'ajoutaient à ce tableau. L'expert a conclu à une incapacité de travail totale, dans toute activité, à compter du 20 juin 2005 et persistant à la date de l'expertise. Il a préconisé une médication antidépressive et une prise en charge psychothérapeutique.

7. Le SPC, par décision du 5 mars 2013 entrée en force, a rejeté l'opposition formée par l'assurée, au motif que l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OAI) avait admis une capacité de travail entière de l'époux dans toute activité.
8. Par courrier du 26 juin 2013, l'assurée, par le biais de son époux, a informé le SPC que dans le cadre du recours que celui-ci avait formé contre la décision de l'OAI, une nouvelle expertise avait été sollicitée sur la base du rapport du Dr D_____ du 25 juin 2013 faisant état d'« éléments persécutifs vagues » et de « troubles chroniques qui s'organisent en boucle ». Au vu de cette situation, elle a demandé au SPC s'il était d'accord d'entrer en matière sur une nouvelle appréciation de son dossier. Elle a produit de nouveaux certificats médicaux établis par les Drs D_____, E_____, G_____ et F_____ attestant tous quatre d'une capacité de travail nulle du 1^{er} au 31 mai 2013 probablement. Le rapport du Dr D_____ invoqué à l'appui de la demande de réexamen précisait que, lors des consultations, le patient parlait de ses diverses plaintes et mécontentements. Il montrait souvent une présentation préoccupée, tendue, parfois avec des éléments persécutifs vagues et aussi un aspect sinistrosique. Trop centré sur ses troubles chroniques qui s'organisaient en boucle, il lui était toujours apparu peu apte à un retour au travail. Le traitement consistait en la prescription d'antalgiques.
9. 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 l'intéressé n'avait pas rendu plausible une aggravation de son état de santé. Par ailleurs, le rapport du Dr D_____ ne permettait pas de considérer qu'il se trouvait en incapacité de travail dans la mesure où il ne diagnostiquait aucune atteinte précise et que l'aspect sinistrosique qu'il évoquait pouvait se traduire par un comportement revendicateur exacerbé par des refus d'octroi de prestations. Le SPC a précisé être disposé à revoir le dossier à l'issue du recours formé contre la décision de l'OAI.
10. Le 10 septembre 2013, l'intéressé, par l'entremise de son conseil, a formé opposition. Il a produit des certificats d'incapacité de travail établis par les Drs D_____, E_____, G_____ et F_____ attestant une capacité de travail nulle du 1^{er} août au 30 septembre 2013 probablement. Il a également produit un rapport du Dr E_____ du 21 juin 2013 précisant qu'il souffrait de douleurs chroniques,

insomnies, anxiété et état dépressif modéré à sévère difficile à stabiliser malgré un traitement et un suivi psychothérapeutique régulier. Il en a déduit que la problématique médicale était plus complexe que mentionnée dans la décision du 16 août 2013. Les motifs procéduraux empêchant d'entendre les médecins ayant établis les certificats dans le cadre de la procédure judiciaire en assurance-invalidité n'étaient pas opposables dans une procédure à l'encontre du SPC.

11. Dans l'intervalle, par décision du 1^{er} octobre 2013, le SPC a reconnu le droit de l'assurée à des prestations complémentaires cantonales dès le 1^{er} novembre 2013. Il a pris en considération un gain potentiel du conjoint de CHF 29'036.25 en précisant que le revenu hypothétique était réduit pour les conjoints âgés de 55 à 60 ans.
12. Par décision du 15 octobre 2013 adressée au conseil du conjoint, le SPC a rejeté l'opposition du 10 septembre 2013. Il a refusé d'instruire la question de la capacité de gain du conjoint, au motif que cette tâche incombait à l'OAI. Il convenait d'éviter que les prestations refusées par l'OAI ne fussent accordées par le biais des prestations complémentaires.
13. Par acte du 15 novembre 2013, le conjoint, par l'entremise de son conseil, a recouru contre ladite décision. Il conclut principalement et sous suite de frais et dépens, à ce qu'il soit mis au bénéfice de prestations complémentaires et, subsidiairement, à l'audition de ses médecins traitants. Son conseil relève que le recourant a agi de façon confuse et sans pertinence dans la plupart des démarches qu'il a entreprises sans percevoir ce qu'il devait entreprendre pour faire valoir ses droits, ainsi qu'en attestaient ses requêtes dépourvues de sens auprès du Tribunal de l'Union européenne au Luxembourg, de la Cour européenne des droits de l'homme ainsi que du Tribunal fédéral. Par conséquent, en le traitant par analogie avec l'assurance-invalidité, l'intimé n'avait pas discerné la particularité du cas et ne l'avait pas apprécié de façon individualisée. Il appartenait dès lors à la chambre de céans de confronter les avis contraires de l'intimé et de ses médecins au sujet de sa capacité de gain potentielle non pas sous l'angle des critères de l'assurance-invalidité, mais sous celui de l'aptitude au travail raisonnablement exigible.

Il résulte du dossier et des pièces produites les éléments suivants :

- Le 4 septembre 2006, l'intéressé a déposé une première demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI), qui l'a rejetée par décision du 10 avril 2008 au vu des conclusions de l'examen psychiatrique SMR du 10 janvier 2008, retenant un diagnostic de somatisation, à savoir un trouble douloureux associé à des facteurs psychologiques qui était sans répercussion sur la capacité de travail, ce trouble étant soumis aux mêmes critères que le trouble somatoforme.
- Statuant sur le recours formé par l'intéressé, le Tribunal cantonal des assurances sociales, alors compétent, a confirmé l'absence de pathologie invalidante par arrêt du 8 octobre 2009 (ATAS/1252/2009).

- L'OAI n'est pas entré en matière sur les nouvelles demandes déposées par l'intéressé en date des 24 novembre 2009 et 20 août 2012, l'aggravation de l'état de santé n'ayant pas été rendu plausible. Ces décisions sont entrées en force, les recours déposés par l'assuré n'ayant pas abouti (cf. arrêt de la chambre de céans (CJCAS) du 17 mars 2011 - ATAS/267/2011 ; arrêt du Tribunal fédéral du 19 juin 2011 9C_348/2011 ; arrêt CJCAS du 26 septembre 2013 - ATAS 950/2013).

14. Dans sa réponse du 9 décembre 2013, l'intimé a conclu au rejet du recours.
15. Le 12 février 2014, la chambre de céans a procédé à une audience de comparution personnelle des parties.

Le conseil du recourant a déclaré n'avoir pas recouru contre l'arrêt de la chambre de céans du 26 septembre 2013 en matière d'assurance-invalidité, car il n'avait pas été en mesure de démontrer que l'aggravation de l'état de santé de son client entraînait une incapacité totale de travailler au regard des critères propres à cette assurance. En revanche, il se proposait de le faire en matière de prestations complémentaires, dès lors que les critères n'étaient pas les mêmes et qu'objectivement le recourant ne présentait aucune capacité de travail quelconque, quatre médecins attestant d'une incapacité de travail par la même formulation depuis six ans. Il a requis l'audition des Drs D_____ et E_____.

L'intimé a confirmé que l'assurée est la bénéficiaire des prestations complémentaires. Il a également confirmé que, depuis le 1^{er} novembre 2013, l'assurée percevait des prestations complémentaires cantonales (PCC) à hauteur de CHF 526.- par mois, le subside d'assurance-maladie pour les deux époux ainsi qu'une prestation mensuelle d'assistance de CHF 340.-. Dans le calcul des prestations d'assistance, il n'était pas tenu compte d'un gain potentiel.

16. La chambre de céans a ouvert les enquêtes et entendu le Dr D_____ en date du 12 mars 2014. Le psychiatre a confirmé suivre le recourant depuis avril 2008 au rythme actuel d'une consultation par mois. Le recourant mettait en avant ses problèmes somatiques. Son discours était flou et la verbalisation pas toujours cohérente. Il avait initialement observé des éléments délirants ayant nécessité un traitement neuroleptique. Le recourant avait adhéré à ce traitement au début parce qu'il avait pensé qu'on voulait l'assassiner. Les symptômes s'étaient atténués et il avait cessé le traitement de lui-même. Le traitement neuroleptique avait été administré en raison des troubles psychotiques, à savoir des idées de persécution. Le patient était très flou, dispersé, mal structuré. Actuellement, il prenait seulement un traitement antalgique pour ses douleurs somatiques. Le médecin a déclaré qu'il lui était difficile de poser un diagnostic psychiatrique. On pouvait évoquer une personnalité paranoïaque sensitive, sans certitude toutefois. Il présentait également un versant dépressif. Les consultations avec le recourant étaient assez pauvres et désordonnées. Il ne retenait pas le code de la porte et il fallait aller le chercher sur le trottoir. Le cabinet se trouvant au rez-de-chaussée, le patient frappait à la fenêtre et

il allait le chercher. Il venait toujours sans rendez-vous. S'il lui en donnait un, il ne venait pas, parce qu'il n'était pas organisé. Il avait l'impression que les plaintes s'étaient cristallisées et que cela tournait en boucle. Sur six ans d'observation, il avait observé que les choses s'étaient chronicisées sans amélioration significative. Le recourant avait besoin d'être entendu et il manifestait une expression en ce sens. Son expression était toutefois peu précise, il était très désorganisé, ne revendiquait rien de précis. Il cherchait un soutien psychologique. Le raisonnement devenait primaire, répétitif et il s'appauvrisait. Interrogé par la chambre de céans sur le comportement du recourant en audience, le psychiatre a déclaré qu'il n'était pas fréquent dans cette intensité. Il a expliqué que lorsque son patient était en situation de stress, il se sentait persécuté et avait du mal à se contenir. Ceci était dû également à l'aspect fruste 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. On pouvait être très étonné par l'évolution de la situation du patient depuis qu'il avait arrêté de travailler. 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. Il était difficile pour le praticien d'évaluer les compétences du recourant.

Le 9 avril 2014, la chambre de céans a entendu le Dr E_____. Le médecin a déclaré qu'il suivait le recourant depuis 2010 et régulièrement depuis 2012 pour un problème cardiaque. Il avait deux stents, des problèmes de tension, du cholestérol et présentait des douleurs chroniques. Pour la dépression, il est suivi par le psychiatre. L'incapacité de travail est due à la fois pour des raisons physique et psychiatrique. Il établissait régulièrement des certificats d'arrêt de travail à raison d'une fois par mois, ce en collaboration avec le médecin psychiatre. Les troubles somatiques étaient actuellement stabilisés. En revanche, il présentait une fatigue générale, des douleurs chroniques, de l'insomnie, des troubles de la mémoire et de la concentration. Son état de santé était plus du ressort de la psychiatrie et il n'y avait pas d'évolution favorable, les plaintes étant toujours les mêmes. La communication avec le recourant était un peu difficile. Il répétait toujours les mêmes plaintes. Il avait quelque chose dans la tête qui revenait en boucle. Du point de vue psychiatrique, le diagnostic était un peu difficile à poser. Cela était vraisemblablement dû aussi à des problèmes de communication. Le psychiatre avait émis certains diagnostics, mais pas de façon très précise. Le refus de l'assurance-invalidité avait certainement aggravé ses plaintes car il avait fait énormément de démarches du point de vue de la procédure. Il a confirmé que le patient ne prenait pas rendez-vous, il venait à l'improviste. Subjectivement, ses troubles justifiaient une incapacité de travail. Dans sa tête, le recourant ne pouvait pas travailler. Même si on le mettait à une place de travail, cela ne serait pas possible pour lui. Questionné par la chambre de céans sur le comportement du recourant, le médecin a déclaré qu'il n'avait pas observé par lui-même dans son cabinet le comportement manifesté ce jour par son patient en audience. Si tel devait être le cas, il ne le verrait

plus. Du point de vue psychiatrique, il n'était pas raisonnablement exigible du recourant qu'il exerce une activité lucrative.

17. Dans son écriture du 6 mai 2014, l'intimé a considéré, au vu des éléments du dossier et des déclarations des médecins traitants du recourant, que son inactivité ne reposait sur aucun critère objectif mais sur ses seules plaintes subjectives exacerbées par le refus de l'OAI de lui octroyer des prestations. En effet, le Dr D_____ ne parvenait pas à poser de diagnostic psychiatrique et était d'avis que le recourant majorait ses troubles peut-être dans un but utilitaire. Même si le Dr E_____ estimait qu'on ne pouvait pas raisonnablement exiger du recourant qu'il exerce une activité lucrative, il n'était pas psychiatre et il mettait surtout l'accent sur une communication problématique du recourant qui ne relevait toutefois pas de la médecine. L'intimé a persisté dans ses conclusions précédentes.
18. Dans son écriture après enquêtes du 7 mai 2014, le conseil du recourant a observé que celui-ci avait eu des comportements inadéquats en audience qui démontraient des difficultés probablement insurmontables et une inaptitude à être actif sur le marché du travail. Il existait un problème récurrent de prise en charge médicale. En effet, le recourant avec les moyens intellectuels et psychiques qui étaient les siens ne pouvait se déterminer judicieusement. Il s'en remettait à ses médecins lesquels communiquaient insuffisamment avec lui tout en constatant la chronicité de ses troubles. L'état de santé réel du recourant n'avait pas pu être établi compte tenu de la pauvreté de l'échange et seul un examen par un expert en mesure de communiquer avec lui permettrait de distinguer une attitude délibérée pouvant être prêtée au recourant d'une atteinte psychiatrique. Le recourant était laissé de côté, livré à lui-même. Le recourant était isolé, marginalisé, en situation manifeste de souffrance et de désarroi. Etant donné que l'intimé n'avait suggéré aucune solution d'activité rémunérée dans de telles conditions personnelles et sociales, une telle activité n'existait pas.
19. Le 2 septembre 2014, la chambre de céans a informé les parties de son intention de mettre en œuvre une expertise bi-disciplinaire rhumatologique et psychiatrique du recourant. Elle leur a communiqué les noms des experts, le projet de mission d'expertise et leur a imparti un délai pour faire valoir d'éventuels motifs de récusation et déposé leurs éventuelles questions complémentaires.
20. Par ordonnance d'expertise du 26 septembre 2014, la chambre de céans a mandaté les docteurs H_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et I_____, spécialiste FMH en rhumatologie.
21. Le 1^{er} octobre 2014, la chambre de céans a requis l'apport du dossier AI du recourant, qu'elle a communiqué aux experts.
22. Par courrier du 15 janvier 2015, avec copie aux parties, la présidente de la chambre de céans a informé les experts qu'une des juges assesseures avait rencontré inopinément le recourant dans un grand magasin de la place et qu'elle avait été frappée par son apparence et son attitude contraires à ce qu'il avait été constaté lors

des audiences, plus particulièrement celle du 9 avril 2014. Ces faits étaient portés à leur connaissance, dès lors que la chambre de céans ne savait pas s'ils étaient une manifestation de la maladie ou non.

23. Par courrier du 10 février 2015, le conseil du recourant a fait part de sa surprise quant à l'observation faite par un juge assesseur et a réservé les droits de son client à ce propos.
24. Copie du courrier précité a été communiqué à l'intimé et aux experts le 12 février 2015.
25. Les experts ont rendu leur rapport en date du 19 octobre 2015. La Dresse I_____, expert rhumatologue, a convoqué le recourant en consultation le 13 mars 2015. Elle indique toutefois que les troubles du comportement sont tels qu'il lui est impossible actuellement de conclure de manière objective sur d'éventuels problèmes rhumatologiques et leurs limitations fonctionnelles, et de répondre aux questions posées par la chambre de céans. Elle relève que durant toute la durée de la consultation d'environ 45 minutes, le recourant est resté assis, habillé de sa grosse veste, avec son écharpe, un bonnet et une poche à glace qu'il essaie tout le temps de coincer sous son bonnet. L'anamnèse a été absolument impossible, incohérente, le recourant ne répondant pas précisément aux questions, marmonnant des mots incompréhensibles. L'examen clinique n'a pas été possible, car malgré les demandes insistantes de l'experte, il a refusé d'enlever sa veste, son écharpe et son bonnet. Lorsque l'experte lui a demandé où il avait mal, il a répondu « partout, surtout à la tête, au dos, au cœur et dans la partie inguinale », puis il a ouvert sa chemise en arrachant brutalement tous les boutons. Il a déclaré ensuite qu'il voulait tuer quatre personnes : Ban Ki-Moon, Bachar el-Assad, un avocat et le Dr F_____. Il a sorti des assiettes d'un sac plastique, les a jetées avec force par terre pour les casser, a sorti des médicaments qu'il s'est mis à avaler compulsivement. Au vu de l'état du recourant, incohérent, non collaborant, et de ses gestes agressifs, l'experte n'a pas insisté. Elle a préféré mettre fin à l'entretien et lui proposé de rentrer chez lui. En l'observant marcher quand il est sorti de son cabinet, elle a noté qu'il marchait relativement lentement, mais sans boiterie.

Le Dr H_____, expert psychiatre, a indiqué qu'il n'a pas été possible d'obtenir une anamnèse en raison de la désorganisation du comportement et de l'incohérence des propos du recourant. Lorsqu'il s'est présenté au rendez-vous, il était désorienté dans le temps, le contact était sévèrement perturbé par un comportement inadéquat et désorganisé. Une fois assis, il s'est tenu la tête de façon ostensible et très démonstrative. Puis il s'est mis une poche à glace sur le front et a jeté violemment ses lunettes par terre. Il avait des gestes brusques et imprévisibles. Dès son arrivée, il a eu un comportement extrêmement perturbé : il a sorti de ses poches des noix qu'il a posées sur la table, trois paires de lunettes qu'il a jetées sur le sol, s'est enveloppé le pied d'un sac en plastique qu'il a entouré de scotch, a déchiré les boutons de sa chemise et a commencé à se déshabiller. L'incohérence de son discours et de sa pensée interdisait tout dialogue, ses propos étaient aussi

contradictaires. Il a affirmé de manière impromptue qu'il avait tué quatre personnes, dont Bachar el-Assad et Ban-Ki-Moon, il voulait aussi tuer des collègues de travail. Il a sorti un sifflet de sa poche et s'est mis à siffler. Il a également pris des plaquettes de médicaments et a commencé à en avaler compulsivement. Son comportement et ses propos sont restés incohérents en dépit des tentatives de l'expert de la rassurer et de le tranquilliser. Dans ces conditions, l'expert a dû mettre fin prématurément à l'entretien. L'évaluation psychopathologique se limite au constat d'une altération sévère du comportement et de l'impossibilité d'établir une relation cohérente avec l'expertisé. L'expert a diagnostiqué un trouble du comportement, sans précision. Dans l'appréciation du cas, le Dr H_____ explique que différentes hypothèses peuvent être émises à propos des troubles constatés. En premier lieu, il ne pouvait pas exclure qu'il s'agisse d'un comportement simulé, adopté dans l'intention délibérée d'abuser les investigateurs (F68.1). Le fait que l'expertisé a présenté des troubles comportementaux quasiment identiques lors de l'examen rhumatologique et de l'examen psychiatrique est en soit troublant. Il est également possible que le contexte de l'expertise, la durée de la procédure et/ou une situation affective difficile (maladie de sa femme) représentant autant de facteurs de stress susceptibles d'entraîner une grande détresse psychologique, qui à son tour peut conduire à la désorganisation comportementale observée. L'expert en était réduit à la spéculation et n'avait pas la possibilité de trancher entre ces hypothèses.

En conclusion, les experts ne pouvaient pas se prononcer et pensaient que seule une observation prolongée du comportement de l'expertisé, par exemple en milieu hospitalier, ou une enquête externe, seraient en mesure d'apporter des réponses aux questions soulevées.

26. Dans ses conclusions après enquêtes du 16 novembre 2015, le SPC considère, au vu des conclusions de l'expertise, que l'inactivité du recourant ne repose sur aucun critère objectif et se fonde sur ses seules plaintes subjectives, répétées depuis plusieurs années, exacerbées par le refus de l'OAI de lui accorder des prestations. Pour l'intimé, au vu du comportement du recourant tant en audience que lors des examens par les experts, il apparaît très vraisemblable qu'il ait adopté un comportement simulé. L'intimé conclut au rejet du recours.
27. Par écriture du 17 novembre 2015, le conseil du recourant relève qu'il n'a pas pu examiner le contenu de l'expertise avec son mandant. Il observe néanmoins que le stress, l'anxiété et l'agressivité s'aggravent lorsqu'il y a un rapport d'autorité. L'audition de l'expert psychiatre pourrait être utile, notamment en ce qui concerne le diagnostic et de la capacité d'une capacité de travail.
28. Après échanges des écritures, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 3 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès 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 les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité du 6 octobre 2006 (LPC; RS 831.30). Elle statue aussi, en application de l'art. 134 al. 3 let. a LOJ, sur les contestations prévues à l'art. 43 de la loi cantonale sur les prestations cantonales complémentaires du 25 octobre 1968 (LPCC; RS J 4 25).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Les dispositions de la LPGA, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2003, s'appliquent aux prestations complémentaires fédérales à moins que la LPC n'y déroge expressément (art. 1 al. 1 LPC). En matière de prestations complémentaires cantonales, la LPC et ses dispositions d'exécution fédérales et cantonales, ainsi que la LPGA et ses dispositions d'exécution, sont applicables par analogie en cas de silence de la législation cantonale (art. 1A LPCC).
3. La LPC et la LPCC ont connu plusieurs modifications concernant le montant des revenus déterminants, entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2011. En cas de changement de règles de droit, sont en principe applicables du point de vue temporel les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 et les références), la législation applicable reste celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire (ATF 130 V 445 consid. 1.2.1; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 18/07 du 7 février 2007 consid. 1.2). Par conséquent, au vu des faits pertinents, le droit aux prestations complémentaires se détermine selon les dispositions légales en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011 (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1; ATF 127 V 466 consid.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_935/2010 du 18 février 2011 consid. 2).
4. Le délai de recours est de 30 jours (art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]; art. 9 de la loi cantonale du 14 octobre 1965 sur les prestations fédérales complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité [LPFC; RSG J 4 20]; art. 43 LPCC). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est en recevable (art. 62 ss LPA).
5. La qualité pour agir du recourant a déjà été abordée dans l'ordonnance d'expertise du 26 septembre 2014.

Il y a lieu de préciser qu'à teneur de l'art. 60 al. 1 LPA, ont qualité pour recourir notamment les parties à la procédure qui a abouti à la décision attaquée (let. a) et toute personne qui est touchée directement par une décision et a un intérêt

personnel digne de protection à ce qu'elle soit annulée ou modifiée (let. b). Quant à l'art 59 LPGA, il prévoit que quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir.

La jurisprudence considère comme intérêt digne de protection, au sens de cette disposition, tout intérêt pratique ou juridique à demander la modification ou l'annulation de la décision attaquée que peut faire valoir une personne atteinte par cette décision. L'intérêt digne de protection consiste ainsi en l'utilité pratique que l'admission du recours apporterait au recourant ou, en d'autres termes, dans le fait d'éviter un préjudice de nature économique, idéale, matérielle ou autre que la décision attaquée lui occasionnerait (ATF 120 V 38 consid. 2b; voir aussi ATF 121 II 171 consid. 2b). L'intérêt doit être direct et concret; en particulier, la personne doit se trouver dans un rapport suffisamment étroit avec la décision, tel n'étant pas le cas de celui qui n'est atteint que de manière indirecte ou médiate (ATF 125 V 339 consid. 4a).

En l'espèce, le recourant n'est pas le bénéficiaire du droit aux prestations complémentaires, puisqu'un tel droit est conditionné à l'existence d'une rente d'invalidité ou de vieillesse (art. 4 al. 1 let. a et c LPC). Étant donné qu'en l'absence de qualité pour former opposition, le recourant n'a pas davantage la qualité pour recourir contre la décision sur opposition auprès de la juridiction cantonale (arrêt du Tribunal fédéral I 91/05 du 29 décembre 2005 consid. 1), il y a lieu d'examiner à titre préalable si le recourant avait la qualité pour former opposition contre la décision refusant le réexamen du droit aux prestations complémentaires.

La qualité pour former opposition doit être jugée de la même manière que dans la procédure de recours de première instance selon l'art. 59 LPGA (ATF 130 V 560 consid. 3.2).

En l'occurrence, même si formellement c'est le conjoint qui a fait la demande de réexamen du 26 juin 2013, l'intimé aurait dû émettre au nom de l'assurée la décision du 16 août 2013 qui maintient la prise en compte d'un gain potentiel du conjoint 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.

6. a) La demande de réexamen du 26 juin 2013 qui est à l'origine de la présente procédure de recours fait suite à la décision sur opposition du 5 mars 2013 - entrée

en force - admettant qu'un gain hypothétique de l'époux a été comptabilisé à juste titre dès lors que l'OAI ne lui a pas reconnu le droit à une rente d'invalidité. L'intimé a traité cette demande sous l'angle de l'art. 17 LPGA et a considéré qu'elle était recevable.

b) La révision procédurale et la reconsidération sont réglées respectivement aux al. 1 et 2 de l'art. 53 LPGA. Selon l'art. 53 LPGA, les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant (al. 1). L'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable (al. 2).

Par analogie avec la révision des décisions rendues par les autorités judiciaires, l'administration est ainsi tenue de procéder à la révision (dite procédurale) d'une décision formellement passée en force lorsque sont découverts des faits nouveaux importants ou de nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits avant et qui sont susceptibles de conduire à une appréciation juridique différente (ATF 127 V 466 consid. 2c et les références; SVR 2004 ALV n° 14 p. 43 sv. consid. 3, C 227/03). Par ailleurs, l'administration peut reconsidérer une décision formellement passée en force de chose jugée sur laquelle aucune autorité judiciaire ne s'est prononcée, à condition qu'elle soit sans nul doute erronée et que sa rectification revête une importance notable. Il n'existe toutefois pas de droit à la reconsidération que l'assuré pourrait déduire en justice (SVR 2004 ALV n° 1 p. 2 consid. 2, C 7/02).

c) Ces situations sont à distinguer de la révision au sens de l'art. 17 al. 2 LPGA, qui prévoit que toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement. Chaque loi spéciale peut fixer le point de départ de la modification ou encore exclure une révision en s'écartant de la LPGA. En matière de prestations complémentaires, l'art. 25 OPC-AVS/AI permet d'adapter une décision de prestations à des modifications postérieures de la situation personnelle et économique de l'assuré en raison d'un changement de circonstances (arrêt du Tribunal fédéral 8C_133/2008 du 15 juillet 2008 consid. 3.1).

L'art. 17 al. 2 LPGA exige une modification notable des circonstances dépendant de l'octroi de prestations durables. Selon Ueli Kieser (ATSG-Kommentar, 2^e édition 2009, notes 42 et 43 ad art. 17), la condition réside dans l'importance de la modification de l'état de fait. Ladite modification implique une incidence sur le droit aux prestations, de telle sorte que la modification du droit ne soit pas seulement minime. La question de savoir si cette limite est atteinte se détermine d'après le droit concret aux prestations, soit dans le domaine des prestations complémentaires pour autant qu'il y ait une modification du droit annuel aux

prestations de CHF 120.-. En outre, s'agissant de la révision des prestations durables valent également les principes qui ont été développés concernant la révision de la rente d'invalidité, à savoir en particulier le moment de comparaison déterminant.

Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

7. À l'appui de sa demande de réexamen du 26 juin 2013, le recourant a fait valoir qu'il est en incapacité de travail et qu'on voit mal aujourd'hui comment un retour au travail pourrait être exigé de sa part. Il a sollicité une nouvelle appréciation de son cas et de celui de l'assurée. En l'absence de conclusions sur l'effet temporel (rétroactif ou pour le futur) de la demande de réexamen, il convient d'interpréter cette demande en fonction de son contexte.

Les pièces jointes consistent en certificats médicaux attestant une incapacité de travail entière en mai 2013, un rapport du Dr D_____ du 25 juin 2013 faisant état d'éléments persécutifs vagues, d'un aspect sinistrosique et de troubles chroniques s'organisant en boucle, enfin, un complément de recours du 17 juin 2013 contre la décision de refus de l'OAI d'entrer en matière sur sa nouvelle demande de rente du 20 août 2012. Étant donné que les certificats médicaux concernent l'incapacité de travail du mois de mai 2013 et que la demande de réexamen a été déposée parallèlement au recours formé dans le cadre de la procédure de l'assurance-invalidité, il faut admettre que le recourant ne sollicite en réalité ni une révision (procédurale) ni une reconsidération de la décision initiale, mais une révision matérielle, au sens des art. 17 al. 2 LPGA et 25 OPC-AVS/AI, du droit de l'assurée aux prestations complémentaires à compter du 1^{er} juin 2013 en raison d'une aggravation de son état de santé.

Par conséquent, l'objet du litige porte sur le droit du recourant à obtenir un nouveau calcul des prestations complémentaires de son épouse dès le 1^{er} juin 2013, respectivement sur la question de savoir si l'intimé a pris en compte à juste titre un gain potentiel le concernant.

8. Les personnes qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse et qui remplissent les conditions personnelles prévues aux art. 4, 6 et 8 LPC ont droit à des prestations complémentaires. Ont ainsi droit aux prestations complémentaires notamment les personnes qui perçoivent une rente de vieillesse de l'assurance-vieillesse et survivants ou ont droit à une rente de l'AI (art. 4 al. 1 let. a et c LPC).

Les prestations complémentaires fédérales se composent de la prestation complémentaire annuelle et du remboursement des frais de maladie et d'invalidité (art. 3 al. 1 LPC). Le montant de la prestation complémentaire annuelle correspond à la part des dépenses reconnues qui excède les revenus déterminants (art. 9 al. 1 LPC). Les revenus déterminants comprennent notamment les ressources et parts de fortune dont un ayant droit s'est dessaisi (art. 11 al. 1 let. g LPC). En matière de prestations complémentaires cantonales, le revenu déterminant est calculé conformément aux règles fixées dans la loi fédérale et des dispositions d'exécution, moyennant certaines adaptations (cf. art. 5 al. 1 LPCC).

Par dessaisissement, il faut entendre, en particulier, la renonciation à des éléments de revenu ou de fortune sans obligation juridique ni contre-prestation équivalente (ATF 123 V 35 consid. 1; ATF 121 V 204 consid. 4a). Ces deux conditions ne sont pas cumulatives, mais alternatives (ATF 131 V 329 consid. 4.3). Pour vérifier s'il y a contre-prestation équivalente et pour fixer la valeur d'un éventuel dessaisissement, il faut comparer la prestation et la contre-prestation à leurs valeurs respectives au moment de ce dessaisissement (ATF 120 V 182 consid. 4b; arrêt du Tribunal fédéral 9C_67/2011 du 29 août 2011 consid. 5.1). Il y a également dessaisissement lorsque le bénéficiaire a droit à certains éléments de revenu ou de fortune mais n'en fait pas usage ou s'abstient de faire valoir ses prétentions, ou encore lorsqu'il renonce à exercer une activité lucrative possible pour des raisons dont il est seul responsable (ATF 123 V 35 consid. 1).

Il y a lieu de prendre en compte dans le revenu déterminant tout dessaisissement sans limite de temps (FERRARI, Dessaisissement volontaire et prestations complémentaires à l'AVS/AI in RSAS 2002, p. 420).

Il y a également dessaisissement lorsque le conjoint d'une personne assurée s'abstient de mettre en valeur sa capacité de gain, alors qu'il pourrait se voir obligé d'exercer une activité lucrative en vertu de l'art. 163 CC. Il appartient à l'administration ou, en cas de recours, au juge d'examiner si l'on peut exiger de l'intéressé qu'il exerce une activité lucrative et, le cas échéant, de fixer le salaire qu'il pourrait en retirer en faisant preuve de bonne volonté. Pour ce faire, il y a lieu d'appliquer à titre préalable les principes du droit de la famille, compte tenu des circonstances du cas d'espèce (ATF 117 V 292 consid. 3c; VSI 2001 p. 126 consid. 1b). Les critères décisifs auront notamment trait à l'âge de la personne, à son état de santé, à ses connaissances linguistiques, à sa formation professionnelle, à l'activité exercée jusqu'ici, au marché de l'emploi, et le cas échéant, au temps plus ou moins long pendant lequel il aura été éloigné e de la vie professionnelle (ATF 134 V 53 consid. 4.1 et les références).

Il importe également, lors de la fixation d'un revenu hypothétique, de tenir compte du fait que la reprise – ou l'extension – d'une activité lucrative exige une période d'adaptation, et qu'après une longue absence de la vie professionnelle, une pleine intégration sur le marché de l'emploi n'est plus possible à partir d'un certain âge. Les principes prévus en matière d'entretien après le divorce sont aussi pertinents à

cet égard. Ainsi tient-on compte, dans le cadre de la fixation d'une contribution d'entretien, de la nécessité éventuelle d'une insertion ou réinsertion professionnelle (art. 125 al. 2 let. ch. 7 CC). Dans la pratique, cela se traduit régulièrement sous la forme de contribution d'entretien limitées dans le temps ou dégressives (ATF 115 II 431 consid. 5 et ATF 114 II 303 consid. 3d ainsi que les références). Sous l'angle du calcul PC, les principes susévoqués peuvent être mis en oeuvre, s'agissant de la reprise ou de l'extension d'une activité lucrative, par l'octroi à la personne concernée d'une période – réaliste – d'adaptation, avant d'envisager la prise en compte d'un revenu hypothétique (VSI 2/2001 p. 126 consid. 1b).

En ce qui concerne le critère de la mise en valeur de la capacité de gain sur le marché de l'emploi, le Tribunal fédéral des assurances (ci-après : TFA) a considéré qu'il importe de savoir si et à quelles conditions l'intéressé est en mesure de trouver un travail. A cet égard, il faut prendre en considération, d'une part, l'offre des emplois vacants appropriés et, d'autre part, le nombre de personnes recherchant un travail (arrêt du Tribunal fédéral des assurances P 2/99 du 9 décembre 1999). Il y a lieu d'examiner concrètement la situation du marché du travail (arrêts du Tribunal fédéral 8C_655/2007 du 26 juin 2008, P 61/03 du 22 mars 2004, P 88/01 du 8 octobre 2002 et P 18/02 du 9 juillet 2002).

Lorsqu'il s'avère que c'est pour des motifs conjoncturels que le conjoint d'un bénéficiaire n'a pas été en mesure de mettre en valeur sa capacité de gain dans l'activité correspondant à sa formation et son expérience professionnelles, on ne saurait prendre en compte de gain potentiel car son inactivité ne constitue pas une renonciation à des ressources au sens de l'art. 11 al. 1 let. g LPC (arrêts du Tribunal fédéral 9C_150/2009 du 26 novembre 2009 consid. 6.2, 9C_30/2009 du 6 octobre 2009 consid. 4.2 et P 88/01 du 8 octobre 2002). Ainsi, aucun revenu hypothétique n'est pris en compte si le conjoint non invalide peut faire valoir notamment que malgré tous ses efforts, il ne trouve aucun emploi. Cette hypothèse peut être considérée comme réalisée lorsqu'il s'est adressé à un ORP et prouve que ses recherches d'emploi sont suffisantes qualitativement et quantitativement ou lorsqu'il touche des allocations de chômage (cf. ch. 3482/03 des directives concernant les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI de l'office fédéral des assurances sociales - DPC).

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).

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).

10. Il convient d'examiner si l'intimé a rejeté à juste titre la demande de révision et déterminer si, comme le soutient le recourant, une aggravation de son état de santé est intervenue justifiant un nouvel examen du droit aux prestations complémentaires.

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).

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).

11. En l'espèce, par décision du 10 avril 2008 entrée en force, l'OAI a considéré que le recourant disposait d'une capacité de travail entière dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée. Toutefois, étant donné que le recourant n'a pas été reconnu partiellement invalide par l'OAI et qu'il invoque une aggravation de son état de santé depuis l'entrée en force de ladite décision, au vu de la jurisprudence susmentionnée, il appartenait à l'intimé de se prononcer de façon autonome sur la situation médicale. En effet, au vu des observations du Dr D_____, on pouvait se demander si l'état de santé du recourant ne s'est pas aggravé au point de correspondre au diagnostic différentiel posé en 2006 par le Dr J_____ (phase prodromique de la schizophrénie versus caractéristiques psychotiques associées à l'état dépressif majeur).

Au vu du comportement déconcertant du recourant lors des audiences et des déclarations des Drs D_____ et E_____, la chambre de céans, par économie de procédure, a mis en œuvre une expertise bi-disciplinaire rhumatologique et psychiatrique du recourant.

Or, force est de constater à la lecture de l'expertise judiciaire, que les experts n'ont pas été en mesure de répondre aux questions posées, notamment quant aux diagnostics et la capacité de travail. Le recourant a présenté de tels troubles du comportement que l'examen clinique rhumatologique n'a pas été possible. L'expertisé n'a pas collaboré, il a tenu des propos incohérents, de sorte que l'anamnèse n'a pas été possible. Enfin, il a adopté un comportement inadéquat par des gestes agressifs (jette des assiettes par terre, déchire les boutons de sa chemise, avale compulsivement des comprimés, déclare qu'il veut tuer quatre personnes, etc.), à tel point que les experts ont dû écourter l'entretien. L'expert psychiatre a diagnostiqué un trouble du comportement, sans précision. Il a expliqué que plusieurs hypothèses pouvaient être émises à propos des troubles constatés, mais qu'il ne pouvait pas exclure qu'il s'agisse d'un comportement simulé, adopté dans l'intention délibérée d'abuser les investigateurs. Il en était réduit à la spéculation et ne pouvait pas trancher entre les différentes hypothèses.

En définitive, les experts ne pouvaient pas répondre aux questions posées et seule une observation prolongée en milieu hospitalier, voire une enquête externe, pourrait aider à clarifier la situation et permettrait éventuellement de poser des diagnostics psychiatriques et d'apprécier la capacité de travail du recourant. La chambre de céans ne peut toutefois ordonner une telle mesure.

Dans ces circonstances, il convient d'admettre que l'incapacité de travail pour des raisons médicales du recourant n'est pas établie au degré de la vraisemblance prépondérante requise en matière d'assurances sociales, de sorte que la chambre de céans ne peut que rejeter le recours.

12. Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté.
13. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
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 (art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 - LTF; RS 173.110) aux conditions de l'art. 95 LTF pour ce qui a trait aux prestations complémentaires fédérales, par la voie du recours constitutionnel subsidiaire (articles 113 ss LTF) aux conditions de l'art. 116 LTF pour ce qui a trait aux prestations complémentaires cantonales. 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

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDÉ

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