

# **GE\_GERICHTE ATAS/689/2017 vom 21. August 2017**

GE Cour de justice, 2017-08-21, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_689\\_2017](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_689_2017)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/689/2017 du 21 août 2017

IT: GE\_GERICHTE ATAS/689/2017 del 21 agosto 2017

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 3 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur 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 complémentaires cantonales du 25 octobre 1968 (LPCC - J 4 25). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

### **E. 2**

Les dispositions de la LPGA, en vigueur depuis le 1er 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).

### **E. 3**

La LPC a connu plusieurs modifications concernant le montant des revenus déterminants, entrées en vigueur le 1er janvier 2011. En cas de changement de règles de droit, 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 U\_18/07 du

### **E. 7**

Sur le plan fédéral, les personnes qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse et qui remplissent les conditions personnelles prévues aux art. 4, 6 et

### **E. 8**

Sur le plan cantonal, ont droit aux prestations complémentaires cantonales les personnes qui remplissent les conditions de l'art. 2 LPCC et dont le revenu annuel déterminant n'atteint pas le revenu minimum cantonal d'aide sociale applicable (art. 4 LPCC).

A/3926/2016 - 16/31 - Le montant de la prestation complémentaire correspondant à la différence entre les dépenses reconnues et le revenu déterminant du requérant (art. 15 al. 1 LPCC). Aux termes de l'art. 5 LPCC, le revenu déterminant est calculé conformément aux

règles fixées dans la loi fédérale et ses dispositions d'exécution, moyennant certaines adaptations, notamment: les prestations complémentaires fédérales sont ajoutées au revenu déterminant (let. a) et en dérogation à l'art. 11 al. 1 let. c LPC, la part de la fortune nette prise en compte dans le calcul du revenu déterminant est de un huitième, respectivement de un cinquième pour les bénéficiaires de rentes de vieillesse, et ce après déduction des franchises prévues par cette disposition (let. c).

#### **E. 9**

Quant aux dépenses reconnues, elles sont énumérées par la loi fédérale et ses dispositions d'exécution, à l'exclusion du montant destiné à la couverture des besoins vitaux, remplacé par le montant destiné à garantir le revenu minimum cantonal d'aide sociale (art. 6 LPCC). Le revenu minimum cantonal d'aide sociale garanti s'élève à CHF 42'341.-, s'il s'agit d'un invalide dont le taux d'invalidité est de 70% ou plus et dont le conjoint ou le partenaire enregistré est soit une personne valide, soit une personne invalide dont le taux d'invalidité est inférieur à 70% (art. 3 al. 1 let. g du règlement relatif aux prestations cantonales complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité, du 25 juin 1999 (RPCC-AVS/AI – RS/GE J 4 25.03); à CHF 12'831.- pour le 1er et 2ème enfant à charge (let. i) ; et à CHF 8'468.- pour le 3ème et 4ème enfant (let. j).

#### **E. 10**

Pour le calcul de la prestation complémentaire fédérale annuelle, sont pris en compte en règle générale les revenus déterminants obtenus au cours de l'année civile précédente et l'état de la fortune le 1er janvier de l'année pour laquelle la prestation est servie (al. 1). Pour la fixation des prestations complémentaires cantonales, sont déterminantes les rentes, pensions et autres prestations périodiques de l'année civile en cours (let. a), la fortune au 1er janvier de l'année pour laquelle la prestation est demandée (let. b de l'art. 9 al. 1 LPCC). En cas de modification importante des ressources ou de la fortune du bénéficiaire, la prestation est fixée conformément à la situation nouvelle (art. 9 al. 3 LPCC). Cela étant, selon l'art. 25 al. 1 OPC-AVS/AI, la prestation complémentaire annuelle doit être augmentée, réduite ou supprimée lors de chaque changement survenant au sein d'une communauté de personnes comprises dans le calcul de la prestation complémentaire annuelle (let. a); lorsque les dépenses reconnues, les revenus déterminants et la fortune subissent une diminution ou une augmentation pour une durée qui sera vraisemblablement longue; sont déterminants les dépenses nouvelles et les revenus nouveaux et durables, convertis sur une année, ainsi que la fortune existant à la date à laquelle le changement intervient; on peut renoncer à adapter la prestation complémentaire annuelle, lorsque la modification est inférieure à CHF 120.- par an (let. c).

A/3926/2016 - 17/31 -

#### **E. 11**

Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf

dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

## **E. 12**

a. Le recourant fait valoir que l'intimé aurait dû prendre en compte ses enfants dans les calculs. Pour sa part, l'intimé répond que ce grief n'avait pas été invoqué dans la procédure d'opposition, si bien que la chambre de céans ne peut pas l'examiner. b. À cet égard, l'intimé s'appuie sur un arrêt rendu par la chambre administrative de la Cour de justice le 15 mars 2016 (ATA/239/2016 consid. 3a), laquelle se réfère à l'art. 68 LPA, qui prévoit qu'un recourant peut invoquer des motifs, des faits et des moyens de preuves nouveaux qui ne l'ont pas été dans les précédentes procédures, sauf exception prévue par la loi. A contrario, la chambre administrative souligne que cette disposition ne permet pas à ce dernier de prendre des conclusions qui n'auraient pas été formées devant l'autorité de première instance. Ainsi, l'objet d'une procédure administrative ne peut pas s'étendre ou se modifier qualitativement au fil des instances. En revanche, la chambre de céans peut examiner, en application du principe *jura novit curia*, mis en œuvre par l'art. 69 al. 1 LPA en corrélation avec l'art. 89A LPA, si les enfants doivent ou non être inclus dans les calculs, puisque cette question peut avoir une incidence sur l'issue du litige et conduire à l'annulation de la décision attaquée. Même si le recourant n'avait pas critiqué les calculs opérés en lien avec la prise en compte ou non des enfants dans la procédure d'opposition, le rapport juridique visé reste le même, soit le calcul des prestations dues au recourant du 1er juin au 31 décembre 2016. Rien ne s'oppose donc à ce que les nouveaux griefs du recourant à l'encontre desdits calculs soient examinés, ce d'autant que la chambre de céans dispose d'un plein pouvoir d'examen (ATAS/1330/2014 du 19 décembre 2014 consid. 5c).

A/3926/2016 - 18/31 - c. Cela dit, conformément à l'art. 9 al. 2 LPC, les dépenses reconnues et les revenus déterminants des conjoints et des personnes qui ont des enfants ayant droit à une rente d'orphelin ou donnant droit à une rente pour enfant de l'AVS ou de l'AI sont additionnés. Il n'est pas tenu compte, dans le calcul de la prestation complémentaire annuelle, des enfants dont les revenus déterminants dépassent les dépenses reconnues (art. 9 al. 4 LPC). Lors du calcul sans l'enfant, ses revenus (rente pour enfant, allocation pour enfant et contribution d'entretien en sa faveur, son revenu d'activité lucrative, et sa fortune) et ses dépenses (montant pour la couverture de ses besoins vitaux, sa prime moyenne cantonale, sa part de loyer) sont donc exclus du calcul (ch. 3124.03 des directives concernant les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI [DPC]). En l'espèce, dans la mesure où depuis fin juillet 2015, C\_\_\_\_\_ ne perçoit plus la rente complémentaire AI pour enfant, c'est à juste titre que celui-ci n'est pas compris dans les calculs du couple (cf. ch. 3121.01 des DPC). En ce qui concerne B\_\_\_\_\_, quand bien même l'octroi de la rente complémentaire AI pour enfant a cessé fin novembre 2016, pour la période du 1er juin au 30 novembre 2016, ses revenus déterminants de CHF 19'512.- (soit CHF 5'148.- [rente complémentaire enfant AI père] + CHF 9'564.- [rente complémentaire

enfant AI mère] + CHF 4'800.- [allocations familiales]) dépassaient ses dépenses reconnues de CHF 15'900.- pour les prestations complémentaires fédérales (soit CHF 10'080.- [besoins vitaux] et CHF 5'820.- [primes LAMal]), ainsi que ses dépenses reconnues de CHF 18'651.- pour les prestations complémentaires cantonales (soit CHF 12'831.- [besoins vitaux] et CHF 5'820.- [primes LAMal]). Ainsi, c'est à juste titre que B\_\_\_\_\_ n'a pas été inclus dans les calculs durant la période litigieuse. Il en va de même s'agissant de D\_\_\_\_\_, troisième enfant du couple, bien qu'elle perçoive toujours une rente complémentaire AI pour enfant. En effet, ses revenus déterminants de CHF 18'312.- (soit CHF 5'148.- [rente complémentaire enfant AI père] + CHF 9'564.- [rente complémentaire enfant AI mère] + CHF 3'600.- [allocations familiales]) dépassaient, durant la période litigieuse, tant ses dépenses reconnues (CHF 8'136.-) pour les prestations complémentaires fédérales (soit CHF 6'720.- [besoins vitaux ; 2/3 de CHF 10'080.- selon l'art. 10 al. 1 let. a ch. 3 in fine] + CHF 1'416.- [primes LAMal]), que ses dépenses reconnues (CHF 9'884.-) pour les prestations complémentaires cantonales (soit CHF 8'468.- [besoins vitaux selon l'art. 3 al. 1 let. j RPCC-AVS/AI] + CHF 1'416.- [primes LAMal]). Dans la décision litigieuse, l'intimé avait arrêté, pour D\_\_\_\_\_, les dépenses reconnues pour les prestations complémentaires fédérales à CHF 11'496.- et à CHF 14'247.-, pour les prestations complémentaires cantonales retenant au titre des besoins vitaux CHF 10'080.- pour les premières et CHF 12'831.- pour les secondes. Toutefois, ces montants sont applicables uniquement aux deux premiers enfants (art. 10 al. 1 let. a ch. 3 LPC et art. 3 al. 1 let. i RPCC-AVS/AI. Or, D\_\_\_\_\_ est le troisième enfant du couple, d'où les montants retenus ci-dessus par la chambre de céans. Cela étant,

A/3926/2016 - 19/31 - même en retenant les montants retenus par l'intimé, force est de constater que les revenus déterminants de l'intéressée excédaient effectivement ses dépenses reconnues. d. Il s'ensuit que les enfants du recourant ont été à juste titre exclus du calcul des prestations complémentaires.

### **E. 13**

a. Ensuite, le recourant conteste les besoins/forfait reconnus. Se référant aux prestations complémentaires familiales, il estime que la couverture des besoins vitaux pour une famille de quatre personnes s'élève à CHF 54'688.-. b. Le montant retenu par le recourant est erroné. En effet, selon l'art. 36C al. 1 LPCC, le droit à des prestations complémentaires fédérales, au sens de la loi fédérale, ou à des prestations complémentaires cantonales, au sens du titre II de LPCC, ainsi que la renonciation à un tel droit, excluent le droit à des prestations complémentaires familiales (PCFam). Le but du législateur en instaurant des PCFam était d'améliorer la situation économique des familles pauvres qui travaillent, et non de pallier aux difficultés financières des familles résultant d'une incapacité de travail temporaire ou d'une invalidité. De telles éventualités sont en effet assurées notamment par l'assurance-accidents, l'assurance-invalidité, y compris les prestations complémentaires fédérales et cantonales (cf. ATAS/13/2016 du 12 janvier 2016 consid. 4b et 4c). Aussi l'exercice d'une activité lucrative salariée en vertu de l'art. 36A al. 1 let. c LPCC constitue-t-il l'une des conditions personnelles cumulatives que doit remplir l'assuré pour pouvoir bénéficier des PCFam. Or, in casu, les difficultés financières du recourant et de son épouse résultent de leur invalidité, de sorte que des prestations complémentaires, à tout le moins, cantonales leur sont allouées. Il s'ensuit que le recourant ne peut pas bénéficier de PCFam, régies par le droit cantonal. Aussi le recourant se trompe-t-il lorsqu'il indique dans sa réplique que l'intimé se référait dans la colonne « PCF », figurant dans les plans de

calcul, aux « prestations complémentaires familiales », puisque la colonne « PCF » est l'abréviation de « prestations complémentaires fédérales », lesquelles sont calculées conformément à la LPC. Ainsi, c'est à juste titre que l'intimé a retenu des besoins/forfait de CHF 28'935.- pour les prestations complémentaires fédérales (art. 10 al. 1 let. a ch. 2 LPC) et de CHF 42'341.- pour les prestations complémentaires cantonales (art. 3 al. 1 let. g RPCC-AVS/AI).

#### **E. 14**

a. Bien que le recourant ne l'ait pas relevé, l'intimé n'a pas tenu compte des primes de l'assurance-maladie dans ses calculs. Or, à teneur de l'art. 10 al. 3 let. d LPC, la prime annuelle moyenne d'assurance-maladie pour le canton en question doit être prise en considération à titre de dépense. b. La part des prestations complémentaires qui couvre cette dépense ne peut être qualifiée de prestation complémentaire ordinaire dès lors qu'elle correspond, en réalité, à une réduction de primes individuelle. Cette qualité ressort également de l'art. 26 OPC-AVS/AI qui précise que les bénéficiaires de prestations

A/3926/2016 - 20/31 - complémentaires annuelles ont droit à un versement global (prestation complémentaire et montant de la différence avec la réduction de prime) d'un montant au moins égal à celui de la réduction de prime à laquelle ils ont droit, ainsi que de l'art. 54a al. 1 OPC-AVS/AI (CARIGIET / KOCH, *Ergänzungsleistungen zur AHV/IV*, 2009, p. 88 ; Jöhl, *Die Ergänzungsleistung und ihre Berechnung*, in: *Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR]*, 2ème éd., 2007, n° 152 et ss, p. 1737 ss). Dans un tel cas, la coordination voudrait que le SPC ne verse pas de prestation complémentaire mais uniquement une réduction de prime ou en d'autres termes un subside (ATAS/754/2013 du 31 juillet 2013 consid. 6). Cette manière de procéder a été confirmée par le Tribunal fédéral, lequel a jugé que dans la mesure où le recourant ne devait pas s'acquitter personnellement de ses cotisations à l'assurance-maladie, dès lors qu'il bénéficiait de subsides mensuels versés directement à son assureur pour être intégralement déduit de ses primes, il ne saurait revendiquer le paiement, en sa faveur, d'une somme équivalant à ses cotisations, par le biais des prestations complémentaires (ATAS/754/2013 du 31 juillet 2013 consid. 6 et arrêt du Tribunal fédéral P.22/01 du 29 octobre 2001 consid. 2). Dans le canton de Genève, en pratique, la dépense relative aux primes d'assurance-maladie est prise en charge par le SAM, sous la forme d'un subside pour le paiement des primes de l'assurance obligatoire des soins. Ce système reste conforme à l'art. 10 al. 3 let. d LPC (ATAS/276/2017 du 10 avril 2017 consid. 7 b). Jusqu'au 30 juin 2015, l'art. 22 al. 6 LaLAMal prévoyait ainsi que les bénéficiaires de prestations complémentaires à l'AVS/AI avaient droit à un subside égal au montant de leur prime d'assurance obligatoire des soins, mais au maximum au montant correspondant à la prime moyenne cantonale fixée par le département fédéral de l'intérieur (DFI). Depuis le 1er juillet 2015, cette même disposition prévoit que les bénéficiaires d'une prestation annuelle, fédérale et/ou cantonale, complémentaire à l'AVS/AI versée par le service ont droit à un subside égal au montant de leur prime d'assurance obligatoire des soins, mais au maximum au montant correspondant à la prime moyenne cantonale fixée par le DFI. Les personnes qui ont un excédent de ressources inférieur à la prime moyenne cantonale ont droit à un subside équivalent à la différence entre la prime moyenne cantonale et l'excédent de ressources. Concrètement, le SPC procède au calcul des dépenses du bénéficiaire sans prendre en considération les primes d'assurance-maladie, puis il admet le droit au subside en fonction du montant de l'excédent de ressources, afin que le SAM dispose de la possibilité de payer directement la somme due à l'assurance

**E. 16**

a. Le recourant conteste la prise en compte d'un gain potentiel de CHF 19'290.-. b. L'art. 14a al. 1 OPC-AVS/AI prescrit que le revenu de l'activité lucrative des invalides est pris en compte sur la base du montant effectivement obtenu par l'assuré dans la période déterminante. L'art. 14a al. 2 OPC-AVS/AI prévoit que, pour les invalides âgés de moins de 60 ans, le revenu de l'activité lucrative à prendre en compte correspond au moins au montant maximum destiné à la couverture des besoins vitaux des personnes seules selon l'art. 10 al. 1 let. a ch. 1 LPC, augmenté d'un tiers, pour un taux d'invalidité de 40 à moins de 50 % (let. a); au montant maximum destiné à la couverture des besoins selon la let. a, pour un taux d'invalidité de 50 à moins de 60 % (let. b); aux deux tiers du montant maximum destiné à la couverture des besoins vitaux selon la let. a, pour un taux d'invalidité de 60 à moins de 70 % (let. c). L'art. 10 al. 1 let. a ch. 1 LPC dispose que le montant destiné à la couverture des besoins vitaux est de CHF 19'290.- par année pour les personnes seules. Le montant non imputable de CHF 1'500.- pour les couples est déduit de ce revenu net de l'activité lucrative, le solde étant ensuite pris en compte pour les deux tiers (ch. 3424.02 des DPC). L'idée qui sous-tend l'art. 14a OPC-AVS/AI est de répondre à un besoin légitime de simplification, d'éviter qu'un assuré présentant une capacité résiduelle de travail et de gain ne reçoive par le canal des prestations complémentaires ce que l'assurance-invalidité ne veut pas lui accorder, ce qui suppose de prendre en compte, pour le calcul des prestations complémentaires, le revenu hypothétique que l'intéressé pourrait retirer de l'utilisation raisonnable de sa capacité résiduelle (ATF 115 V 88 consid. 2). c. Les revenus hypothétiques, provenant d'une activité lucrative, fixés schématiquement à l'art. 14a al. 1 OPC-AVS/AI représentent une présomption juridique. L'assuré peut renverser cette présomption en apportant la preuve qu'il ne lui est pas possible de réaliser de tels revenus ou qu'on ne peut l'exiger de lui (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_655/2007 du 26 juin 2008 consid. 5.2). Il existe en effet des cas dans lesquels un assuré n'est pas en mesure de mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle pour des raisons étrangères à l'invalidité (ATF 117 V 153 consid. 2c). En examinant la question de savoir si l'assuré peut exercer une activité lucrative et si on est en droit d'attendre de lui qu'il le fasse, il convient de tenir compte conformément au but des prestations complémentaires, de toutes les

A/3926/2016 - 23/31 - circonstances objectives et subjectives qui entravent ou compliquent la réalisation d'un tel revenu, tels que la santé, l'âge, la formation, les connaissances linguistiques, l'activité antérieure, l'absence de la vie professionnelle, le caractère admissible d'une activité, les circonstances personnelles et le marché du travail (arrêt du Tribunal fédéral P.17/01 du 16 juillet 2001 consid. 1c). En ce qui concerne le critère ayant trait à l'état de santé d'un assuré, il faut rappeler que 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). 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 8C\_68/2007 du 14 mars 2008 consid. 5.3). La jurisprudence a toutefois précisé que l'obligation de diminuer le dommage impose à un assuré de mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle quand bien même une procédure est pendante contre le prononcé de l'assurance-invalidité (arrêts du Tribunal fédéral P. 43/05 du 25 octobre 2006 consid. 3.2.3; 8C\_574/2008 du 8 juin 2009 consid. 5.4). S'agissant de la possibilité de mettre en valeur la capacité de gain sur le marché de l'emploi, il importe de savoir si et à quelles conditions l'intéressé est en mesure de trouver un travail. À 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. Il y a lieu d'examiner concrètement la situation du marché du travail (arrêt du Tribunal fédéral P.61/03 du 22 mars 2004 consid. 2.2). Dans un arrêt portant sur un cas similaire, le Tribunal fédéral a rappelé que l'impossibilité de mettre en valeur une capacité de travail résiduelle ne peut être admise que si elle est démontrée au degré de la vraisemblance prépondérante, l'assuré devant collaborer à l'instruction de cet élément. Notre Haute Cour a ajouté que si les chances de trouver un emploi ont tendance à décroître avec l'âge et l'absence du monde du travail, le marché du travail est en constante évolution et trouver un emploi adapté même trois ans après des recherches infructueuses ne paraît pas d'emblée exclu (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_120/2012 du 2 mars 2012 consid. 4.2 et 4.5). d. Selon le ch. 3427.07 des DPC, aucun revenu hypothétique n'est pris en compte chez le bénéficiaire de PC à l'une ou l'autre des conditions suivantes: (i) si, malgré tous ses efforts, sa bonne volonté et les démarches entreprises, l'assuré ne trouve

A/3926/2016 - 24/31 - aucun emploi. Cette hypothèse peut être considérée comme réalisée lorsqu'il s'est adressé à un office régional de placement (ORP) et prouve que ses recherches d'emploi sont suffisantes qualitativement et quantitativement; (ii) lorsqu'il touche des allocations de chômage; (iii) s'il est établi que sans la présence continue de l'assuré à ses côtés, l'autre conjoint devrait être placé dans un home ou un établissement hospitalier; (iv) si l'assuré a atteint sa 60ème année.

## **E. 17**

a. En l'espèce, le recourant soutient que son état de santé s'est dégradé et qu'il ne peut pas exercer une activité professionnelle. À cet égard, il a produit les rapports des Drs G\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_ des 9 et 29 novembre 2016, lesquels font état de lombosciatalgies. Alors que le recourant a été examiné à plusieurs reprises par des experts dans le cadre de son dossier AI, lesquels retiennent, malgré les lombosciatalgies, une capacité de travail résiduelle, à tout le moins de 50% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, les Drs G\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_ ne se sont pas prononcés sur l'incapacité de travail du recourant. On rappellera que le recourant touche une demi-rente d'invalidité depuis le 1er février 2006, fondée sur un taux d'invalidité de 57%, et que par arrêt du 14 mars 2016 (ATAS/207/2016), la chambre de céans a annulé la décision de l'OAI du 30 juin 2014 (maintenant l'octroi d'une demi-rente, fondée sur un degré d'invalidité de 53.64%, en raison d'une aggravation de l'état de santé au niveau du rachis cervical, entraînant une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée), au motif que l'expert rhumatologue n'avait pas motivé sa position quant à la capacité de travail résiduelle de 50% retenue. L'OAI devait par ailleurs examiner l'opportunité d'ordonner une expertise psychiatrique, et prendre en considération les nouvelles atteintes alléguées postérieurement à la décision du 30 juin 2014, soit l'insuffisance rénale et l'aggravation de la symptomatologie lombaire. L'OAI n'a pas

encore rendu une nouvelle décision, et la chambre de céans n'est pas en mesure, en l'état du dossier, de déterminer l'incidence des atteintes à la santé, qui se seraient aggravées selon le recourant, sur sa capacité de travail. Dans la mesure où la décision de l'intimé en lien avec la période litigieuse pourra être révisée au cas où le recourant obtiendrait une augmentation de sa rente d'invalidité (cf. ATAS/1397/2012 du 21 novembre 2012 consid. 8), il convient de retenir à ce stade, conformément à la décision de l'OAI du 3 avril 2006, soit la dernière décision entrée en force, que le recourant dispose d'un degré d'invalidité de 57%. b. Cela étant, il convient encore d'examiner si d'autres éléments que l'état de santé permettent au recourant de renverser la présomption selon laquelle l'invalidé partiel est en mesure de tirer parti de la capacité de gain résiduelle que lui reconnaît l'assurance-invalidité. En l'occurrence, le recourant, âgé de 49 ans durant la période litigieuse, n'a produit aucun document démontrant qu'il a recherché sans succès un poste adapté à ses limitations fonctionnelles. Il ne touche pas de prestations de l'assurance-chômage, et il n'a pas allégué que son épouse, invalide, nécessite sa présence continue. Les

A/3926/2016 - 25/31 - conditions posées par les DPC pour qu'aucun revenu hypothétique ne soit pris en compte ne sont donc pas remplies. En outre, le recourant a obtenu un brevet d'arbitre en natation en 2003, et il a travaillé environ trente heures entre septembre 2010 et janvier 2011 en qualité de moniteur de natation auxiliaire. D'origine suisse, il maîtrise parfaitement le français. Par ailleurs, au vu de l'âge des enfants durant la période litigieuse (24, 22 et 16 ans), une présence constante des parents n'était pas requise. Ainsi, les connaissances linguistiques, la formation, l'absence de vie professionnelle, le marché du travail ou les circonstances personnelles ne sont en l'occurrence pas des critères pouvant entraver la réinsertion dans le monde du travail. Par conséquent, il se justifie de retenir un revenu hypothétique du recourant, lequel dispose en l'état d'un degré d'invalidité de 57% (cf. consid. 17a ci-dessus), si bien que ledit revenu se monte à CHF 19'290.- en vertu de l'art. 14a al. 2 let. b OPC-AVS/AI, montant auquel il y a lieu de retrancher CHF 1'500.-, et comptabiliser les deux tiers du solde, ce qui aboutit à :  $(CHF\ 19'290 - CHF\ 1'500) = 17'790 \times 2/3 = CHF\ 11'860.-$  (étant relevé que l'intimé a comptabilisé à ce titre CHF 11'860.05).

## **E. 18**

a. Le recourant conteste l'existence d'une épargne de CHF 3'440.15, d'un dessaisissement de CHF 47'594.- et des produits de la fortune de CHF 51.05. b. S'agissant de l'épargne, le montant de CHF 3'440.15 correspond au solde apparaissant au 9 juin 2016 sur les comptes n° 3 \_\_\_\_\_ (CHF 3'439.98) et n°1 \_\_\_\_\_ (CHF 0.15). Or, selon l'art. 25 al. 1 let. c OPC-AVS/AI, il y a lieu de tenir compte de la fortune existant à la date à laquelle le changement intervient. In casu, au 31 mai 2016, la fortune s'élevait à CHF -0.88. Partant, c'est à tort que l'intimé avait mentionné dans la colonne « montant présenté », la somme de CHF 3'440.15. Cela étant, ainsi qu'on le verra ci-après, le nouveau montant n'a pas d'incidence sur les revenus déterminants. c. En ce qui concerne le dessaisissement, il correspond à 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). 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 lieu de prendre en compte dans le revenu déterminant tout dessaisissement sans limite de temps (Pierre FERRARI, Dessaisissement volontaire et prestations complémentaires à l'AVS/AI in RSAS 2002, p.

420). c/aa. À teneur de l'art. 17a OPC-AVS/AI - RS 831.301, la part de fortune dessaisie à prendre en compte (art. 11 al. 1 let. g LPC) est réduite chaque année de CHF 10'000.- (al. 1). La valeur de la fortune au moment du dessaisissement doit être reportée telle quelle au 1er janvier de l'année suivant celle du dessaisissement,

A/3926/2016 - 26/31 - pour être ensuite réduite chaque année (al. 2). Est déterminant pour le calcul de la prestation complémentaire annuelle le montant réduit de la fortune au 1er janvier de l'année pour laquelle la prestation est servie (al. 3). Le Tribunal fédéral a admis la conformité de cette disposition à la loi et à la constitution (ATF 118 V 150 consid. 3c/cc). Conformément à cette disposition, il faut qu'une année civile entière au moins se soit écoulée entre le moment où l'assuré a renoncé à des parts de fortune et le premier amortissement de fortune (Ralph JÖHL, Die Ergänzungsleistung und ihre Berechnung, in Soziale Sicherheit, SBVR vol. XIV, p. 1816 n. 247). c/bb. Les parts de fortune dont un ayant droit s'est dessaisi doivent être prises en compte avec un produit de cette fortune même lorsque celui-ci n'est, effectivement, pas réalisé, mais qu'il pourrait raisonnablement l'être (ATF 110 V 17 consid. 4). Il importe dès lors de prendre en compte le produit de la fortune que le recourant aurait pu réaliser - s'il n'avait pas renoncé à des intérêts sur le prêt accordé - par un placement avec intérêt de la fortune cédée. Selon la jurisprudence et sous réserve de circonstances particulières du cas d'espèce, le taux d'intérêt est fixé en fonction des conditions générales du marché. À cet égard, on se réfère habituellement à l'intérêt moyen pratiqué pour les dépôts d'épargne par les cinq plus grandes banques cantonales selon l'Annuaire statistique de la Suisse (ATF 110 V 17 consid. 5b). Comme cet Annuaire statistique détermine l'intérêt moyen pour les dépôts d'épargne en prenant pour base le taux appliqué dans chaque banque, c'est ce dernier taux qu'il faut considérer. Pour des raisons d'ordre pratique et d'égalité de traitement, il convient de se fonder en règle générale sur l'intérêt moyen en vigueur de l'année précédant celle pour laquelle la prestation est servie (ATF 120 V 182 consid. 4e; VSI 1994 p. 161 consid. 4b). Les taux d'intérêt moyens de l'épargne s'élevaient à : 0.1 pour 2016 (cf. Sources: Moyenne des dépôts d'épargne des banques cantonales de septembre 2015 à août 2016, selon les taux d'intérêt publiés pour nouvelles opérations sur le portail de données de la Banque nationale) (ch. 3482.10 des DPC et réf. jurisprudentielles citées). c/cc. Dans le régime des prestations complémentaires, l'assuré qui n'est pas en mesure de prouver que ses dépenses ont été effectuées moyennant contre-prestation adéquate ne peut pas se prévaloir d'une diminution correspondante de sa fortune, mais doit accepter que l'on s'enquière des motifs de cette diminution et, en l'absence de la preuve requise, que l'on tienne compte d'une fortune hypothétique (arrêt du Tribunal fédéral P.65/04 du 29 août 2005 consid. 5.3.2; VSI 1994 p. 227 consid. 4b). Mais avant de statuer en l'état du dossier, l'administration devra avertir la partie défaillante des conséquences de son attitude et lui impartir un délai raisonnable pour la modifier; de même devra-t-elle compléter elle-même l'instruction de la cause s'il lui est possible d'élucider les faits sans complications spéciales, malgré l'absence de collaboration d'une partie (cf. ATF 117 V 261

A/3926/2016 - 27/31 - consid. 3b; ATF 108 V 229 consid. 2; arrêt du Tribunal fédéral P.59/02 du 28 août 2003 consid. 3.3 et les références). c/dd. En l'espèce, le 10 juillet 2014, le recourant a reçu sur son compte n°3\_\_\_\_\_ le montant de CHF 61'601.05, qui correspondait à la somme que l'intimé lui avait versée rétroactivement depuis le 1er novembre 2008 suite à l'invalidité de l'épouse dès cette date. Ce montant incluait la prestation complémentaire du mois de juillet 2014 de CHF 488.-, si bien que le droit

rétroactif était en réalité de CHF 61'113.05. Le 10 juillet 2014, il a transféré ce montant sur son compte n° 1 \_\_\_\_\_, lequel présentait au 31 décembre 2015 un solde de CHF -0.10. Le recourant a expliqué qu'il avait dépensé cette somme pour régler des factures en souffrance et pour acquérir une voiture. Bien qu'il n'ait produit aucun justificatif corroborant ses dires, il ne se justifie pas de l'inviter à prouver que ses dépenses ont été effectuées moyennant contre-prestation adéquate, car de toute manière, la prise en compte de biens dessaisis n'a pas d'incidence sur l'issue du litige. Cela dit, la fortune dessaisie ascendait au 1er janvier 2016 à CHF 51'113.05 (61'113.05 – 10'000). À cet égard, l'intimé avait retenu des biens dessaisis à hauteur de CHF 47'594.- après avoir déduit l'épargne de CHF 3'440.15. Cependant, cette épargne existante au 9 juin 2016 avait été constituée après réception des rentes en faveur des époux le 7 juin 2016 de CHF 5'517.-, sous déduction de divers débits dans l'intervalle. Partant, dans le calcul des prestations complémentaires, il fallait tenir compte d'un dessaisissement de fortune de CHF 51'113.05. Cela étant, ce montant (ou celui retenu par l'intimé), de même que l'épargne de CHF 3'440.15 n'ont aucune incidence sur les revenus déterminants, puisqu'après déduction de la franchise non imputable de CHF 60'000.- pour les couples, conformément à l'art. 11 al. 1 let. c LPC, l'intimé n'avait, à juste titre, comptabilisé aucune fortune dans les colonnes « PCF » et « PCC ». d. Enfin, quant aux produits de la fortune, il y a lieu de retenir CHF 51.10 (soit 0.1% × 51'113.05) conformément au consid. 18c/bb ci-dessus, au titre du produit hypothétique des biens dessaisis, étant précisé que les intérêts de l'épargne sont nuls puisqu'au 31 mai 2016, l'épargne était inférieure à CHF 0.-.

#### **E. 19**

Au vu des éléments qui précèdent, pour la période du 1er juin au 30 novembre 2016, l'intimé aurait dû procéder aux calculs de la manière suivante, étant relevé que les autres montants retenus par l'intimé (loyer, cotisations AVS/AI/APG et rente de 3ème pilier) ne sont pas litigieux :

Montant présenté PCF PCC Dépenses reconnues

Besoins/Forfait

28'935.00 42'341.00 Loyer

15'000.00 15'000.00

A/3926/2016 - 28/31 -

Loyer net 21'744.00

Charges locatives 2'640.00

Cotisations AVS/AI/APG 1'003.80 1'003.80 1'003.80 Primes LAMal

12'576.00 12'576.00 Total dépenses reconnues

57'515.00 70'921.00

Revenu déterminant

Report PCF

7'605.00 Prestations AVS/AI

36'780.00 36'780.00 Rentes AVS/AI 36'780.00

## Gains

11'860.00 11'860.00 Gain potentiel 19'290.00

## Fortune

0.00 0.00 Épargne 0.-

Biens dessaisis 51'113.05

## Produits de la fortune

51.10 51.10 Intérêts de l'épargne 0.-

Produit hypothétique des biens dessaisis 51.10

## Rentes, indemnités, et pension

1'219.20 1'219.20 Rente 3ème pilier 1'219.20

## A/3926/2016 - 29/31 - Total revenu déterminant

49'910.00 57'515.00 Dépenses reconnues moins revenu déterminant 7'605.00 13'406.00 Le recourant aurait pu prétendre à des prestations complémentaires fédérales annuelles de CHF 7'605.- et à des prestations complémentaires cantonales de CHF 13'406.-. Toutefois, étant donné que c'est en raison de la prise en considération de la prime moyenne d'assurance-maladie que le droit du recourant à des prestations complémentaires fédérales a été admis, le montant de CHF 7'605.- constitue en réalité une réduction de prime individuelle qui, dans les faits, sera directement versée à l'assureur-maladie par le SAM sous forme de subside « total » et non par l'intimé sous forme de prestations complémentaires (voir consid. 14b ci-dessus). Quant aux prestations complémentaires cantonales, étant donné le solde de la prime individuelle à couvrir de CHF 4'971.- (12'576 - 7'605), la somme que l'intimé doit verser au recourant sous forme de prestations complémentaires annuelles stricto sensu s'élève à CHF 8'435.- (13'406 - 4'971), soit CHF 702.90.- par mois, arrondi à CHF 703.-. Force est ainsi de constater que même en retenant les montants figurant dans le tableau ci-dessus, la prestation complémentaire cantonale mensuelle correspond à celle fixée par l'intimé dans les plans de calculs joints à la décision du 1er novembre 2016. Pour la période dès le 1er décembre 2016, au vu du loyer de CHF 14'630.40 - non contesté -, fixé en raison du nombre de personnes partageant le logement (le recourant et son épouse partagent leur domicile avec leurs trois enfants), ainsi que du nombre de personnes pris en compte dans le calcul du dossier, soit les trois cinquièmes (3/5) du loyer avec les charges de CHF 24'384.-, puisque C\_\_\_\_\_ a achevé sa formation professionnelle fin juillet 2015 et B\_\_\_\_\_ a atteint ses 25 ans en novembre 2016, alors que durant la période litigieuse, les parents doivent encore assumer l'obligation d'entretien de D\_\_\_\_\_, mineure (cf. arrêt du Tribunal fédéral P.56/00 du 5 juillet 2001 in Pratique VSI 5/2001, p. 237), et compte tenu de l'intégration des primes LAMal dans les calculs, les dépenses reconnues pour les prestations complémentaires fédérales sont de CHF 57'145.- et pour les prestations complémentaires cantonales de CHF 70'551.-. Compte tenu des revenus déterminants de CHF 49'910.- pour les prestations complémentaires fédérales, le recourant aurait pu prétendre à des prestations annuelles de CHF 7'235.- (57'145 - 49'910). Toutefois, étant donné que c'est en raison de la prise en considération de la prime moyenne d'assurance-maladie que le droit du recourant à des prestations complémentaires fédérales a été admis, le montant de CHF 7'235.- constitue en réalité une réduction de prime individuelle qui, dans les faits, sera directement versée à l'assureur-maladie par le SAM

sous forme de subside « total » et non par l'intimé sous forme de prestations complémentaires (voir consid. 14b ci-dessus). Quant aux prestations complémentaires cantonales de CHF 13'406.- (soit [70'551 –

A/3926/2016 - 30/31 - 57'145], étant relevé que la somme de CHF 57'145.- correspond aux revenus déterminants de CHF 49'910.- auxquels est ajouté le report de la prestation complémentaire fédérale de CHF 7'235.- selon l'art. l'art. 5 let. a LPCC), au vu du solde de la prime individuelle à couvrir de CHF 5'341.- (12'576 – 7'235), la somme que l'intimé doit verser au recourant sous forme de prestations complémentaires annuelles stricto sensu s'élève à CHF 8'065.- (13'406 – 5'341), soit CHF 672.08.- par mois. Dans la décision du 1er novembre 2016, l'intimé avait fixé ce montant à CHF 673.-.

## **E. 20**

Sur le vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, sera rejeté. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/3926/2016 - 31/31 - 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.