

GE_GERICHTE ATAS/762/2015 vom 6. Oktober 2015

GE Cour de justice, 2015-10-06, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_762_2015

FR: GE_GERICHTE ATAS/762/2015 du 6 octobre 2015

IT: GE_GERICHTE ATAS/762/2015 del 6 ottobre 2015

Erwägungen

E. 15

L'assurée a interjeté recours le 11 novembre 2014 contre ladite décision. Elle allègue être en incapacité totale de travailler. Elle rappelle qu'en mars 2007 déjà, elle avait été contrainte de cesser toute activité, alors qu'elle avait un travail de bureau intéressant, à 50%, dans une association qui ne demandait pas de « rendement », ce dans le cadre d'une contre-prestation RMCAS. Elle se réfère à un certificat établi par son médecin traitant, le docteur E_____, le 31 octobre 2014 et indique qu'elle a déposé une nouvelle demande auprès de l'OAI le 18 décembre 2013. S'agissant des tâches ménagères, elle précise qu'elle dépend de l'Institution genevoise de maintien à domicile (IMAD) depuis 2009. Elle fait état de nouvelles atteintes à la santé (problèmes de vue, maux de tête fréquents, fractures au pied survenues le 6 juin 2014, perte de poids importante, problèmes de mémoire et de concentration). Elle conclut dès lors à ce que la décision sur opposition du 13 octobre 2014 soit annulée et à ce que son droit à des prestations complémentaires cantonales et fédérales calculées sur la base d'une incapacité totale de travailler depuis décembre 2013 lui soit reconnu.

E. 16

Le 28 novembre 2014, Me Jean-Luc MARSANO s'est constitué pour la défense des intérêts de l'assurée.

A/3449/2014 - 4/12 -

E. 17

Dans sa réponse du 2 décembre 2014, le SPC rappelle que l'OAI a retenu un taux d'invalidité de 50%, et constate qu'il n'a pas rendu de décision suite à la nouvelle demande déposée par l'assurée le 18 décembre 2013. Or, l'assurée se borne à évoquer des motifs médicaux pour dire qu'elle ne peut pas travailler. Le SPC se réfère à cet égard à un arrêt rendu par la chambre de céans le 24 juin 2009, selon lequel « il n'appartient pas à l'autorité compétente pour le versement des prestations complémentaires de procéder aux investigations y relatives, même si l'état de santé s'est aggravé. Seuls les éléments étrangers à l'invalidité relevés ci-dessus doivent être instruits par l'autorité ». Il conclut dès lors au rejet du recours.

E. 18

Le 27 janvier 2015, par l'intermédiaire de son mandataire, l'assurée a sollicité l'apport de la procédure A/2026/2008 (ATAS/957/2013) et du dossier de l'assurance-invalidité, expliquant que « la procédure renferme de nombreux témoignages des Drs E_____, F_____ qui sont importants, car ils sont annonciateurs d'une péjoration progressive de l'état de santé de l'assurée et permettent de mieux comprendre sa situation actuelle ». Le mandataire

souligne de la part de l'assurée une bonne observance thérapeutique et une compliance aux traitements. Il rappelle enfin que selon le docteur E_____, généraliste et médecin traitant, qui suit régulièrement l'assurée depuis 2007, il serait illusoire d'envisager une quelconque activité professionnelle, qu'elle est âgée de 54 ans, qu'elle n'exerce plus aucune activité lucrative depuis 2007, qu'elle avait dû interrompre son dernier emploi en raison d'une grande fatigue, alors qu'elle exerçait cet emploi à mi-temps et dans le cadre d'un placement de l'Hospice général, et qu'elle n'a pas de formation reconnue. Le 12 février 2015, il a transmis à la chambre de céans un rapport du docteur G_____, généraliste, daté du 9 février 2015.

E. 19

Le 3 mars 2015, la chambre de céans a ordonné l'apport du dossier AI. Elle a ainsi pu prendre connaissance, notamment, des documents suivants : - un courrier de l'assurée adressé à l'OAI le 18 avril 2014 dans le but de compléter sa nouvelle demande de prestations AI du 18 décembre 2013, et dans lequel elle précise que « mon état de santé s'est encore détérioré depuis plusieurs années et que je suis atteinte de différentes pathologies; il m'est extrêmement difficile d'assurer le minimum au quotidien. Je ne suis pas en état de faire le ménage, de porter des charges car 4 hernies discales mises en évidence; je souffre de sciatalgie et de lombalgie. Je me suis cassé le col du fémur en décembre 2009, atteinte d'ostéoporose. Je souffre de douleurs musculaires à la mâchoire. J'ai une rhinosinusite chronique qui me provoque de violents maux de tête malgré prise A/3449/2014 - 5/12 - d'anti-inflammatoires et de traitements préventifs. J'ai un problème ophtalmologique. Je suis en état de dépression constant et sévère et dans un état d'anxiété permanent. Les médecins m'ont trouvé dans un état de dénutrition moyenne à sévère de type anorexie. Mon poids a chuté de 54kg en 2007 à 45kg actuellement pour 164cm, soit un BMI à 16.7 depuis 2012. Tout cela s'est greffé à mes pathologies neurologiques et psychiques et au manque de sommeil réparateur ». - un rapport du Dr E_____ du 14 avril 2014, selon lequel l'état de santé de sa patiente, déjà précaire préalablement, s'était très nettement aggravé durant l'année 2013 en raison d'affections multiples (problèmes psychiques, neurologiques, ophtalmologiques, nutritionnels, locomoteurs affectant le rachis lombaire, les hanches et la mâchoire). Le médecin a indiqué que l'incapacité de travail était entière depuis le 1er décembre 2013. - une note du 12 août 2014 dans laquelle le médecin du SMR considère qu'une aggravation de l'état de santé est rendue plausible par l'assurée et décide de l'ouverture d'une instruction.

E. 20

Le 9 avril 2015, le SPC a indiqué qu'il maintenait la décision attaquée jusqu'au prononcé d'une décision de l'OAI portant sur la nouvelle demande de prestations AI du 18 décembre 2013.

E. 21

Le 4 mai 2015, l'assurée a persisté dans ses conclusions.

E. 22

Sur demande, l'OAI a informé la chambre de céans le 27 août 2015 que le dossier de l'assurée était toujours en cours d'instruction, dans l'attente d'une expertise médicale. Le 24 septembre 2015, il a communiqué les dernières pièces de son dossier, soit plus particulièrement une note SMR datée du 18 décembre 2014, aux termes de laquelle « Nous

devons donc déterminer si l'assurée présente une diminution de sa capacité de travail depuis la décision de la CJCAS du 26 septembre 2013 qui accordait une demi-rente à l'assuré à compter du 1er janvier 2009. Le Dr H_____, psychiatre, n'a pas revu l'assurée depuis 1997-1998 et l'assurée n'a pas de suivi psychiatrique selon son courrier du 28 octobre 2014. Le médecin traitant, le Dr E_____, retient un état dépressif chronique (trouble dépressif récurrent) avec un épisode moyen à sévère, un trouble anorexique et un syndrome des jambes sans repos avec aggravation progressive depuis octobre et décembre 2013 et une incapacité de travail totale depuis le 1er décembre 2013. A l'évidence, il faut demander une expertise psychiatrique afin de déterminer si l'assurée présente une aggravation de son état de santé depuis l'expertise judiciaire des Drs D_____ et C_____ effectuée en janvier 2010 », et un courrier du 3 juillet 2015 informant l'assurée de ce qu'elle serait soumise à une expertise psychiatrique auprès de la doctoresse I_____ des HUG.

A/3449/2014 - 6/12 -

E. 23

Sur ce, 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

E. 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. 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). Il en va de même en matière de prestations complémentaires cantonales (cf. art. 1A let. b LPCC). 3. 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). 4. La LPC du 6 octobre 2006, applicable au cas d'espèce, est entrée en vigueur le 1er janvier 2008. Elle a toutefois connu par la suite plusieurs modifications concernant notamment les montants destinés à la couverture des besoins vitaux. 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 (ATF 130 V 445 consid. 1.2.1; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 18/07 du 7 février 2008 consid. 1.2). 5. Interjeté dans les forme et délai légaux, le recours est recevable (art. 56 al. 1 et 60 al. 1 LPGA; 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 - J 4 20]; art. 43 LPCC). 6. Le litige porte sur le droit du SPC de tenir compte, dans le calcul des prestations complémentaires dues à l'assurée, d'un gain potentiel. 7. 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

A/3449/2014 - 7/12 - notamment les personnes qui perçoivent une rente de l'assurance-invalidité, conformément à l'art. 4 al. 1 let. 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). L'art. 9 al. 1er LPC dispose que le montant de la prestation complémentaire annuelle correspond à la part des dépenses reconnues qui excède les revenus déterminants. 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). Ont droit aux prestations complémentaires cantonales les personnes dont le revenu annuel déterminant n'atteint pas le revenu minimum cantonal d'aide sociale applicable (art. 4 LPCC). Le revenu déterminant est en principe calculé, conformément aux règles fixées dans la loi fédérale et ses dispositions d'exécution (art. 5 LPCC). 8. 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). 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). 9. a. La situation des assurés partiellement invalides exerçant une activité lucrative est réglée à l'art. 14a l'ordonnance sur les prestations complémentaires à l'assurance- vieillesse, survivants et invalidité du 15 janvier 1971 (OPC-AVS/AI - RS 831.301). Cette disposition réglementaire a été déclarée conforme à la loi (ATF 117 V 153 consid. 2c). 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 (art. 14a al. 1 OPC-AVS/AI). 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 % (art. 14a al. 2 let. a OPC-AVS/AI), au montant maximum destiné à la couverture des besoins vitaux selon la lettre a, pour un taux d'invalidité de 50 à moins de 60 % (art. 14a al. 2 let. b OPC-AVS/AI) et aux deux tiers du montant maximum destiné à la couverture des besoins vitaux des personnes seules selon la lettre a, pour un taux d'invalidité de 60 à moins de 70 % (art. 14a al. 2 let. c OPC-AVS/AI). b. L'art. 10 al. 1 let. a ch. 1 LPC prévoyait un montant maximum destiné à la couverture des besoins vitaux des personnes seules de CHF 18'140.- dans sa version en vigueur au 1er janvier 2012, de CHF 19'210.- dans sa version en vigueur au

A/3449/2014 - 8/12 - 1er janvier 2013 et fixe un montant de CHF 19'290.- dans sa version en vigueur depuis le 1er janvier 2015, étant relevé qu'aucune modification n'a eu lieu en 2014. c. Les revenus hypothétiques, provenant d'une activité lucrative, fixés schématiquement à l'art. 14a 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. 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 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 (ATF 117 V 153 consid. 2c). 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 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. Il y a lieu d'examiner concrètement la situation du marché du travail (arrêt du Tribunal fédéral 8C_655/2007 du 26 juin 2008 consid. 5.2 et les références). 10. Il convient de souligner 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 2012 consid. 2b p. 205). 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 (ATFA non publié 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 (ATF non publié 8 C_172/2007 du 6 février 2008, consid. 7.2). Le SPC est certes lié, pour ce qui concerne le degré d'invalidité, par l'appréciation de l'assurance invalidité (ATF 117 V 202 consid. 2 b p. 205 ; ATAS/680/2011). Il lui appartient toutefois d'examiner si l'assuré peut exercer une activité lucrative et si on est en droit d'attendre de lui qu'il le fasse. Pour ce faire, il doit tenir compte de

A/3449/2014 - 9/12 - toutes les circonstances objectives et subjectives qui entravent ou compliquent la réalisation d'un tel revenu, selon les critères décrits ci-dessus. Dans un arrêt du 24 juin 2009 (ATAS/841/2009), le Tribunal cantonal des assurances sociales, alors compétent, a précisé que dès lors que l'OAI n'avait pas donné suite à la demande de révision déposée par l'assurée, il n'appartenait pas au SPC de procéder aux investigations y relatives même si l'état de santé s'était aggravé ; seuls les éléments étrangers à l'invalidité devaient être instruits par celui-ci. Il a à cet égard eu l'occasion d'admettre le recours interjeté par un assuré dont les difficultés d'intégration dans le marché du travail avaient été illustrées par de nombreuses recherches d'emploi restées vaines (ATAS/160/2004). Ainsi, si l'assuré partiellement invalide ne peut pas justifier son incapacité de réaliser un gain pour des motifs déjà pris en compte par l'OAI, il peut invoquer tous les autres motifs, y compris concernant son état de santé pour faire valoir qu'il ne peut pas, concrètement, réaliser le revenu pris en compte. 11. Le Tribunal fédéral a rappelé que la jurisprudence rendue avant l'adoption des art. 14 a et b OPC en janvier 1988 restait valable. Ainsi, en appliquant les nouvelles dispositions de l'OPC, il faut donc, comme par le passé, ne tenir compte d'un revenu hypothétique de l'activité lucrative d'un invalide partiel que s'il est établi que celui-ci serait en mesure d'exercer une telle activité. Compte tenu des besoins légitimes de simplification

évoqués par le service des prestations complémentaires, il paraît justifié de présumer que l'invalide partiel est apte à tirer parti de la capacité résiduelle de travail et de gain que lui reconnaît l'assurance-invalidité. Cette présomption doit cependant pouvoir être renversée, ce qui signifie que l'assuré pourra établir que des facteurs à bon droit ignorés dans le cadre de la LAI l'empêchent d'utiliser sa capacité résiduelle théorique. Une telle solution n'impliquerait pas un examen automatique et systématique de tous les dossiers d'invalides partiels demandant l'octroi de prestations complémentaires du point de vue de leur aptitude à exercer une activité lucrative. Elle n'entraîne pas non plus d'inégalités entre les assurés, mais en évite au contraire, dans la mesure où elle conduit à ne pas traiter de la même manière l'invalide partiel qui pourrait travailler en faisant preuve de bonne volonté, d'une part, et, d'autre part, l'invalide partiel qui serait désireux de travailler mais ne peut pas le faire, pour des raisons valables dûment établies. Dans cette affaire, le Tribunal estime qu'aucun gain ne doit être retenu dans le cas de cette assurée, âgée de 49 ans, qui ne travaille plus depuis 12 ans, ne bénéficie pas d'une formation professionnelle "pratique", et a des difficultés de contact, soulignant au demeurant qu'il était surprenant, au vu de la gravité des affections dont elle souffrait, que l'OAI ne lui ait octroyé qu'une demi-rente (ATF 115 V 88, consid. 2). 12. À la teneur du chiffre 3424.07 des directives concernant les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI (DPC – état au 1er janvier 2015), si l'assuré fait valoir dans la demande de PC qu'il ne peut exercer d'activité lucrative ou atteindre le montant-limite déterminant, l'organe PC doit procéder à la vérification de ces

A/3449/2014 - 10/12 - dires avant de rendre sa décision. L'assuré peut être invité à préciser ses allégations et à les étayer. S'il ne fait rien valoir de semblable, la décision peut être rendue sans autre, en référence à l'art. 42, phrase 2, de la LPGA qui dispose qu'il n'est pas nécessaire d'entendre les parties avant une décision sujette à opposition. 13. 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). 14. 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). 15. En l'espèce, l'assurée est au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité, de sorte que le SPC est en principe fondé à tenir compte d'un gain potentiel à 50%. L'assurée conteste toutefois la prise en considération par le SPC d'un gain potentiel pour le calcul de son droit aux PCF et PCC, pour les années 2009 à 2014, alléguant qu'elle est en réalité entièrement incapable de travailler. Elle rappelle qu'en mars 2007 déjà, elle avait été contrainte de cesser toute activité, alors qu'elle était occupée à un travail de bureau intéressant, à 50%, dans une association qui ne demandait pas de « rendement », ce dans le

cadre d'une contre-prestation RMCAS. Elle se réfère à un certificat établi par son médecin traitant, le Dr E_____, le

E. 31

octobre 2014, et indique qu'elle a déposé une nouvelle demande auprès de l'OAI le 18 décembre 2013. S'agissant des tâches ménagères, elle précise qu'elle dépend de l'IMAD depuis 2009. Elle fait enfin état de nouvelles atteintes à la santé (problèmes de vue, maux de tête fréquents, fractures au pied survenues le 6 juin 2014, perte de poids importante, problèmes de mémoire et de concentration). 16. Pour fixer le revenu déterminant d'assurés partiellement invalides, il y a en principe lieu de s'en tenir à l'évaluation de l'invalidité par l'OAI et de n'examiner, le cas échéant que si et à quelles conditions l'intéressé était en mesure de trouver un travail, en tenant compte de toutes les circonstances objectives et subjectives qui entravent ou compliquent la réalisation d'un revenu, tels que la santé, mais

A/3449/2014 - 11/12 - également 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 (ATF 117 V 153 consid. 2c ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_655/2007 du 26 juin 2008 consid. 5.2 et les références). En l'espèce, l'assurée ne fait valoir qu'une incapacité entière de travailler due à son état de santé. Il importe à cet égard de relever que l'assurée a déposé une demande en révision de son dossier auprès de l'OAI, et de constater qu'elle a, selon le médecin du SMR, rendu plausible l'aggravation de son état de santé, de sorte que l'OAI est entré en matière sur sa demande, a ouvert une instruction et a plus particulièrement mandaté un expert pour l'examiner. Force est de constater, au vu de ce qui précède, que les éléments médicaux figurant dans le dossier AI ne lui suffisent pas pour trancher la question du taux de l'éventuelle capacité résiduelle de travail, et partant du montant du revenu hypothétique qui devrait être retenu pour l'assurée (cf. notamment ATAS/257/2003). Il se justifie dès lors de suspendre la présente cause jusqu'à droit jugé en matière d'AI. 17. En l'état, le SPC versera à l'assurée les prestations complémentaires conformément à sa décision du 28 août 2014.

A/3449/2014 - 12/12 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant sur incident

1. Suspend l'instance en application de l'art. 14 LPA, jusqu'à droit jugé en matière AI. 2. Réserve la suite de la procédure. 3. 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

Nathalie LOCHER

La présidente

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

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