

## **GE\_GERICHTE A/1823/2014 vom 19. Oktober 2015**

GE Cour de justice, 2015-10-19, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_1823\\_2014](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1823_2014)

FR: GE\_GERICHTE A/1823/2014 du 19 octobre 2015

IT: GE\_GERICHTE A/1823/2014 del 19 ottobre 2015

### **Erwägungen**

#### **E. 10**

L'intéressée a formé recours contre la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, le 23 juin 2014, concluant à son annulation, à la suppression de tout gain potentiel de son époux dans le calcul des prestations et à ce qu'une indemnité lui soit octroyée à titre de participation à ses dépens. Ses troubles de la santé impliquaient une surveillance permanente de son époux. Elle souffrait non seulement d'une grave dépression, mais également de crises d'épilepsie très dangereuses et survenant de manière totalement aléatoire.

#### **E. 11**

Par courrier du 14 août 2014, l'intéressée a complété son recours. Son époux était né le 25 juin 1963 et avait suivi l'école primaire dans son pays d'origine. Il était sans formation et avait appris, par la pratique, le métier de sableur. Il souffrait actuellement d'une allergie à la poussière et ne pouvait plus pratiquer ce métier. Par ailleurs, il avait été victime d'un accident sur son lieu de travail en 2009 qui lui avait laissé des séquelles et des limitations fonctionnelles. Il ne travaillait plus depuis lors et consacrait tout son temps à s'occuper d'elle et de l'intégralité des tâches ménagères et administratives. Ils étaient parfois aidés par leur fille aînée, E\_\_\_\_\_, qui vivait à proximité de leur domicile, était mère de deux enfants et travaillait à 50 %. Pour sa part, elle était entièrement incapable d'effectuer des tâches ménagères et administratives. Parfois, elle se sentait mieux et pouvait brièvement participer aux tâches courantes, puis elle ne pouvait à nouveau strictement plus rien faire. Elle ne pouvait pas sortir sans être accompagnée par quelqu'un qui la connaissait et qui pouvait intervenir en cas de crise grave. Si une crise survenait, ce qui était fréquent, elle ne pouvait pas appeler elle-même les secours, car elle ne contrôlait plus ses gestes. Lorsqu'elle était hospitalisée, les médecins ne l'autorisaient à sortir qu'à la condition que son époux soit présent au domicile. Selon la jurisprudence, le SPC ne pouvait se fonder sur le fait qu'elle ne touchait pas d'allocation d'impotence pour retenir que son époux n'avait pas besoin de l'assister assidûment. Il fallait examiner si son état de santé nécessitait réellement une telle surveillance. Tel était le cas, selon son médecin traitant dont elle demandait l'audition. Le SPC aurait dû renoncer à toute prise en compte d'un gain potentiel de son époux. Subsidiairement, vu l'âge de ce dernier, ses limitations, son expérience professionnelle limitée à un domaine et le temps qu'il devait consacrer aux tâches ménagères et aux soins qu'il lui prodiguait, seul un emploi à 30 % environ était envisageable.

#### **E. 12**

Le 20 octobre 2014, le SPC a relevé qu'il ne ressortait d'aucun des rapports médicaux contenus dans le dossier AI de la recourante que son état de santé nécessitait objectivement une surveillance personnelle permanente que seul son époux serait à même de lui prodiguer.

### **E. 13**

Le 14 novembre 2014, la recourante a persisté dans ses conclusions et relevé que l'instruction de l'OAI n'avait pas porté sur son besoin de surveillance permanente.

### **E. 14**

Le 4 décembre 2014, le SPC a observé que la demande de prestations à l'OAI du 31 octobre 2008 comprenait une rubrique relative à l'impotence dans laquelle la recourante avait indiqué avoir besoin d'un accompagnement régulier permanent pour faire face aux nécessités de la vie. L'OAI avait donc instruit la question d'une éventuelle impotence et considéré qu'il n'y en avait pas.

### **E. 15**

Entendue par la chambre de céans, le 11 mai 2015, l'intéressée a indiqué, notamment : "[...] Ma fille E\_\_\_\_\_ a maintenant trois enfants, mais je n'en profite pas. Je ne les vois pas beaucoup. Ce n'est pas ma faute. Je ne supporte pas. Je ne peux pas jouer avec. Je ne peux pas m'en occuper. Je vais parfois chez ma fille mais je ne peux pas rester toute la journée chez elle. Je ne supporte pas qu'ils me touchent. J'aime bien les prendre dans les bras puis après je dois partir. Jusqu'en octobre 2007, j'allais très bien. J'ai l'impression que je suis une autre personne. J'ai perdu ma mère puis mon frère assez jeune. Il avait 42 ans. Je ne l'avais pas vu depuis 17 ans. Ma vie a changé. Je me sens pourrie à l'intérieur depuis lors. Je n'ai plus pu travailler par la suite. Mon époux s'occupe beaucoup de moi. Je ne peux pas rester seule à domicile. Je suis bipolaire. Je ne supporte pas la lumière, le bruit. Tout me dérange par moment selon les jours. Il y a des jours où je peux me gérer moi-même. Je peux alors rester seule à la maison mais cela arrive rarement, parfois une demi-journée. Je pense que la majorité du temps, je ne peux pas être seule. Mon mari s'occupe de tout. Quand je me sens mieux, je l'aide. On peut sortir faire des courses, je peux passer l'aspirateur. Mon mari fait tout. Il fait les factures, les achats et le ménage aussi. Ma grande fille E\_\_\_\_\_ nous aide mais maintenant elle a accouché. Elle faisait par exemple le repassage. Elle vient à la maison quand mon mari doit s'absenter. Elle ne faisait pas particulièrement le ménage. Elle ne travaille pas maintenant. Ses enfants ont 8, 6 ans et 2 semaines. Quand les grands sont à l'école, je ne vais pas chez ma fille. Je pourrais aller chez ma fille quand les enfants sont à l'école, mais je la dérange déjà beaucoup. Je ne veux pas abuser. En parallèle à ma maladie, j'ai des crises d'épilepsie depuis 2012. Auparavant j'en avais déjà mais c'était diagnostiqué comme des crises d'angoisse. Je prends du Tégrétol et cela commence à se calmer. Quand j'ai un gros stress, je peux toutefois en avoir, comme l'accouchement de ma fille. Je prends ce médicament depuis 2012. Depuis là cela va mieux. Les crises sont rares. Je n'ai jamais eu une crise lorsque j'étais seule. Il faut que quelqu'un m'ouvre la bouche et me sorte la langue sinon il y a un risque d'étouffement. Je peux tomber n'importe où. Je ne sens pas arriver. La présence de mon mari est nécessaire parce que je peux compter sur lui [...]. Mon mari est la seule personne en qui j'ai confiance. Je n'ai personne de ma famille ici qui pourrait m'aider. J'ai souvent des idées suicidaires. Le fait que mon mari soit là me protège".

### **E. 16**

L'époux de l'intéressée, entendu par la chambre de céans à titre de renseignement, a déclaré : "Mon épouse a besoin de moi. Je m'occupe de tout dans la maison. Elle a une maladie psychiatrique. Elle a aussi de l'épilepsie. Elle peut tomber on ne sait pas quand, n'importe quand. Elle ne peut pas le contrôler. Je pense que cela lui est arrivé environ 4 fois d'avoir

une crise d'épilepsie l'année dernière. On ne doit pas laisser seule ma femme en raison des crises d'épilepsie et de sa maladie. Je dois être là parce qu'elle n'arrive rien à faire à la maison en raison de sa maladie. Elle a des hauts et des bas. Elle s'énerve vite. Des jours elle est bien, des jours elle ne supporte personne. Quand ma fille vient avec les enfants, elle reste 5 minutes puis elle reste dans sa chambre. Lorsque je laisse ma femme seule, j'avertis ma fille ou les voisins. Je fais tout. Je dois faire les commissions, parfois avec elle. J'estime ne pas pouvoir laisser ma femme seule si elle a une crise d'épilepsie, personne ne sera là pour l'aider. Même si elle n'avait pas de crises d'épilepsie, je ne pense pas que je pourrais la laisser seule. Si elle était bien, je travaillerais avec plaisir. Je pense que je pourrais trouver du travail. Cela me manque de travailler. Ma femme voit son médecin chaque deux semaines. Je l'accompagne. Elle prend des médicaments. Au début, on n'a pas compris sa maladie. Elle est arrivée soudainement. Ma femme était très gentille, avec ma famille, ma mère et ses amies. Ma femme s'entend bien avec ma mère et mon frère mais elle ne peut pas rester longtemps avec. Ils habitent à Berne et St-Gall. Ma femme prend du Tégrétol depuis 2012. Elle a moins de crises depuis qu'elle prend ce médicament".

#### **E. 17**

Par courrier du 1<sup>er</sup> juin 2015, la recourante transmis à la chambre de céans des pièces complémentaires en relevant qu'il en ressortait qu'elle avait fait de très nombreuses tentatives de suicide avec neuf hospitalisations en urgence à la clinique de Belle-Idée et qu'elle était sujette à des attaques de panique massives et fréquentes. La présence d'un proche à ses côtés était ainsi nécessaire. C'était sans doute par pudeur que ni elle ni son époux n'avaient parlé de ses problèmes à la chambre de céans. Le dossier de l'AI démontrait que si son époux devait rester auprès d'elle, c'était également en raison du risque suicidaire qu'impliquait son état psychique.

#### **E. 18**

La recourante a produit les pièces complémentaires suivantes : - Un résumé de séjour du centre d'accueil et d'urgence des HUG du 30 novembre 2007, dont il ressort que la patiente a été admise aux urgences, le 14 novembre 2007, suite à une tentative de suicide (elle avait tenté de se jeter dans les escaliers), dans le contexte d'une procédure d'expulsion de son appartement et un mois après avoir été opérée d'une grossesse extra-utérine. Depuis elle présentait des attaques de panique avec agoraphobie, repli sur soi, aboulie, anhédonie, perte d'élan vital, troubles du sommeil et perte de poids. La patiente était effondrée, avec des idées de mort, une perte d'espoir et un fort sentiment d'insécurité pour elle et sa famille. - Un résumé de séjour du département de psychiatrie des HUG du 22 octobre 2009, dont il ressort que l'intéressée a été hospitalisée le 18 septembre 2009, en entrée ordinaire sur certificat médical d'un médecin de la permanence médicale de Chantepoulet, en raison d'un épisode dépressif avec idées suicidaires. Le diagnostic principal posé était un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère. A l'entrée, la patiente était en pleurs, triste, collaborante, orientée dans le temps et l'espace. Elle dormait mal depuis trois jours avec baisse de l'appétit et perte de poids, estimée à 14 kg depuis le mois de mai 2009. Elle présentait une hypersensibilité au bruit et à la lumière et un désespoir avec idées suicidaires. Elle pensait à une défenestration. Elle était cependant demandeuse de soins et s'engageait à faire appel. Quand elle était angoissée, il lui arrivait de se gratter jusqu'à se blesser et cela la soulageait. Lors des permissions à domicile, la patiente rapportait souvent des moments de nervosité. Lorsqu'elle était en famille, elle avait de la peine à gérer son énervement contre ses enfants et avait besoin de s'isoler dans sa chambre. Lors des entretiens individuels, elle

exprimait beaucoup de tristesse et des pleurs en lien avec la perte de son frère décédé en 2008. La prise occasionnelle de Temesta et de Zyprexa permettait de diminuer en partie l'anxiété et la nervosité éprouvées à ces moments. Le mari exprimait la difficulté de la famille à supporter cette labilité émotionnelle, les crises d'énervement et les propos suicidaires de son épouse. - Un résumé de séjour du 11 février 2010 du département de psychiatrie des HUG, dont il ressort que la patiente a été hospitalisée le 28 janvier 2010, en entrée ordinaire sur certificat médical, en raison d'un épisode dépressif, avec idées suicidaires et comportements autodommageables (lésions de grattage). Elle présentait une baisse de la thymie, pleurait, avait des idées noires, mais pas de projet suicidaire clair. Elle avait des troubles du sommeil et de l'alimentation, des moments d'énervement. Elle pouvait s'engager à demander de l'aide aux soignants si elle n'était pas bien. Il avait été constaté une symptomatologie dépressive sévère. La patiente décrivait une situation difficile à domicile. Elle présentait souvent des ruminations en lien avec le décès des membres de sa famille. Au vu de la légère amélioration thymique, de la disparition des idées suicidaires et de son engagement à faire appel aux réseaux de soins en cas de détresse, sa demande de sortie avait été acceptée et elle avait quitté la clinique le 9 février 2010. - Un résumé de séjour du service de psychiatrie des HUG du 3 août 2010, dont il ressort que l'intéressée a été d'admise le 9 juillet 2010, en raison d'une péjoration de la symptomatologie dépressive avec apparition d'idées suicidaires. A son entrée, la patiente était calme, collaborante et orientée. Elle s'était rapidement sentie soulagée d'être à l'hôpital où elle se sentait en sécurité. Elle sentait des bénéfices à pouvoir parler aux soignants et faisait souvent la comparaison avec son domicile, où elle se sentait incomprise par sa famille. - Un résumé de séjour au service de psychiatrie des HUG du 13 mai 2011, dont il ressort qu'elle a été hospitalisée le 2 mai 2011 en entrée ordinaire, sur certificat de son médecin traitant, pour mise à l'abri d'un épisode dépressif majeur, avec apparition d'idéation suicidaire. Elle présentait deux à trois semaines avant son hospitalisation une baisse progressive de son humeur, accompagnée d'idéation suicidaire par défenestration, abus médicamenteux ou précipitation sous un train. - Un rapport d'expertise psychiatrique du 23 mai 2013, complétant une première expertise du 31 juillet 2009, du Docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, dont il ressort que la situation de l'expertisée avait évolué plutôt défavorablement depuis 2009. Elle n'avait jamais repris d'activité professionnelle. Elle avait poursuivi son suivi médical, actuellement auprès de la Dresse D\_\_\_\_\_, qu'elle consultait tous les 15 jours environ. Elle était également sous traitement médicamenteux (Cipralex, Lithiofor, Zyprexa, Tranxilium, notamment). Selon la patiente, elle avait dit à son mari qu'il devait arrêter de travailler pour s'occuper d'elle, car elle ne pouvait rester seule. Ce dernier ne présenterait plus de problèmes d'alcool et serait gentil. L'expert avait procédé à un examen clinique le 11 décembre 2012. L'assurée se disait surtout irritable. Au niveau somatique, elle annonçait des lombalgies basses et des douleurs au niveau du poignet et des articulations. Le diagnostic posé était un épisode dépressif récurrent, actuellement moyen, trouble douloureux et personnalité histrio-limite décompensée. La famille semblait épuisée du comportement de la patiente. Cette dernière paraissait totalement déstabilisée, régressée, dramatique, en conflit permanent avec son entourage. Elle était assez manipulatrice et l'importance des bénéfices secondaires était bien présente. Néanmoins, on pouvait parler actuellement d'un trouble majeur de la personnalité, mais décompensé, qui devait être considéré, pour l'heure, comme assimilable à une atteinte à la santé mentale. Sa capacité de travail était nulle dans toute activité. Il y avait une dépendance vis-à-vis de son entourage, mais en même temps des mises en conflit, manipulation, agressivité, excès, chantage,

colère, crises de nerfs qui caractérisaient globalement son comportement actuel. Du point de vue médical, il n'y avait pas de recommandations particulières, si ce n'était de simplifier la prise en charge médicale et pharmacologique.

#### **E. 19**

Le 22 juin 2015, le SPC a persisté dans ses conclusions en relevant que l'OAI avait instruit la question d'une éventuelle impotence, plus précisément celle de savoir si la recourante nécessitait un accompagnement régulier permanent pour faire face aux nécessités de la vie. Force était de constater que l'OAI n'avait pas octroyé d'allocation pour impotent à la recourante.

#### **E. 20**

Par ordonnance du 28 août 2015, la chambre de céans a ordonné l'apport du dossier de l'OAI.

#### **E. 21**

L'intéressée a rempli un formulaire de l'OAI pour demander une rente, le 31 octobre 2008, et a précisé à cette occasion, sous la rubrique relative à l'impotence, qu'elle n'avait pas besoin de l'aide régulière et permanente de tiers pour accomplir les actes ordinaires de la vie ou d'une surveillance personnelle, mais qu'elle avait besoin d'un accompagnement régulier et permanent pour faire face aux nécessités de la vie (vivre de manière indépendante, avoir des activités et entretenir des contacts sociaux à l'extérieur ou éviter un isolement durable du monde extérieur).

#### **E. 22**

Selon une lettre de sortie des HUG du 13 février 2014, l'assurée a été hospitalisée le 17 janvier 2014, soit pour la 10ème fois depuis 2007, en entrée ordinaire sur certificat de la Dresse D\_\_\_\_\_, pour mise à l'abri d'un épisode dépressif majeur avec idéation suicidaire et culpabilité dans le cadre d'un trouble bipolaire. A son admission, l'intéressée ne présentait plus d'idées suicidaires, se montrait soulagée du cadre contenant de l'hôpital et preneuse de soins. Sur le plan somatique, suite à une altercation avec un des patients de l'unité, elle avait eu un bref épisode de perte de connaissance, un possible malaise vagal, avec des constantes vitales dans la norme, ne nécessitant pas de prise en charge particulière, hormis une surveillance vitale.

#### **E. 23**

L'assurée a transmis à l'OAI un questionnaire pour la révision de la rente, le 13 janvier 2015, dans lequel elle a indiqué que son état de santé s'était aggravé depuis un an et demi en raison de "crise d'épilepsie".

#### **E. 24**

La Dresse D\_\_\_\_\_ a indiqué à l'OAI dans un rapport du 7 février 2015 que l'état de l'intéressée avait évolué défavorablement depuis mai 2013 avec l'apparition de crises d'épilepsie depuis une hospitalisation en milieu psychiatrique pour décompensation dépressive avec risque suicidaire majeur en février 2014. On ne pouvait pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle.

#### **E. 25**

La doctoresse G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, a indiqué à l'OAI, le 27 mai 2015, sous diagnostic sans effet sur la capacité de travail, que l'assurée souffrait d'épilepsie depuis 2013, en précisant que les pertes de connaissance avaient disparu depuis l'introduction du Tégrétol, à l'exception d'une seule crise qui avait eu lieu un mois auparavant dans le cadre d'une inquiétude majeure avec perte de sommeil durant plusieurs nuits. Elle se référait à son courrier du 12 décembre 2013 au docteur H\_\_\_\_\_.

#### **E. 26**

La Dresse G\_\_\_\_\_ a indiqué, dans un courrier adressé au Dr H\_\_\_\_\_ le 12 décembre 2013, qu'elle avait examiné l'assurée le 23 août 2013. Cette patiente avait commencé à présenter des pertes de connaissance depuis environ sept ans. Selon sa fille, interrogée téléphoniquement, elle avait toujours pu avertir lorsqu'elle se sentait mal avant de présenter une chute molle avec perte de connaissance brève, pâleur et les yeux fermés. La dernière crise avait été très différente : sans avertir, la patiente avait subitement eu un regard perdu et noir, ne répondait pas, puis présentait une chute raide avec une dizaine de secousses intermittentes de la tête suivie de respiration stertoreuse; ses yeux restaient fermés. L'épisode avait duré environ cinq minutes jusqu'à reprise de conscience avec épuisement et douleurs importantes. La Dresse G\_\_\_\_\_ concluait que le dernier épisode était différent des très nombreuses syncopes précédemment présentées par la patiente et qu'il pourrait être d'origine épileptique, sous forme de crise partielle secondairement généralisée. Elle avait proposé à la psychiatre de la patiente de remplacer progressivement le Lithium par le Tégrétol, qui avait l'avantage d'être non seulement anti-épileptique mais dont la composante anti-cholinergique pourrait également agir sur les syncopes. Depuis qu'une dose suffisante de 800 mg par jour avait été introduite, la patiente n'avait plus présenté de perte de connaissance.

#### **E. 27**

L'OAI a communiqué à l'intéressée, le 4 juin 2015, que son droit à la rente n'avait pas changé et qu'elle continuerait à bénéficier d'une rente correspondant à un degré d'invalidité de 100 %.

#### **E. 28**

La cause a été gardée à juger le 4 septembre 2015. 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 - 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 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). 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). Interjeté dans les forme et délai légaux, le recours est

recevable (art. 56 ss 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 - RS/GE J 4 20] ; art. 43 LPCC).!> 4. Le litige porte sur la question de savoir si c'est à juste titre que l'intimé a pris en compte, dans le calcul des prestations complémentaires de l'assurée, un gain potentiel de son conjoint dès le 1er mars 2010.> 5. 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. Il s'agit notamment des personnes qui perçoivent une rente de l'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. 1 er LPC dispose que le montant de la prestation complémentaire annuelle correspond à la part des dépenses reconnues qui excède les revenus déterminants. Selon l'art. 11 al. 1 let. g LPC, les revenus déterminants comprennent les ressources et parts de fortune dont un ayant droit s'est dessaisi. 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). Il en va de même 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, compte tenu de son devoir de contribuer à l'entretien de la famille au sens de l'art. 163 CC. Sous l'angle du droit à des prestations complémentaires, une telle obligation s'impose en particulier lorsque l'un des conjoints n'est pas en mesure de travailler en raison, par exemple, de son invalidité. Au regard de l'art. 11 al. 1 let. g LPC, cela signifie que lorsque le conjoint qui serait tenu d'exercer une activité lucrative pour assumer, en tout ou partie, l'entretien du couple en vertu de l'art. 163 CC y renonce, il y a lieu de prendre en compte un revenu hypothétique après une période dite d'adaptation (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_240/2010 du 3 septembre 2010 consid. 4.1 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances P 40/03 du 9 février 2005 consid. 4.2). Il appartient à l'administration ou, en cas de recours, au juge d'examiner si l'on peut exiger du conjoint 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. 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 jusque-là, au marché de l'emploi, et le cas échéant, au temps plus ou moins long pendant lequel elle aura été éloignée de la vie professionnelle (ATF 134 V 53 consid. 4.1; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_440/2008 du 6 février 2009 consid. 3). L'exigibilité de l'activité lucrative du conjoint d'un bénéficiaire de prestations complémentaires ne saurait se mesurer uniquement à l'aune de l'invalidité de l'autre conjoint. Lorsqu'un assuré fait valoir que son épouse est empêchée de travailler au seul motif que son propre état de santé nécessite une surveillance permanente, il lui incombe d'établir ce fait au degré de la vraisemblance prépondérante généralement requise dans la procédure d'assurances sociales. Il ne se justifie en revanche pas de subordonner cette preuve à l'exigence d'une impotence reconnue par l'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_440/2008 du 6 février 2009, consid.

5.1). 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 des prestations complémentaires, les principes évoqués supra 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).

6. S'agissant des prestations complémentaires cantonales, l'art. 4 LPCC prévoit qu'ont droit aux prestations les personnes dont le revenu annuel déterminant n'atteint pas le revenu minimum cantonal d'aide sociale (ci-après : RMCAS) applicable, le montant de la prestation complémentaire correspondant à la différence entre le RMCAS et le revenu déterminant du requérant (art. 15 al. 1 LPCC). Le revenu déterminant au sens de l'art. 5 al. 1 LPCC comprend, notamment, le produit de la fortune, tant mobilière qu'immobilière (let. b), un huitième de la fortune nette après déduction d'un montant de 40'000 fr. pour les couples (let. c), les rentes de l'assurance-vieillesse et survivants et de l'assurance-invalidité ainsi que les indemnités journalières de l'assurance-invalidité (let. d), les rentes, pensions et autres prestations périodiques (let. f), les prestations complémentaires fédérales (let. e) et les ressources dont un ayant droit s'est dessaisi (let. j). Quant au gain hypothétique du conjoint du bénéficiaire des prestations, les considérations développées ci-dessus en matière de prestations fédérales s'appliquent mutatis mutandis, les principes valables en droit cantonal étant les mêmes que ceux qui s'appliquent en la matière en droit fédéral ( ATAS/845/2005 du 5 novembre 2005).

7. Sauf disposition contraire de la loi, le juge des assurances sociales fonde sa décision 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 (ATF 126 V 353 , consid. 5b). 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). Selon le principe de libre appréciation des preuves, le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 , consid. 3; ATF 122 V 157 , consid. 1c). Il convient encore de relever que lorsque le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles il doit

procéder d'office, est convaincu que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; cf. ATF 131 I 153 consid. 3 p. 157; 125 I 127 consid. 6c/cc p. 135). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b; cf. ATF 124 V 90 consid. 4b p. 94; 122 V 157 consid. 1d p. 162 et l'arrêt cité). 8. a. En l'espèce, le SPC a retenu qu'il ne ressortait pas des rapports médicaux contenus dans son dossier de l'OAI que l'état de santé de la recourante nécessitait une surveillance personnelle permanente que seul son époux était à même d'assurer, ce que cette dernière conteste. b. A teneur du dossier de l'OAI, la recourante n'a pas formellement demandé d'allocation pour impotent, mais elle a précisé dans sa demande de rente invalidité qu'elle avait besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. Contrairement à ce que soutient le SPC, cette question n'a pas été instruite et n'a pas fait l'objet d'une décision formelle de l'OAI. Quoi qu'il en soit, et même si l'OAI avait refusé d'octroyer à la recourante une allocation pour impotent, il y a lieu d'examiner si l'état de santé de la recourante nécessite une surveillance permanente, la jurisprudence ayant précisé qu'il ne fallait pas en subordonner la preuve à l'exigence d'une impotence reconnue par l'assurance-invalidité. c. S'agissant des problèmes psychiques de la recourante, il est certes établi qu'elle est sujette, par moment, à des crises avec idées suicidaires, mais il ressort des pièces médicales au dossier que ces crises n'arrivent pas de manière très fréquente, puisqu'elle a été hospitalisée pour de telles crises à dix reprises entre 2007 et 2014. Par ailleurs, l'assurée n'a été hospitalisée qu'à une reprise suite à une tentative de suicide, en 2007, et dans un contexte particulier, soit alors qu'elle faisait l'objet d'une procédure d'expulsion et peu après une opération pour une grossesse extra-utérine. Les autres hospitalisations sont intervenues en prévention et sans tentative de suicide préalable. Les crises ne surviennent pas soudainement, selon ce qui ressort du résumé de séjour au service de psychiatrie des HUG du 13 mai 2011. Elles peuvent être détectées par les proches de l'assurée ou son psychiatre, qui la voit tous les 15 jours. L'assurée a été hospitalisée, le plus souvent, en entrée ordinaire sur la base d'un certificat de son médecin. Elle est capable de demander de l'aide et est demandeuse de soins, selon ce qui ressort des résumés de séjour du département de psychiatrie des HUG des 22 octobre 2009 et 13 février 2014. Hors crises, elle rapporte de l'énerverment et un besoin de s'isoler, de sorte que l'on peut retenir qu'elle peut rester seule, voire qu'elle en éprouve parfois la nécessité. Enfin, l'expert F\_\_\_\_\_ a conclu que, du point de vue médical, il n'y avait pas de recommandations particulières, si ce n'était de simplifier la prise en charge médicale et pharmacologique. Au vu des considérations qui précèdent, il y a lieu de retenir que l'état psychique de l'intéressée n'impose pas la présence quotidienne de son mari à domicile. d. S'agissant des crises d'épilepsie alléguées, la Dresse G\_\_\_\_\_ a indiqué, le 23 août 2013, que la recourante était sujette, en général, à des pertes de connaissance et qu'elle avait toujours pu avertir lorsqu'elle se sentait mal avant de présenter une chute molle, avec perte de connaissance brève et que seule la dernière crise avait été différente et peut-être d'origine épileptique. Depuis qu'une dose suffisante de médicament avait été introduite, la patiente n'avait plus présenté de perte de connaissance. La Dresse G\_\_\_\_\_ a encore indiqué à l'OAI, le 27 mai 2015, que les pertes de connaissance avaient disparu depuis l'introduction du Tégrétol, à l'exception d'une seule crise. La recourante et son époux ont eux-mêmes confirmé devant la chambre de céans que les crises étaient rares depuis 2012, grâce à l'effet du traitement médicamenteux. Enfin, il ne ressort pas des rapports médicaux de la Dresse G\_\_\_\_\_ que

les pertes de connaissance ou les crises d'épilepsie de la recourante la mettent en danger et nécessitent une assistance particulière et constante. Il est ainsi établi, avec un degré de vraisemblance prépondérante, que les crises d'épilepsie alléguées par la recourante ne justifient pas non plus la présence constante de son époux. e. Les pièces médicales au dossier étant suffisantes pour établir les faits de la cause, il n'est pas utile de procéder à l'audition de la Dresse D\_\_\_\_\_, comme l'a demandé la recourante. f. Si l'on peut comprendre que la présence de son époux puisse être réconfortante et tranquillisante pour la recourante, elle n'est ainsi pas dictée par des motifs médicaux et l'on peut dès lors exiger qu'elle s'en passe, en vertu de son obligation de diminuer le dommage. En effet, ce principe trouve son expression en matière de prestations complémentaires dans l'obligation faite au bénéficiaire – ou à son conjoint – de ne pas renoncer à des revenus. Il y a encore lieu d'ajouter qu'il existe des systèmes d'appel à l'aide qui peuvent être mis en place et qui constituent des alternatives rassurantes et adaptées à la présence permanente d'un tiers en cas de besoin. g. La recourante a encore allégué que son époux souffrait actuellement d'une allergie à la poussière, qu'il ne pouvait de ce fait plus pratiquer le sablage et qu'il avait été victime d'un accident sur son lieu de travail en 2009, ce qui lui avait laissé des séquelles et des limitations fonctionnelles. Elle n'a toutefois produit aucun certificat médical attestant ces dires, qui sont contredits par les déclarations de son époux, lequel a déclaré à la chambre de céans qu'il travaillerait avec plaisir et qu'il pensait pouvoir trouver un emploi. Il était âgé de 47 ans en mars 2010, date de la première prise en compte d'un gain potentiel, et de 51 ans au jour de la décision du SPC du 21 mai 2014. S'il est sans formation, il est au bénéfice de plusieurs années d'expérience professionnelle et il en outre établi par les déclarations de la recourante qu'il fait "tout" à la maison. Il ressort de ce qui précède, avec un degré de vraisemblance prépondérante, qu'il est capable de travailler, à tout le moins dans une activité simple et répétitive. Ainsi, la prise en compte par le SPC d'un gain potentiel de ce dernier, dès mars 2010, était justifiée dans son principe. h. Pour fixer le gain potentiel du conjoint, l'intimé s'est fondé sur les salaires ressortant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) éditée par l'Office fédéral de la statistique et considéré qu'il pouvait réaliser un gain de CHF 41'161.- dès le 1er mars 2010, de CHF 57'672.- dès le 1er janvier 2011, de CHF 57'579.05 dès le 1er janvier 2013 et de CHF 57'488.- dès le 1er janvier 2014, sans détailler comment il est parvenu à ces chiffres. Dès lors que les chiffres retenus n'apparaissent pas excessifs de prime abord, que rien n'indique qu'ils n'auraient pas été correctement établis et qu'ils n'ont pas été remis en cause par la recourante, il n'y a pas lieu de les examiner en détail. 9. Infondé, le recours sera rejeté. 10. Pour le surplus, la procédure est gratuite. **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**  
Statuant A la forme : 1. Déclare le recours recevable.![endif]>![if> Au fond : 2. Le rejette.![endif]>![if> 3. Dit que la procédure est gratuite.![endif]>![if> 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.![endif]>![if> La greffière Brigitte BABEL La présidente Catherine TAPPONNIER 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.