

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1191/2009

ATAS/1271/2014

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 9 décembre 2014

1^{ère} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENÈVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Philippe GIROD

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Christine
TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A_____, née le _____ 1964, originaire de la République Démocratique du Congo, veuve, est en Suisse depuis le 9 avril 1993. Elle a été victime d'un accident de la circulation le 24 novembre 2000.
2. Par décision du 6 août 2007, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OAI) lui a alloué une rente entière d'invalidité du 1^{er} novembre 2001 au 30 novembre 2002, une demi-rente du 1^{er} novembre au 31 décembre 2003 et un trois-quarts de rente dès le 1^{er} janvier 2004.
3. L'assurée a déposé une demande de prestations le 3 septembre 2007 auprès du Service des prestations complémentaires (ci-après SPC).
4. Par décision du 8 janvier 2009, confirmée sur opposition le 27 février 2009, le SPC lui a accordé des prestations complémentaires fédérales et cantonales. Il a tenu compte d'un gain potentiel de CHF 12'480.-, représentant les $\frac{2}{3}$ du montant maximal destiné à la couverture des besoins.
5. L'intéressée a interjeté recours le 1^{er} avril 2009 contre ladite décision, par l'intermédiaire de son mandataire. Elle a produit des certificats médicaux attestant de son incapacité totale de travail, ainsi que le rapport d'expertise de la Dresse B_____ du 26 novembre 2003, aux termes duquel « l'état physique permet 70% de capacité, l'état psychologique environ trois heures par jour en augmentant progressivement ».
6. Le Tribunal cantonal des assurances sociales, alors compétent, a ordonné la comparution personnelle des parties le 8 décembre 2009. Sur question, l'intéressée a précisé qu'elle avait déposé une demande d'indemnités de chômage durant la procédure devant l'OAI, que les indemnités lui avaient cependant été refusées, au motif qu'elle était inapte au placement. Elle n'avait pas déposé de nouvelle demande, car "je n'y arrive pas en raison de mon état de santé." Elle a ajouté qu'en l'état, elle n'avait pas requis la révision de son dossier AI.
7. Par arrêt du 16 février 2010, le Tribunal cantonal des assurances sociales a admis le recours et annulé les décisions des 8 janvier et 27 février 2009, considérant qu'il était utopique de penser que l'assurée pourrait trouver, puis assumer un emploi à 30% seulement sur le marché du travail actuel (ATAS/149/2010).
8. Dans son arrêt du 21 janvier 2011, le Tribunal fédéral a admis le recours déposé par le SPC et annulé le jugement du Tribunal cantonal des assurances sociales, considérant qu'il pouvait être exigé de l'assurée qu'elle mette en valeur sa capacité résiduelle de travail, d'une part, et reprochant à la juridiction cantonale d'avoir ignoré l'aggravation de l'état de santé alléguée par l'assurée et attestée par trois certificats médicaux, d'autre part.

Il lui a dès lors renvoyé la cause pour nouveau jugement au sens des considérants (ATF 9C-255/2010).

9. La chambre de céans a repris l'instance et invité les parties à se déterminer.
10. Le 26 avril 2011, le SPC a considéré que la présomption posée par l'art. 14a al. 2 de l'ordonnance sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité du 15 janvier 1971 (OPC-AVS/AI ; RS 831.301) n'avait été renversée ni sur la base de critères extra-médicaux, ni sur la base de critères médicaux. Il a, partant, persisté à conclure au rejet du recours.
11. Le 6 mai 2011, l'assurée, par l'intermédiaire de son mandataire, a produit un certificat établi par Madame C_____, psychologue FSP, le 3 mai 2011, aux termes duquel elle souffre d'une incapacité de travail de 100% en raison d'un état de stress post traumatique et d'un état dépressif moyen à tendance grave. Elle conclut dès lors à l'annulation de la décision sur opposition du 27 février 2009.
12. La chambre de céans a ordonné l'audition de Mme C_____ le 1^{er} novembre 2011.

Celle-ci a déclaré que :

« Je travaille au Centre médico-chirurgical comme psychologue déléguée du Docteur D_____. Je ne sais pas quelle est la spécialité FMH du Dr D_____. Il n'y a pas sinon de psychiatre dans l'équipe qui travaille au CMC. J'ai une autorisation qui m'a été délivrée par la Direction de la santé pour travailler en délégation d'un médecin et poser un diagnostic. Je produis à cet égard un courrier de la Direction générale de la santé daté du 9 février 2009 concernant un droit de pratique comme psychologue à titre de dépendant - psychothérapie déléguée au sein d'une permanence médico-chirurgicale.

Je suis Madame A_____ depuis mars 2010 en délégation du Dr D_____. Je précise encore que je suis clinicienne de formation, ce qui m'autorise à mon sens à poser un diagnostic.

J'ai évalué l'état dépressif de moyen à tendance grave en me fondant sur le test de dépression de Hamilton. Il n'y a eu ni amélioration, ni péjoration depuis mars 2010. Elle est longtemps restée dans le mutisme. Une relation de confiance s'est progressivement installée. Elle rencontre beaucoup de problèmes familiaux, notamment en relation avec sa fille. J'ai également mentionné un état de stress post traumatique. L'assurée a accumulé un certain nombre de traumatismes dans son passé, puis lors de son accident survenu en 2000. Elle a également subi une intervention chirurgicale "ratée". Je confirme le taux d'incapacité entière de travail en tout cas depuis que je la suis. Je lui ai conseillé de consulter un médecin psychiatre, le Dr E_____. Je ne sais même pas si elle l'a vu. Elle a tendance à oublier les rendez-vous d'une façon générale.

Je sais qu'elle était suivie par la Dresse F_____, mais je n'ai pas eu accès à son dossier.

L'assurée venait au début au rythme d'une fois par semaine, à présent elle vient une fois par mois et parfois sur demande.

Je produirai un autre courrier de la Direction générale de la santé.

Je ne sais pas si le Dr D_____ est au bénéfice d'une attestation de formation complémentaire spécifique.

L'assurée est tout le temps fatiguée, apathique. Il lui arrive même de s'endormir momentanément durant nos entretiens. Elle est au bénéfice d'aide à domicile (FSASD). Quelqu'un vient une à deux fois par semaine chez elle pour les tâches ménagères et les courses. Elle est incapable de faire les courses elle-même.

L'assurée a vécu de nombreux événements difficiles qui constituent comme une chaîne, raison pour laquelle j'ai parlé de saturation sur le plan mental et psychique.

Je ne la vois pas exercer une activité, même adaptée à ses problèmes somatiques, même à raison de trois heures par jour seulement, en raison de son état d'épuisement tant physique que psychique.

Je pense en revanche qu'il serait peut-être bien pour elle d'accomplir un travail bénévole, sans les contraintes d'horaires par exemple d'une activité lucrative.

Le pronostic est réservé, étant précisé que l'assurée doit subir prochainement deux interventions chirurgicales, ce qui lui procure beaucoup de stress ».

13. Interrogé par la chambre de céans, le Professeur G_____, médecin cantonal, a indiqué, sur la base des informations figurant dans le registre fédéral des professions médicales, que le Dr D_____ était au bénéfice d'un titre de médecin praticien, mais qu'il n'était pas fait mention de psychothérapie déléguée. Selon le Prof. G_____, du fait des droits acquis, le Dr D_____ était cependant peut-être en possession d'une attestation de formation complémentaire dans ce domaine.

S'agissant de Mme C_____, il a précisé qu'elle pouvait exercer sa profession dans les limites suivantes :

- sous la responsabilité d'un psychologue spécialisé en psychothérapie ayant un droit de pratiquer à titre indépendant.
- que la psychothérapie soit déléguée par un médecin spécialisé en psychiatrie et psychothérapie (adulte ou enfant-adolescent) ou un médecin au bénéfice d'une attestation de formation complémentaire (AFC) spécifique.

Le Prof. G_____ a ainsi déclaré que Mme C_____ ne pouvait pas exercer seule, sans supervision ou délégation, et ne pouvait donc ni poser un diagnostic ni attester de la capacité de travail d'un patient.

14. Le Dr H_____, médecin spécialiste FMH en gynécologie, a été entendu le 6 mars 2012 par la chambre de céans. Il a déclaré que :

« J'ai vu Madame A_____ à trois reprises, les 19 janvier, 16 février et 8 avril 2010 pour une incontinence urinaire. Elle m'avait été envoyée par son médecin, le Dr I_____. Je lui ai prescrit deux traitements médicamenteux qui n'ont pas amélioré la symptomatologie, puis de la physiothérapie. Elle n'est plus revenue à ma consultation. Elle souffrait d'une incontinence moyennement sévère. C'est une incontinence qui est fatigante et qui a indéniablement un impact sur la qualité de la vie, mais elle n'empêche pas la personne qui en est atteinte de travailler. Elle avait subi une intervention chirurgicale pour cette incontinence en avril 2009 qui n'a pas

eu les résultats escomptés. J'aurais pu imaginer d'autres traitements possibles pour elle, mais elle n'est pas revenue me voir. Je sais qu'elle a déposé une plainte pénale contre le médecin qui l'a opérée, je pense avec raison. Je pense que son état psychologique a dû se ressentir de l'échec de l'intervention.

Je n'ai pu obtenir que très peu d'informations sur les deux interventions pratiquées, les 22 avril et 9 mai 2009, par le Dr J_____. J'ai cependant un a priori négatif envers ce médecin.

Je me souviens que Madame A_____ se montrait affectée par le résultat de la seconde intervention.

Je rectifie : Madame A_____ a subi une hystéroscopie opératoire le 11 mars 2009, et une laparoscopie (kyste de l'ovaire) avec une intervention concernant l'incontinence le 22 avril 2009 ».

La Dresse F_____ a également été entendue lors de l'audience du 6 mars 2012. Elle a indiqué que :

« J'ai suivi Madame A_____ du 25 septembre 2008 au 15 décembre 2009. Elle se plaignait de tristesse, de pleurs, de perturbations du sommeil. J'ai diagnostiqué un trouble dépressif plutôt sévère. Je lui ai prescrit différents traitements qui n'ont cependant pas apporté l'amélioration attendue. Elle a manqué de nombreux rendez-vous. Je ne sais pas pourquoi. Peut-être est-ce lié à la maladie. Elle présente un aspect instable et fuyant qui a rendu le suivi difficile. Je ne sais pas si cela est dû à une origine culturelle.

Je sais qu'elle a été hospitalisée en milieu psychiatrique en 2001. Il s'agissait d'une hospitalisation non volontaire en raison d'une tentative de suicide. Lorsque je l'ai suivie, elle avait encore des idées suicidaires, mais il n'a pas été question de l'hospitaliser. J'essayais plutôt de la motiver pour qu'elle reste au sein de sa famille, elle ne souhaitait pas être hospitalisée, mais c'était difficile.

Je pense que dans le cas de Madame A_____, une expertise serait appropriée.

Je considère que Madame A_____ était entièrement incapable de travailler, en tout cas durant la période où je l'ai suivie. Je rappelle à cet égard qu'elle avait même des difficultés à venir à mes rendez-vous. Je ne pense pas qu'elle aurait pu reprendre une activité dans un court laps de temps. Un état dépressif aussi sévère, qui dure aussi longtemps sur plusieurs années, nécessite un traitement de longue haleine avant de pouvoir espérer une quelconque amélioration.

Il m'est expliqué que selon l'AI, en tout cas jusqu'en 2007, elle aurait pu exercer une activité à raison de 30% comme caissière ou ouvrière dans le secteur horloger. Je m'en étonne et ne pense pas qu'elle aurait été capable de travailler à 30%, en tout cas pas lorsque je l'ai suivie. J'ajoute qu'elle n'aurait pas eu la concentration nécessaire pour un emploi de caissière par exemple ».

A l'issue de l'audience d'enquêtes, le mandataire de l'assurée a informé la chambre de céans qu'une demande en révision du dossier AI était en cours d'instruction.

15. Sur demande de la chambre de céans, l'OAI a transmis son dossier le 19 mars 2012, a indiqué qu'une révision du droit à la rente avait été initiée en juillet 2010, que par

décision du 29 août 2011, le droit à un trois-quarts de rente avait été maintenu, que l'assurée avait interjeté recours contre ladite décision et que l'instruction était en cours.

16. Le 13 avril 2012, le SPC a rappelé que, selon le Tribunal fédéral, tant qu'une procédure de révision AI était en cours, comme en l'espèce, l'organe PC n'avait pas à modifier, cas échéant supprimer, la prise en compte du gain potentiel retenu (ATF 8C 574/2008).
17. Le 27 avril 2012, l'assurée a relevé que la chambre de céans avait procédé à toutes les investigations médicales requises, de sorte que la cause lui paraissait être en état d'être jugée.
18. Sur demande de la chambre de céans, l'OAI lui a transmis le 12 novembre 2012, l'avis du Service médical régional AI (SMR) du 16 octobre 2012. Le SMR a considéré qu'une aggravation était intervenue. N'obtenant pas de réponse de la Dresse F_____, il a demandé qu'une expertise psychiatrique soit mise en œuvre.
19. Le 27 novembre 2012, le SPC a fait savoir qu'il persistait à conclure au rejet du recours.
20. Le 29 novembre 2012, l'assurée a prié la chambre de céans de prononcer un jugement sur le fond.
21. Par arrêt incident du 8 janvier 2013, la chambre de céans a suspendu l'instance en application de l'art. 14 LPA jusqu'à l'établissement du rapport d'expertise AI.
22. L'expertise a été réalisée le 19 mars 2013 par la Dresse K_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. L'experte a considéré que « dans la situation actuelle, les éléments dépressifs sont en rémission sous traitement et la notion de syndrome de stress post traumatique ne s'appuie sur aucune catastrophe identifiée. A l'examen de ce jour, l'assurée ne présente aucune atteinte psychiatrique à la santé ayant des répercussions sur sa capacité de travail. (...) L'examen de ce jour n'a pas permis de mettre en évidence de limitation fonctionnelle psychiatrique à l'exercice d'une activité professionnelle lucrative. Par contre, des limitations non médicales, notamment un déconditionnement et de longues années d'inactivité professionnelle chez une assurée ancrée dans un processus d'invalidation, rendent aujourd'hui illusoire une reprise du travail, même sous forme de mesures de réinsertion progressive, sans une préparation motivationnelle préalable. (...) Si l'on s'appuie sur les documents médicaux en possession de l'expert, une exigibilité professionnelle de trois heures par jour aurait pu être attendue chez l'assurée à partir de la date de l'expertise de la Dresse B_____ le 26 novembre 2003. Comme une augmentation progressive de cette exigibilité a été annoncée, il y a lieu de considérer que l'expertisée aurait pu augmenter son taux d'activité, en particulier depuis l'autonomisation de ses cinq enfants. On peut raisonnablement considérer que depuis que le fils benjamin est majeur, c'est-à-dire depuis 2011, l'expertisée n'a plus de tâche éducative qui lui incombe et que donc elle aurait pu reprendre une activité professionnelle à plein temps en tout cas dès lors. Si elle ne l'a pas fait, ce

n'est pas pour des raisons d'atteinte psychiatrique à la santé. (...) Sur le plan médico-théorique, l'exigibilité est complète (c'est-à-dire de l'ordre de huit heures par jour) dans l'activité habituelle de femme de chambre ou de nettoyeuse, même si la réalité d'une reprise professionnelle apparaît comme lointaine ».

Invité par l'OAI à se déterminer, le SMR en a conclu dans une note du 25 avril 2013 que

« Sur la base somatique, la capacité de travail est fixée à 70%.

Sur le plan psychiatrique, une exigibilité professionnelle de 3h par jour aurait pu être attendue chez l'assurée, à partir de la date de l'expertise du 26.11.2003. Comme une augmentation progressive a été annoncée, il y a lieu de considérer qu'après l'autonomisation du dernier des 5 enfants de l'assurée, c'est-à-dire depuis 2011, la capacité est pleine pour toute activité.

En définitive, l'assurée possède une capacité de 70%.

Au vu du temps écoulé, où l'assurée ne travaille plus, et qu'il s'agit d'une révision de rente, le cas mérite être présenté à la permanence de réadaptation avant de prendre une décision ».

23. Par décision du 12 juillet 2013, l'OAI a informé l'assurée que son droit aux trois-quarts de rente, basé sur un taux d'invalidité de 66% était maintenu. Elle avait la possibilité par ailleurs de demander une aide au placement.
24. L'instance a été reprise et les parties se sont vu impartir un délai pour se déterminer.
25. Le 6 mai 2014, l'assurée a versé au dossier un rapport de la Dresse F_____ se déterminant sur l'expertise de la Dresse K_____. La Dresse F_____ a préalablement rappelé qu'elle suivait l'assurée depuis fin 2008, et qu'à cette époque, elle avait constaté un état dépressif sévère avec caractéristiques psychotiques congruentes et non congruentes à l'humeur. Elle considère que ce grave trouble mental a laissé des séquelles en évoluant vers une psychose déficitaire, diagnostic qu'elle a pu confirmer lorsque l'assurée a repris contact avec elle dès 2011. Elle retient dès lors en conclusion le diagnostic d'un trouble schyzo-affectif chronique de type dépressif, épisodique avec déficit stable.

S'agissant de l'expertise réalisée par la Dresse K_____, elle relève des omissions majeures, une inexactitude concernant l'historique du traitement psychiatrique, et des lacunes importantes. Il y a plus particulièrement une banalisation des faits majeurs étant intervenus dans la vie de l'assurée et des traumatismes subis. Elle souligne à cet égard que l'assurée a vu s'accumuler dans sa vie les stress les plus extrêmes. Elle reproche à l'expertise l'absence de synthèse et l'absence d'une vision plus approfondie du vécu extrêmement traumatique de l'assurée, « orpheline dans un premier temps, maltraitée, séparée de sa fratrie, puis plus tard à l'âge jeune adulte, veuve, polytraumatisée psychiquement, qui a vécu l'expérience catastrophique de guerre et d'immigration dans un pays lointain, avec la responsabilité d'élever seule ses cinq enfants, devenus à leur tour orphelins de père.

Celui-ci aurait été assassiné devant ses deux enfants aînés, fait traumatique autant pour les enfants que pour la mère, se culpabilisant de ne pas avoir été en mesure de protéger ses enfants d'un tel traumatisme ».

Elle considère que le trouble mental grave dans lequel souffre sa patiente a une forte influence sur sa capacité de travail, en ce sens que « le manque de capacité de concentration, l'impossibilité de soutenir son attention, de mettre en œuvre ses capacités cognitives résiduelles, de s'exposer dans un potentiel emploi, de s'intégrer dans une équipe de travail dans laquelle il serait impératif de suivre les règles et de les appliquer, rendent son éventuel engagement professionnel pratiquement impossible. Les symptômes psychotiques de type d'idées délirantes, présents dans le passé, ont pu être soignés pour l'heure actuelle, mais leur réapparition dans l'avenir ne fait aucun doute. Lorsque les épisodes dépressifs surviennent à nouveau, ce qui arrive dans ce type de trouble mental, il est nécessaire d'appliquer durant plusieurs semaines, des traitements qui restent incompatibles avec une activité professionnelle. De ce fait, la capacité de travail de l'assurée est nulle. Le pronostic du point de vue médical ne laisse aucune perspective d'une amélioration de sa capacité de travail ».

Au vu des observations de son médecin traitant, l'assurée a persisté dans ses conclusions.

26. Le 2 juin 2014, le SPC a quant à lui conclu au rejet du recours.

27. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Les dispositions légales applicables quant à la compétence de la chambre de céans ont déjà été exposées dans l'arrêt du 16 février 2010. Il y a lieu de s'y référer.
2. Le litige porte sur le point de savoir s'il y a lieu de prendre en considération à compter du 1^{er} février 2009 un revenu hypothétique dans le calcul du montant des prestations complémentaires dues à l'assurée.
3. Dans son arrêt du 21 janvier 2011, le TF a renvoyé le présent dossier à la chambre de céans, afin qu'elle se prononce sur la survenance d'une éventuelle aggravation de l'état de santé, aggravation alléguée par l'assurée pour justifier le fait qu'aucun gain hypothétique ne devait être retenu.

Le TF a à cet égard jugé que les divers certificats médicaux produits par l'assurée n'étaient pas suffisants en tant qu'ils n'étaient pas motivés, mais considéré qu'il ne pouvait, sans autres explications ou mesures d'instruction, être exclu que la péjoration invoquée se soit effectivement produite.

4. 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).

5. En vertu de l'art. 4 LPC, les personnes qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse ont droit à des prestations complémentaires, dès lors qu'elles ont droit, notamment, à une rente ou à une allocation pour impotent de l'assurance-invalidité (al. 1 let. c). Le montant de la prestation complémentaire annuelle correspond à la part des dépenses reconnues qui excède les revenus déterminants (art. 9 al. 1 LPC).

Les revenus déterminants au sens de l'art. 11 LPC dans sa teneur dès le 1^{er} janvier 2011 comprennent notamment deux tiers des ressources en espèces ou en nature provenant de l'exercice d'une activité lucrative, pour autant qu'elles excèdent annuellement 1000 francs pour les personnes seules et 1500 francs pour les couples et les 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, le produit de la fortune mobilière et immobilière ainsi que les rentes, pensions et autres prestations périodiques, y compris les rentes de l'AVS et de l'AI (art. 11 al. 1 let. a, b et d LPC). S'y ajoute un quinzième de la fortune nette pour les bénéficiaires de rentes de l'assurance-invalidité, dans la mesure où elle dépasse 60'000 fr. pour les couples (art. 11 al. 1 let. c LPC). Sont également comprises dans les revenus déterminants les ressources et parts de fortune dont un ayant droit s'est dessaisi (art. 11 al. 1 let. g LPC). Cette disposition, qui reprend le libellé de l'ancien art. 3c al. 1 let. g LPC, est directement applicable lorsque l'épouse d'un bénéficiaire s'abstient de mettre en valeur sa capacité de gain, alors qu'elle pourrait se voir obligée d'exercer une activité lucrative en vertu de l'art. 163 du Code civil (CC; RS 210) (ATF 8C_68/2007 du 14 mars 2008, consid. 5.1). Dans sa teneur en force jusqu'au 31 décembre 2008, l'art. 11 al. 1 let. C LPC retenait à titre de revenu le quinzième de la fortune nette dépassant 40'000 fr. des bénéficiaires de rentes de l'assurance-invalidité.

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 correspond à la part des dépenses reconnues qui excède le revenu annuel déterminant de l'intéressé (art. 15 al. 1 LPCC). L'art. 5 al. 1 LPCC prévoit que le revenu déterminant est calculé conformément aux règles fixées dans la loi fédérale et ses dispositions d'exécution, moyennant les dérogations suivantes: les prestations complémentaires fédérales sont ajoutées au revenu déterminant (let. a) et la part de fortune nette prise en compte est de un huitième après déduction des franchises prévues à l'art. 11 al. 1 let. c LPC.

Quant au gain hypothétique du conjoint du bénéficiaire des prestations, les considérations qui seront développées ci-dessous 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/1473/2009 du 26 novembre 2009; consid. 6).

7. Conformément à l'art. 159 al. 3 du Code civil (CC ; RS 210), les époux se doivent l'un à l'autre fidélité et assistance. Ainsi, lorsque l'époux a besoin de soins et de surveillance, ces tâches font incontestablement partie des obligations conjugales de l'épouse. Cependant, le devoir de contribuer à l'entretien de la famille au sens de l'art. 163 CC fait également partie des obligations des époux (ATF P 18/99 du 22 septembre 2000, consid. 2b). Selon la jurisprudence rendue sur l'art. 163 CC, le principe de solidarité entre les conjoints implique qu'ils sont responsables l'un envers l'autre non seulement des effets que le partage des tâches adopté durant le mariage peut avoir sur la capacité de gain de l'un des époux, mais également des autres motifs qui empêcheraient celui-ci de pourvoir lui-même à son entretien (ATF 5C.42/2002 du 26 septembre 2002, consid. 2.1).

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 à raison par exemple de son invalidité, parce qu'il incombe à chacun de contribuer à l'entretien et aux charges du ménage. 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 (ATF 9C_240/2010 du 3 septembre 2010, consid. 4.1).

8. En ce qui concerne le critère de la mise en valeur de 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. A cet égard, il faut prendre en considération, d'une part, l'offre des emplois vacants appropriés et, d'autre part, le nombre de personnes recherchant un travail (arrêt du Tribunal fédéral des assurances P 2/99 du 9 décembre 1999). Il y a lieu d'examiner concrètement la situation du marché du travail (arrêts du Tribunal fédéral 8C_655/2007 du 26 juin 2008, P 61/03 du 22 mars 2004, P 88/01 du 8 octobre 2002 et P 18/02 du 9 juillet 2002).

Lorsqu'il s'avère que c'est pour des motifs conjoncturels que le conjoint d'un bénéficiaire n'a pas été en mesure de mettre en valeur sa capacité de gain dans l'activité correspondant à sa formation et son expérience professionnelles, on ne saurait prendre en compte de gain potentiel car son inactivité ne constitue pas une renonciation à des ressources au sens de l'art. 11 al. 1 let. g LPC (arrêts du Tribunal fédéral 9C_150/2009 du 26 novembre 2009 consid. 6.2, 9C_30/2009 du 6 octobre 2009 consid. 4.2 et P 88/01 du 8 octobre 2002).

Selon les directives concernant les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI de l'office fédéral des assurances sociales dans leur version en vigueur en 2012 (DPC), aucun revenu hypothétique n'est pris en compte si le conjoint non invalide peut faire valoir l'une ou l'autre des conditions suivantes: malgré tous ses efforts, il ne trouve 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; lorsqu'il touche des allocations de chômage (ch. 3482.03).

9. 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 8C_440/2008 du 6 février 2009, consid. 3; ATF 134 V 53, consid. 4.1). 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 (ATF 8C_440/2008 du 6 février 2009, consid. 5.1).
10. 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).

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 suffit de rappeler que le point de savoir si l'on peut exiger d'un bénéficiaire de prestations complémentaires ou de son conjoint qu'il exerce une activité lucrative doit être examiné à l'aune des critères posés en droit de la famille (ATF 134 V 53

consid. 4.1 p. 61). Les critères décisifs auront notamment trait à l'âge de la personne, à son état de santé, à ses connaissances linguistiques, à sa formation professionnelle, à l'activité exercée jusqu'ici, au marché de l'emploi, et le cas échéant, au temps plus ou moins long pendant lequel elle aura été éloignée de la vie professionnelle (ATF 134 V 53 consid. 4.1 p. 61 et les arrêts cités).

Il convient également 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 202 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 du 8C_172/2007 du 6 février 2008, consid. 7.2).

11. Faisant suite à l'arrêt du TF du 21 janvier 2011, la chambre de céans a repris l'instance et requis l'apport du dossier AI.

Elle a ainsi pris connaissance du rapport d'expertise établi le 19 mars 2013 par la Dresse K____, selon lequel l'assurée ne présentait plus aucune atteinte psychiatrique à la santé ayant des répercussions sur sa capacité de travail, et de la décision rendue par l'OAI le 12 juillet 2013, confirmant le droit de l'assurée à un trois-quarts de rente.

L'assurée conteste la valeur probante du rapport de la Dresse K____, en se référant aux observations de la Dresse F____ du 6 mai 2014. Selon la Dresse F____ en effet, l'expertise ne tient notamment pas compte de l'état clinique (émoussement affectif manifeste, motricité diminuée, contact avec l'interlocuteur typique pour les personnes souffrant de psychose). Il y a toutefois lieu de constater qu'elle ne motive pas davantage les raisons pour lesquelles elle ne partage pas l'avis de la Dresse K____. Elle ne fait par ailleurs pas état d'une aggravation de l'état de santé de sa patiente. Elle a au contraire rappelé que son diagnostic d'état dépressif sévère avec caractéristiques psychotiques congruentes et non congruentes à l'humeur avait été posé à fin 2008, d'une part, et que la psychose déficitaire, conséquence de cet état dépressif sévère, avait pu être confirmée dès 2011. Elle précise quoi qu'il en soit que les symptômes psychotiques de type d'idées délirantes

présents dans le passé ont pu être soignés pour l'heure actuelle. Le fait qu'elle ajoute que ces symptômes réapparaîtront sans aucun doute à l'avenir ne saurait être pris en considération dans le cadre du présent litige.

Il y a également lieu de constater que l'assurée n'a pas contesté la décision rendue par l'OAI le 12 juillet 2013, et n'allègue pas qu'une aggravation serait survenue depuis la décision AI du 12 juillet 2013. Aussi les observations de la Dresse F_____ ne permettent-elles pas de mettre en doute les conclusions de l'experte.

Celles de Mme C_____ ne peuvent qu'être écartées, dans la mesure où il appert de la partie en fait qui précède que celle-ci ne peut en réalité ni poser un diagnostic, ni attester de la capacité de travail d'un patient. Elles n'ont en conséquence, d'emblée, pas valeur probante.

Force est, au vu de ce qui précède, de conclure qu'il n'a pas été établi, au degré de vraisemblance requis par la jurisprudence, qu'une aggravation de l'état de santé sur le plan psychique soit survenue.

L'OAI n'a du reste pas admis qu'il y ait eu aggravation, de sorte que, par décision du 12 juillet 2013, et sur la base du rapport d'expertise établi par la Dresse K_____ le 19 mars 2013, il s'est borné à confirmer le droit de l'assurée à un trois-quarts de rente. Il a au surplus attiré l'attention de l'assurée sur le fait qu'une aide au placement pouvait lui être octroyée. Il lui suffisait d'adresser une requête en ce sens à l'OAI et de participer activement aux mesures proposées en faisant elle-même des recherches d'emploi.

Il convient dès lors de se fonder sur l'incapacité de travail retenue par l'OAI, et partant retenir une capacité résiduelle de travail de 30%.

12. Le TF a rappelé, dans son arrêt du 21 janvier 2011, qu'en principe il peut être exigé d'une assurée âgée de 44 ans, parlant français, présente en Suisse depuis longtemps et y ayant déjà exercé plusieurs activités, qui n'a plus à charge d'enfants nécessitant une présence constante, dont l'inactivité n'était pas due à des motifs conjoncturels, mais à l'absence totale d'implication dans la recherche d'un emploi et qui possède selon les organes de l'assurance-invalidité, une capacité résiduelle de travail que l'autorité judiciaire amenée à statuer ne remet pas en question, qu'elle mette en valeur sa capacité résiduelle de travail et qu'il soit, partant, tenu compte d'un revenu hypothétique pour le cas où celle-ci y renoncerait sans motif.

Il se justifie en conséquence de considérer qu'un gain potentiel à hauteur de 30% doit être retenu.

13. L'assurée conteste également le montant retenu au titre de salaire fictif de CHF 12'400.-, pas réalisable en raison de l'absence de qualification professionnelle et situation actuelle du marché de l'emploi, étant rappelé qu'elle gagnait comme femme de chambre avant l'accident, un salaire mensuel moyen de CHF 2'253.30.

Il y a toutefois lieu de rappeler qu'aux termes de l'art. 14a de l'ordonnance sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité du 15 janvier 1971 (OPC-AVS/AI - RS 831.301),

«¹ 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.

² Pour les invalides âgés de moins de 60 ans, le revenu de l'activité lucrative à prendre en compte correspond au moins :

a. 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 %;

b. au montant maximum destiné à la couverture des besoins selon la let. a, pour un taux d'invalidité de 50 à moins de 60 %;

c. 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 %.

³ L'al. 2 n'est pas applicable si :

a. l'invalidité de personnes sans activité lucrative a été établie conformément à l'art. 27 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, ou si

b. l'invalidité travaille dans un atelier au sens de l'art. 3, al. 1, let. a, de la loi fédérale du 6 octobre 2006 sur les institutions destinées à promouvoir l'intégration des personnes invalides (LIPPI) ».

14. Aussi le calcul auquel a procédé le SPC pour fixer le montant du gain hypothétique à prendre en considération, ce sur la base de l'art. 14a al. 2 let. c OPC-AVS/AI, ne peut-il être que confirmé.

Le recours est en conséquence rejeté.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public (art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 – LTF - RS 173.110) aux conditions de l'art. 95 LTF pour ce qui a trait aux prestations complémentaires fédérales, par la voie du recours constitutionnel subsidiaire (articles 113 ss LTF) aux conditions de l'art. 116 LTF pour ce qui a trait aux prestations complémentaires cantonales. Le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Nathalie LOCHER

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