

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2124/2013

ATAS/1154/2013

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 25 novembre 2013

9ème Chambre

En la cause

Monsieur L_____, domicilié c/o EMS X_____; à
CHENE-BOUGERIES, avec élection de domicile en l'étude
WOODTLI, LEVY, BRUTSCH & GEIGER, comparant par
Maître GALINDO Cecilia

recourant

contre

SERVICE DES PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES, sis route
de Chêne 54, GENEVE

intimé

**Siégeant : Francine PAYOT ZEN-RUFFINEN, Présidente; Maria Esther
SPEDALIERO et Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur L_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1925, a déposé une demande de prestations auprès du Service des prestations complémentaires (ci-après : SPC) le 6 décembre 2011.

Selon celle-ci, l'assuré percevait une rente AVS mensuelle de 2'320 fr. par mois. Son loyer se montait à 2'700 fr., majoré de 190 fr. de charges. Sa prime assurance maladie s'élevait à 436 fr. 95 par mois. Il n'avait aucune fortune au 31 décembre 2010.

2. Par courrier du 5 janvier 2012 le SPC a sollicité de l'assuré des pièces supplémentaires notamment l'estimation officielle de la valeur vénale actuelle du bien immobilier en précisant l'année de construction, la copie des justificatifs de la diminution des avoirs entre la fortune mobilière 2005 de 450'584 fr. et la fortune mobilière 2007 de 227'802 fr. (représentant une différence de 222'782 fr.), la copie des justificatifs de la diminution des avoirs entre la fortune mobilière 2009 de 47'135 fr. et l'absence de fortune mobilière en 2010 ainsi que, notamment, de nombreux relevés bancaires et postaux.
3. Le 6 février 2012, le SPC a adressé un premier rappel à l'assuré, suivi d'un second le 6 mars 2012.
4. Par décision du 21 mars 2012, le SPC a suspendu l'examen de la demande de prestations, l'assuré n'ayant pas transmis la totalité des justificatifs réclamés.
5. Par courrier du 20 mars 2012, reçu le 23 mars 2012, l'assuré a transmis les documents et des explications. Il ne possédait ni bien immobilier, ni compte bancaire à l'étranger, ni compte postal en Suisse, ni compte auprès de la Banque cantonale genevoise (mais auprès de la Banque genevoise de gestion). Son compte auprès du Crédit Lyonnais avait été clôturé le 23 avril 2010.
6. Par décision du 3 avril 2012, le SPC est entré en matière sur la demande de prestations complémentaires fédérales et cantonales à compter du 1^{er} mars 2012. Les pièces remises faisaient état d'une diminution de patrimoine dont il était tenu compte dans le calcul de revenu déterminant. L'assuré s'était dessaisi de 218'513 fr. Il avait perçu 110'000 fr. à titre de prestations périodiques. Les dépenses reconnues s'élevaient à 32'250 fr. par année alors que le revenu déterminant ascendait à 160'092 fr. annuels. Les dépenses reconnues étant entièrement couvertes par le revenu déterminant, aucune prestation n'était due mensuellement à l'assuré.

Un tableau de dessaisissement était joint à la décision. Il constatait un dessaisissement de 57'447 fr. pour 2004, de 32'286 fr. pour 2006, de 101'050 fr. pour 2007 et de 97'730 fr. pour 2008.

La fortune de l'assuré se montait à 577'664 fr. le 31 décembre 2003, 470'148 fr. le 31 décembre 2004, 450'584 fr. le 31 décembre 2005, 372'562 fr. le 31 décembre 2006, 227'802 fr. le 31 décembre 2007, 86'386 fr. le 31 décembre 2008, 47'135 fr. le 31 décembre 2009, 35'925 fr. le 31 décembre 2010.

Les ressources annuelles étaient composées de la rente AVS (25'320 fr. pour 2004 ; 25'800 fr. pour 2005 et 2006 ; 26'520 fr. pour 2007 et 2008 ; 27'360 fr. pour 2009 et 2010) et des intérêts de l'épargne (2'150 fr. en 2004, 2'288 fr. en 2005, 2'752 fr. en 2006, 3'425 fr. en 2007, 4'633 fr. en 2008, 2'226 fr. en 2009, 989 fr. en 2010 et 960 fr. en 2011).

Les charges annuelles se composaient de 33'900 fr. au titre de loyers et des primes d'assurance maladie dont le montant annuel oscillait entre 10'000 fr. et 14'000 fr. Etaient annuellement retenus en sus, l'assurance accident, les frais bancaires à hauteur de 1'000 fr. environ et des frais médicaux oscillant entre 1'500 fr. et 5'000 fr. selon les années. A compter de 2009, des frais liés à un handicap étaient déduits soit 2'193 fr. pour 2009 et 4'335 fr. pour 2010.

7. Le 2 mai 2012, l'assuré a fait opposition à la décision du 3 avril 2012.
8. Le mandataire de l'assuré sollicitait préalablement un entretien et concluait à ce que la décision du 3 avril 2012 soit réformée par l'octroi de prestations complémentaires fédérales et cantonales calculées sans la prise en considération de biens dessaisis ou de prestations périodiques.
9. Par courrier du 11 mars 2012, le SPC a demandé à l'assuré de verser à la procédure toutes les pièces qui permettaient de justifier de ses dépenses pour la période 2004 à 2008. Un délai au 25 mai 2012 lui était accordé.
10. Par courrier du 14 juin 2012, le SPC a prolongé le délai au 29 juin 2012, l'assuré n'ayant entre-temps pas pris contact avec leur service.
11. Par courrier du 22 juin 2012, le délai a été repoussé au 6 juillet 2012. L'attention de l'assuré a été attirée sur le fait que, sans nouvelles de sa part dans le délai imparti, le SPC pourrait se prononcer en l'état du dossier ou clore l'instruction et décider de ne pas entrer en matière.
12. Par correspondance du 5 juillet 2012, le conseil de L_____ a indiqué que les dépenses effectuées concernaient l'entretien de l'assuré. Elles consistaient principalement en des frais de nourriture, de pharmacie, de ménage, de blanchisserie, et de déplacements. Comme expliqué lors de l'entretien du 22 juin 2012 au SPC, l'assuré n'avait toutefois pas conservé les quittances attestant desdites dépenses.

L'assuré avait vécu en concubinage jusqu'en 2006. Les charges du ménage étaient alors partagées par moitié. Sa compagne se chargeait de l'entretien du foyer, notamment du linge, du ménage et de la préparation des repas. Les frais relatifs à la voiture étaient répartis par moitié. Le couple s'était séparé courant 2006. L'assuré, âgé de plus de 80 ans, avait alors été contraint d'assumer les frais du ménage dans leur intégralité. Les charges mensuelles pouvaient alors être décomposées, en moyenne, à hauteur de 3'000 fr. pour la nourriture, de 1'825 fr. pour le loyer, 1'150 fr. au titre de primes assurances maladie-accident, 500 fr. de frais de pharmacie, 500 fr. de frais de déplacements (taxis) et 1'500 fr. de frais courants (électricité, assurances, blanchisserie, etc.) soit un total mensuel de 9'475 fr. L'assuré devait par ailleurs faire appel à une aide-ménagère. Il était dans le cours ordinaire des choses que ses dépenses aient significativement augmenté durant la période concernée. Depuis 2009, son fils l'aidait financièrement en lui versant une somme mensuelle de 10'000 fr.

Aucune annexe n'accompagnait le courrier.

13. Par décision sur opposition du 17 août 2012, le SPC a rejeté l'opposition.

Les postes de dépenses avancés par Monsieur L. _____ (nourriture, loyer, primes assurance maladie, etc.) avaient déjà été retenus par le SPC. Certaines dépenses alléguées (frais de pharmacie, frais de déplacements notamment en taxi, l'électricité, les frais de blanchisserie, autres assurances, voitures etc.) ne pouvaient pas être retenus en l'absence de justificatifs. Les explications données dans l'opposition ne suffisaient pas.

Le SPC était d'accord de renoncer à retenir 110'000 fr. (11 mois x 10'000 fr. selon les relevés bancaires en leur possession) au titre de prestations périodiques représentant la somme versée mensuellement par le fils de l'assuré. Même en supprimant le montant de 110'000 fr. l'assuré n'avait pas droit à des prestations.

14. Le 5 décembre 2012, l'assuré a été admis dans un établissement médico-social (ci-après : EMS).
15. Par courrier du 8 février 2013, l'assistante sociale de l'EMS a sollicité du SPC, pour le compte de l'assuré, un nouveau calcul des prestations. Elle a joint copie de tous les avis de virements du fils de l'assuré en faveur de Monsieur L. _____. Pour la période de mai 2009 à décembre 2012, 380'000 fr. avaient été versés par le fils pour aider son père à subvenir à ses besoins. Dans ces conditions, le dessaisissement de 218'513 fr. était largement couvert par le montant que le fils avait assumé.
16. Le 1^{er} mars 2013, par le biais de l'assistante sociale de son EMS, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès du SPC. Il percevait 28'080 fr. à titre de rente AVS, détenait 12'270 fr. 40 de fortune, et s'acquittait des frais de séjour

équivalent à 260 fr. par jour à l'EMS « X_____ » et d'une prime assurance maladie mensuelle de 485 fr. 50. Sa situation s'était modifiée depuis la précédente demande déposée devant le SPC compte tenu de son entrée en EMS.

17. Par courrier du 20 mars 2013, le SPC a sollicité deux documents supplémentaires.
18. Par décision du 11 avril 2013, le SPC a alloué des prestations complémentaires fédérales à l'assuré de 2'281 fr. par mois pour décembre 2012 et de 2'600 fr. par mois pour la période du 1^{er} janvier au 30 avril 2013. Le droit à venir, à compter du 1^{er} mai 2013, s'élevait à 2'600 fr. L'assuré avait droit à un subside d'assurance maladie de 463 fr. pour décembre 2012, le montant étant de 470 fr. dès le 1^{er} janvier 2013.

Les dépenses reconnues s'élevaient à 98'500 fr. par année. Le revenu déterminant se montait à 71'134 fr., retenant, au titre de fortune, 42'520 fr. 55 (31'589 fr. 75 au titre d'épargne et 218'513 fr. au titre de biens dessaisis) pour décembre 2012 et 38'568 fr 25 (21'828 fr. 35 au titre d'épargne et 208'513 fr. au titre de biens dessaisis) dès janvier 2013.

19. Par courrier du 8 mai 2013 l'assuré a fait opposition à la décision du 11 avril 2013 et a conclu à ce que celle-ci soit réformée par l'octroi de prestations complémentaires fédérales et cantonales sans prise en considération de biens dessaisis.
20. Par décision sur opposition du 28 mai 2013, le SPC a maintenu sa décision.

Le SPC avait constaté des diminutions de fortune, non justifiées, d'un montant total de 288'513 fr. entre le 1^{er} janvier 2004 et le 31 décembre 2008.

La prise en compte de ce dessaisissement avait été confirmée par décision sur opposition du 17 août 2012 contre laquelle aucun recours n'avait été interjeté. Certaines dépenses alléguées n'étaient étayées par aucun justificatif (factures, quittances, etc.).

Les versements faits, à bien plaisir, par le fils de l'assuré à celui-ci d'un montant de 10'000 fr. mensuel en moyenne de mai 2009 à décembre 2012 ne pouvaient pas être considérés comme constituant des contre-prestations aux diminutions (non justifiées) constatées dans le patrimoine de l'assuré. En application de la jurisprudence (arrêt du TF du 29.08.2011 dans la cause 9C_67/2011) il devait exister un rapport de connexité entre les diminutions de fortune (en l'espèce du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2008) et les versements opérés à bien plaisir par le fils de l'assuré entre le 1^{er} mai 2009 et le 31 décembre 2012.

21. Le 27 juin 2013 Monsieur L_____ a interjeté recours contre la décision sur opposition du SPC du 28 mai 2013.

La décision contestée était arbitraire. L'assuré n'avait pas conservé les preuves de ses dépenses. Il avait l'habitude de régler celles-ci en espèce, de sorte que ses relevés bancaires ne permettaient pas d'établir en détail les dépenses. L'assuré avait remboursé plus que le montant des biens dessaisis par le SPC au vu de la somme de 380'000 fr. provenant de son fils. L'article 11 al. 3 de la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI du 6 octobre 2006 (loi sur les prestations complémentaires, LPC ; RS 831.30) consacrait la priorité des prestations complémentaires, en tant que prestations d'assurance, sur les prestations d'aide ou d'entretien. Du point de vue social, il était important que le secours des proches, au même titre que ceux de l'assistance publique, ne soit pas pris en compte dans le calcul du revenu déterminant. Le SPC considérait quelques 75'000 fr. comme permettant d'assurer les dépenses annuelles moyennes. Ce chiffre était arbitraire, le fils de l'assuré ayant dû verser, chaque mois, à son père 10'000 fr. pour l'entretien de ce dernier. Ce chiffre était identique au besoin de l'assuré depuis son entrée en EMS. L'assuré ne s'était donc pas dessaisi, durant les dix dernières années, d'un quelconque montant mais avait utilisé son épargne pour son entretien.

22. Par réponse du 25 juillet 2013, le SPC a conclu au rejet du recours et s'est référé à la position exprimée dans la décision sur opposition.
23. Par courrier du 27 août 2013, le conseil de l'assuré a sollicité l'audition du fils du recourant.
24. Par courrier du 30 août 2013, les parties ont été informées que la cause était gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 3 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité du 6 octobre 2006 (LPC ; RS 831.30). Elle statue aussi, en application de l'art. 134 al. 3 let. a LOJ, sur les contestations prévues à l'art. 43 de la loi cantonale sur les prestations cantonales complémentaires du 25 octobre 1968 (LPCC; RS J 4 25).

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

2. Les dispositions de la LPGA, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2003, s'appliquent aux prestations complémentaires fédérales à moins que la LPC n'y déroge expressément (art. 1 al. 1 LPC). En matière de prestations complémentaires cantonales, la LPC et ses dispositions d'exécution fédérales et cantonales, ainsi que

la LPGA et ses dispositions d'exécution, sont applicables par analogie en cas de silence de la législation cantonale (art. 1A LPCC).

3. La LPC a connu plusieurs modifications concernant le montant des revenus déterminants, entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2011. En cas de changement de règles de droit, la législation applicable reste celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire (ATF 130 V 445 consid. 1.2.1; ATFA non publié U 18/07 du 7 février 2007, consid. 1.2). Le droit aux prestations complémentaires du recourant se détermine selon le nouveau droit.
4. 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; RSG J 4 20]; art. 43 LPCC).
5. Le litige porte sur le montant et le calcul des prestations complémentaires, en particulier sur l'intégration dans le calcul de montants correspondant à des biens dessaisis.
6. Les personnes qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse et qui remplissent les conditions personnelles prévues aux art. 4, 6 et 8 LPC ont droit à des prestations complémentaires. Ont ainsi droit aux prestations complémentaires notamment les personnes qui perçoivent une rente de vieillesse de l'assurance-vieillesse et survivants, conformément à l'art. 4 al. 1 let. a 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. 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).

7. 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). Pour vérifier s'il y a contre-prestation équivalente et pour fixer la valeur d'un éventuel dessaisissement, il faut comparer la prestation et la contre-prestation à leurs valeurs respectives au moment de ce dessaisissement (ATF 120 V 182 consid. 4b; ATF non publié 9C_67/2011 du

29 août 2011, consid. 5.1). Il y a également dessaisissement lorsque le bénéficiaire a droit à certains éléments de revenu ou de fortune mais n'en fait pas usage ou s'abstient de faire valoir ses prétentions, ou encore lorsqu'il renonce à exercer une activité lucrative possible pour des raisons dont il est seul responsable (ATF 123 V 35 consid. 1).

Les conditions pour la prise en compte d'un dessaisissement de fortune sont alternatives. Pour qu'un dessaisissement de fortune puisse être pris en compte dans le calcul des prestations complémentaires, la jurisprudence soumet cet acte à la condition qu'il ait été fait "sans obligation juridique", respectivement "sans avoir reçu en échange une contre-prestation équivalente". Les deux conditions précitées ne sont pas cumulatives, mais alternatives. La question de savoir si la renonciation à un élément de fortune en accomplissement d'un devoir moral constitue un dessaisissement de fortune au sens de l'art. 3c al. 1 let. g aLPC, a été laissée ouverte (ATF 131 V 329 consid. 4.2 à 4.4).

Le dessaisissement suppose que l'assuré ait la capacité de discernement s'agissant de la diminution de sa fortune (ATF non publié 9C_934/2009 du 28 avril 2010, consid. 5.1)

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

Le Tribunal fédéral a considéré qu'il n'y avait pas dessaisissement dans le cas d'une assurée ayant épuisé sa fortune après avoir vécu dans un certain luxe (ATF 115 V 352 consid. 5b). L'existence d'un dessaisissement de fortune ne peut être admise que si l'assuré renonce à des biens sans obligation légale ni contre-prestation adéquate. Lorsque cette condition n'est pas réalisée, la jurisprudence considère qu'il n'y a pas lieu de tenir compte d'une fortune (hypothétique) dans le calcul de la prestation complémentaire, même si l'assuré a pu vivre au-dessus de ses moyens avant de requérir une telle prestation. En effet, il n'appartient pas aux organes compétents en matière de prestations complémentaires de procéder à un contrôle du mode de vie des assurés ni d'examiner si l'intéressé s'est écarté d'une ligne que l'on pourrait qualifier de « normale » et qu'il faudrait au demeurant préciser. Il convient bien plutôt de se fonder sur les circonstances concrètes, à savoir le fait que l'assuré ne dispose pas des moyens nécessaires pour subvenir à ses besoins vitaux, et - sous réserve des restrictions découlant de l'art. 3c al. 1 let. g LPC - de ne pas se préoccuper des raisons de cette situation (ATFA non publié P 65/04 du 29 août 2005, consid. 5.3.1; VSI 1994 p. 225 s. consid. 3b).

8. Pour que l'on puisse admettre qu'une renonciation à des éléments de fortune ne constitue pas un dessaisissement, il faut que soit établie une corrélation directe entre cette renonciation et la contre-prestation considérée comme équivalente. Cela

implique nécessairement un rapport de connexité temporelle étroit entre l'acte de dessaisissement proprement dit et l'acquisition de la contre-valeur correspondante (ATF non publié 9C_945/2011 du 11 juillet 2012, consid. 6.2).

9. 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). En particulier, dans le régime des prestations complémentaires, l'assuré qui n'est pas en mesure de prouver que ses dépenses ont été effectuées moyennant contre-prestation adéquate ne peut pas se prévaloir d'une diminution correspondante de sa fortune, mais doit accepter que l'on s'enquière des motifs de cette diminution et, en l'absence de la preuve requise, que l'on tienne compte d'une fortune hypothétique (ATFA non publié P 65/04 du 29 août 2005, consid. 5.3.2; VSI 1994 p. 227 consid. 4b). Mais avant de statuer en l'état du dossier, l'administration devra avertir la partie défaillante des conséquences de son attitude et lui impartir un délai raisonnable pour la modifier; de même devra-t-elle compléter elle-même l'instruction de la cause s'il lui est possible d'élucider les faits sans complications spéciales, malgré l'absence de collaboration d'une partie (cf. ATF 117 V 261 consid. 3b; ATF 108 V 229 consid. 2; ATFA non publié P 59/02 du 28 août 2003, consid. 3.3 et les références).
10. Selon la jurisprudence fondée sur l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101), le droit d'être entendu comprend pour l'intéressé celui d'offrir des preuves pertinentes, de prendre connaissance du dossier, d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuves pertinentes, de participer à l'administration des preuves essentielles ou à tout le moins de s'exprimer sur son résultat, lorsque cela est de nature à influencer sur la décision à rendre (ATF 132 II 485 consid. 3.2 ; 127 I 54 consid. 2b ; 127 III 576 consid. 2c ; Arrêt du Tribunal fédéral 1C_424/2009 du 6 septembre 2010, consid. 2). Le droit de faire administrer des preuves n'empêche cependant pas le juge de renoncer à l'administration de certaines preuves offertes et de procéder à une appréciation anticipée de ces dernières, en particulier s'il acquiert la certitude que celles-ci ne l'amèneront pas à modifier son opinion ou si le fait à établir résulte déjà des constatations ressortant du dossier (ATF 134 I 140 consid. 5.3 ; 131 I 153 consid. 3 ; Arrêts du Tribunal fédéral 2C_58/2010 du 19 mai 2010, consid. 4.3 ; 4A_15/2010 du 15 mars 2010, consid. 3.2 et les arrêts cités ; ATA/755/2012 du 6 novembre 2012 ; ATA/432/2008 du 27 août 2008).

11. En l'espèce, le SPC a retenu un dessaisissement de fortune pour la période du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2008.
12. L'assuré a indiqué vivre en couple jusqu'en 2006, sans en préciser la date. Outre le bail à loyer valable depuis le 1^{er} janvier 1997 et les avis de taxation fiscale (sans mention de l'impôt dû), aucune pièce n'est produite pour la période où le recourant a vécu en couple. Aucun document n'atteste de la répartition des charges entre les concubins à cette époque. Seule une estimation des coûts d'entretien de l'assuré après la séparation a été faite. Pour les années 2004 à la fin de la vie commune, le SPC a retenu des frais d'assurance maladie et accident, des frais bancaires et médicaux en sus du forfait d'entretien et du loyer. Ces chiffres ne sont contredits ni par des pièces ni par des explications de l'assuré. Il appartient à l'assuré de supporter l'absence de preuve des dépenses effectives pour les montants supérieurs à ceux retenus par le SPC pour la période 2004 à 2006, date de la fin de la vie en couple.
13. A compter de la séparation du couple en 2006, le recourant a assumé seul ses dépenses. Il les chiffre à 9'475 fr. mensuels se décomposant de frais fixes (1'825 fr. pour le loyer, 1'150 fr. au titre de primes assurances maladie-accident), et d'estimations (3'000 fr. pour la nourriture, 500 fr. de frais de pharmacie, 500 fr. de frais de déplacements (taxis) et 1'500 fr. de frais courants (électricité, assurances, blanchisserie etc.), soit 113'700 fr. annuels. Selon les explications de l'assuré des frais d'aide-ménagère s'ajoutaient à ce montant. A compter de mai 2009, n'ayant plus de fortune suffisante, l'assuré a été aidé financièrement par son fils à hauteur de 10'000 fr. par mois jusqu'à l'entrée du recourant en EMS. Tous les versements du fils sont prouvés par des documents bancaires.

L'examen de la diminution de la fortune du recourant semble confirmer que celle-ci a été largement moins entamée du temps de la vie commune (2004 à 2006) qu'entre 2007 à 2009, période où le recourant vivait seul. Tant que le recourant était en couple, les diminutions annuelles de fortune se sont élevées, respectivement à 102'516 fr. en 2004, à 19'564 fr. en 2005, 78'022 fr. en 2006, alors qu'elles se sont élevées à 144'760 fr. en 2007 et 141'416 fr. en 2008. A compter des versements mensuels de son fils, la fortune du recourant s'est stabilisée à 47'135 fr. au 31 décembre 2009 et 35'925 fr. au 31 décembre 2010.

Le montant allégué de 9'475 fr. est ainsi cohérent avec les diminutions de fortune constatées entre 2006 et 2009 (environ 140'000 fr annuels, représentant un peu plus de 10'000 fr. mensuels). Par ailleurs, à compter de mai 2009, il peut être considéré comme établi que l'assuré a vécu avec 12'000 fr. environ par mois, soit sa rente AVS et les 10'000 fr reçus de son fils alors que sa fortune se stabilisait.

Le recourant ne produit toutefois aucun document permettant d'attester de dépenses mensuelles de 9'475 fr. en lieu et place des montants retenus par le SPC, lesquels comprennent, mensuellement, un loyer de 2'825 fr., une prime d'assurance maladie supérieure à 1'000 fr., le forfait de base de 2'000 fr environ, variant selon les années, ainsi que d'autres frais (bancaires, assurance accident, et médicaux attestés par pièces). Les extraits bancaires produits concernent les années 2010 à 2012 et ne sont pas pertinents pour la période litigieuse, soit entre 2006 et 2008.

Or, même à retenir que le recourant dépense, de façon régulière, quelques 10'000 fr. par mois, la jurisprudence exige qu'une contreprestation soit faite pour considérer qu'il ne s'agit pas de dessaisissement. Plusieurs fois interpellé pour produire des preuves, le recourant n'a pas présenté de documents qui permettraient de retenir, que toutes ses dépenses supérieures aux montants retenus par le SPC ont été effectuées avec une contreprestation. Le recourant a indiqué ne plus avoir aucun document attestant de la façon dont il avait dépensé près de 500'000 fr., soit une somme importante, entre le 31 décembre 2003 et le 31 décembre 2008, période considérée pour le dessaisissement. L'assuré qui n'est pas en mesure de prouver que ses dépenses ont été effectuées moyennant contre-prestation adéquate ne peut pas se prévaloir d'une diminution correspondante de sa fortune et doit accepter que l'on s'enquière des motifs de cette diminution et, en l'absence de la preuve requise, que l'on tienne compte d'une fortune hypothétique (ATFA non publié P 65/04 du 29 août 2005, consid. 5.3.2).

14. Conformément à la jurisprudence précitée, pour que l'on puisse admettre qu'une renonciation à des éléments de fortune ne constitue pas un dessaisissement, il faut que soit établie une corrélation directe entre cette renonciation et la contre-prestation considérée comme équivalente. Le SPC a raison d'indiquer qu'une connexité temporelle est nécessaire entre l'acte de dessaisissement proprement dit et l'acquisition de la contre-valeur correspondante. Ainsi les versements de 380'000 fr. effectués par le fils de l'assuré entre 2009 et 2011 ne peuvent servir à compenser le dessaisissement des années 2004 à 2008. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté.
15. L'assuré a sollicité l'audition de son fils en qualité de témoin. A sa demande, celui-ci a déjà été reçu par le SPC. De surcroît, en application de l'art. 31 LPA, le fils de l'assuré ne pourrait être entendu qu'à titre de renseignement. Dans ces conditions, procédant à une appréciation anticipée des preuves conformément à la jurisprudence précitée, la chambre de céans renonce à procéder à l'audition du fils de l'assuré.
16. Le dossier ne contient aucune copie d'une décision d'assistance du SPC. Il appartiendra à l'assuré d'analyser s'il souhaite déposer une telle demande s'il ne l'a déjà fait afin que le service compétent puisse analyser si l'assuré en remplit les conditions.

17. Vu l'issue du recours aucune indemnité ne sera allouée.

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare recevable le recours interjeté le 27 juin 2013 par Monsieur L_____ contre la décision sur opposition du SERVICE DES PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES du 28 mai 2013 ;

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

Brigitte BABEL

Francine PAYOT ZEN-
RUFFINEN

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