

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3926/2016

ATAS/689/2017

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 21 août 2017**

**10<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié au PETIT-LANCY

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Mario-Dominique TORELLO, Président; Pierre-Bernard PETITAT et  
Georges ZUFFEREY, Juges assesseurs**

---

---

**EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le \_\_\_\_\_ 1967, ressortissant suisse, marié, père de trois enfants, B\_\_\_\_\_, C\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_, nés le \_\_\_\_\_ 1991, respectivement, le \_\_\_\_\_ 1994 et le \_\_\_\_\_ 2000, a perçu une rente entière d'invalidité à partir du 5 février 1997.

À cette époque, l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (OAI) avait refusé de prolonger le reclassement professionnel dont bénéficiait l'assuré en qualité de dessinateur-électricien, au vu de son taux d'absentéisme proche de 50% et de la pathologie psychiatrique (troubles de la personnalité avec des réactions de type infantile ayant entraîné des troubles du comportement) – laquelle n'empêchait toutefois pas, selon l'expert, le docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, une nouvelle tentative dans une activité compatible avec les limitations somatiques (atteinte chronique de la hanche à ressaut et du genou gauche).

2. À ce titre, l'assuré bénéficie des prestations complémentaires, de subsides d'assurance-maladie ainsi que de prestations d'assistance. Ces dernières ont cessé dès le 1<sup>er</sup> juillet 2013.
3. Au fil du temps, les prestations complémentaires ont été modifiées et adaptées en fonction des changements intervenus dans la situation de la famille ou des modifications légales et réglementaires.
4. Par décision sur opposition du 3 avril 2006, l'OAI a confirmé qu'à compter du 1<sup>er</sup> février 2006, l'assuré, qui disposait d'une capacité de travail de 50% dans toute activité depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2004, toucherait une demi-rente d'invalidité. L'OAI relevait que l'assuré avait obtenu un brevet d'arbitre en natation en 2003. Saisi d'un recours, dans son arrêt du 26 février 2007 (ATAS/215/2007), le Tribunal cantonal des assurances sociales, alors compétent, a retenu une capacité de travail de 50% dans toute activité depuis 1997, et confirmé, par substitution de motifs, l'octroi d'une demi-rente, fondée sur un taux d'invalidité de 57%. L'arrêt cantonal a été confirmé par le Tribunal fédéral le 30 avril 2008 (arrêt 9C\_187/2007).
5. Entre septembre 2010 et janvier 2011, l'assuré a travaillé environ trente heures en qualité de moniteur de natation auxiliaire.
6. Par décision du 17 mai 2013, l'OAI a alloué à l'épouse de l'assuré, dont la capacité de travail était nulle depuis novembre 2008, une rente entière d'invalidité depuis le 1<sup>er</sup> juin 2013. Le SPC a alors recalculé le droit aux prestations pour la période dès le 1<sup>er</sup> novembre 2008, et constaté que le droit rétroactif s'élevait à CHF 89'155.-. Après déduction des prestations d'aide sociale de CHF 28'041.95 versées en trop durant la période du 1<sup>er</sup> novembre 2008 au 31 janvier 2012, le SPC a crédité le 10 juillet 2014 en faveur de l'assuré le montant de CHF 61'601.05, correspondant au solde du droit rétroactif (CHF 61'113.05), auquel était ajoutée la prestation complémentaire de CHF 488.- du mois de juillet 2014.

7. Par décision du 30 juin 2014, l'OAI, se référant au rapport d'expertise du docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie et médecin interne, a considéré que le degré d'invalidité de l'assuré s'élevait à 16.72% entre 2009 et juillet 2012, au vu de sa capacité de travail entière avec une diminution de rendement de 20%. Dès le mois d'août 2012, en revanche, l'OAI a maintenu l'octroi d'une demi-rente, fondée sur un taux d'invalidité de 53.64%, en raison d'une aggravation de l'état de santé au niveau du rachis cervical (outre les diagnostics de lombosciatalgies gauches irritatives et déficitaires sur un plan sensitif et moteur L5 dans le cadre de discopathies L4-L5 et L5-S1, d'arthrose facettaire L5-S1 et de protrusion discale paramédiane gauche en L2-L3 avec ostéochondrose de modic I postérieure), entraînant une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée.
8. Saisi d'un recours, la chambre de céans a, par arrêt du 14 mars 2016 (ATAS/207/2016), annulé cette décision et renvoyé la cause à l'OAI pour qu'il demande à l'expert rhumatologue de motiver sa position quant à la capacité de travail de 50% retenue - son rapport étant lacunaire sur ce point -, pour qu'il examine l'opportunité d'ordonner une expertise psychiatrique (le rapport d'expertise du 6 avril 2010 notait chez l'assuré une fragilité narcissique pouvant générer un état anxieux, qui, en fonction de son importance, pouvait l'empêcher de mobiliser ses ressources existantes), et pour qu'il prenne en considération les nouvelles atteintes alléguées les 16 décembre 2014, 1<sup>er</sup> et 5 mai ainsi que le 25 août 2015 (insuffisance rénale ayant nécessité plusieurs séances de dialyse et aggravation de la symptomatologie au niveau lombaire), soit postérieurement à la décision précitée.
9. L'extrait de la centrale de compensation du 13 mai 2016 mentionne que, depuis juin 2013, l'assuré perçoit une rente ordinaire AI de CHF 1'072.-, tandis que celle de l'épouse s'élève à CHF 1'993.-. B\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_ reçoivent chacun une rente complémentaire (mère) de CHF 797.- depuis août 2015 et une rente complémentaire (père) de CHF 429.- depuis juin 2013. Quant à C\_\_\_\_\_, la rente complémentaire pour enfant a cessé fin juillet 2015.
10. Par décision du 13 mai 2016, le SPC a recalculé le droit aux prestations dès le 1<sup>er</sup> juin 2016. Le plan de calcul déterminait la prestation complémentaire cantonale de CHF 678.- de la manière suivante :

	Montant présenté	PCF	PCC
<b>Dépenses reconnues</b>			
Besoins/Forfait		28'935.00	42'341.00
Loyer		15'000.00	15'000.00

+Loyer net	21'744.00		
Charges locatives	2'640.00		
Cotisations AVS/AI/APG	1'003.80	1'003.80	1'003.80
<b>Total dépenses reconnues</b>		<b>44'939.00</b>	<b>58'345.00</b>
<b>Revenu déterminant</b>			
Prestations AVS/AI		36'780.00	36'780.00
Rentes AVS/AI	36'780.00		
Gains		11'860.05	11'860.05
Gain potentiel	19'290.00		
Fortune		126.95	238.00
Épargne	61'904.00		
Produits de la fortune		122.70	122.70
Intérêts de l'épargne	122.70		
Rentes, indemnités, et pension		1'219.20	1'219.20
Rente 3 <sup>ème</sup> pilier	1'219.20		
<b>Total revenu déterminant</b>		<b>50'109.00</b>	<b>50'220.00</b>
<b>Dépenses reconnues moins déterminant</b>		<b>-5'170.00</b>	<b>8'125.00</b>
<b>Prestations mensuelles</b>		<b>0.00</b>	<b>678.00</b>

Les enfants D\_\_\_\_\_ et B\_\_\_\_\_ étaient exclus des calculs, leurs ressources excédant leurs dépenses reconnues. Chaque époux bénéficiait, en outre, du subside d'assurance-maladie, à concurrence de la prime moyenne de CHF 524.- par mois.

- 
11. Le même jour, le SPC a sollicité de l'assuré divers documents, en particulier, pour l'assuré, la copie des justificatifs de la diminution de la fortune mobilière ; la copie du relevé, mentionnant le capital et les intérêts au 31 décembre 2015 du compte garantie-loyer ; la copie du relevé, mentionnant le capital et les intérêts au 31 décembre 2015 du compte Migros ; et pour les deux époux, la déclaration des avoirs bancaires et postaux en Suisse et à l'étranger, mentionnant le capital et les intérêts au 31 décembre 2015.
12. Le 13 juin 2016, l'assuré a formé opposition à la décision précitée. Il contestait la fortune et le produit de la fortune pris en compte, ainsi que le gain potentiel. Il ne possédait plus d'avoirs bancaires depuis juin 2015, et ne pouvait plus travailler depuis le 26 février 2007. Ainsi, il y avait lieu de recalculer son droit aux prestations depuis cette date.

Il a produit notamment le relevé bancaire du 9 juin 2016 faisant état d'un solde de CHF 3'439.98 (compte privé n° 3\_\_\_\_+), d'un solde de CHF 0.15 (compte d'épargne n° 1\_\_\_\_), et d'un solde de CHF 0.- (compte d'épargne n°2\_\_\_\_) ; et la déclaration de biens mobiliers du 7 juin 2016 des époux, indiquant ne pas posséder d'autres fortunes mobilières que celles-ci.

13. Par pli recommandé du 5 septembre 2016, le SPC a sollicité de l'assuré les relevés détaillés, mentionnant les mouvements du 1<sup>er</sup> juillet 2014 à ce jour du compte Migros n°3\_\_\_\_; l'avis d'ouverture des comptes Migros n°1\_\_\_\_ et 2\_\_\_\_ (inconnus du service) ; le relevé au 31 décembre 2015, indiquant les intérêts desdits comptes ; le relevé au 31 décembre 2015, indiquant les intérêts du compte garantie-loyer et une copie de la décision de l'OAI suite à l'arrêt de la chambre de céans du 14 mars 2016. Un délai au 7 octobre 2016 était accordé pour ce faire.
14. Le 7 octobre 2016, l'assuré a expliqué que le compte n° 1\_\_\_\_ avait été ouvert en vue du remboursement des frais médicaux des assurances-maladies de la famille, tandis que le compte n°2\_\_\_\_, ouvert en 2013, était destiné à épargner, ce qui n'avait toutefois pas été possible. Il a informé le SPC que son fils B\_\_\_\_ allait atteindre ses 25 ans en novembre 2016, de sorte qu'il convenait de tenir compte de la cessation de la rente pour enfant dans les calculs.

L'assuré a produit notamment :

- l'extrait de compte n° 1\_\_\_\_, enregistrant au 31 décembre 2015 un intérêt débiteur de CHF 1.- et un solde de CHF -0.10 ;
- l'extrait de compte n°2\_\_\_\_, mentionnant au 31 décembre 2005 un intérêt débiteur de CHF 0.05 et un solde de CHF -0.05 ;
- le courrier de la caisse fédérale de compensation CFC du 20 juin 2016, adressé à l'assuré, indiquant que le versement de la rente pour l'enfant B\_\_\_\_ cesserait à la fin du mois de novembre 2016, au vu de son âge limite ;
- le courrier précité, adressé également à l'épouse.

15. Par décision sur opposition du 17 octobre 2016, le SPC a rejeté l'opposition. L'assuré n'ayant pas communiqué les relevés détaillés mentionnant les mouvements du 1<sup>er</sup> juillet 2014 à ce jour du compte n°3\_\_\_\_\_ ; l'avis d'ouverture des comptes n°.1\_\_\_\_\_.et 2\_\_\_\_\_ ; et le relevé au 31 décembre 2015, indiquant les intérêts du compte garantie-loyer, le SPC n'était pas en mesure de modifier les montants pris en compte à titre de fortune et de produit de la fortune. S'agissant du gain potentiel, dans la mesure où l'OAI n'avait pas encore rendu une décision suite à l'arrêt de la chambre de céans du 14 mars 2016, le taux d'invalidité de l'assuré, âgé de moins de 60 ans, s'élevait actuellement à 54%, de sorte que le montant pris en compte à titre de gain potentiel dans les calculs était maintenu. Cela étant, dès la réception de la nouvelle décision de l'OAI, l'assuré avait la possibilité de saisir le SPC d'une demande de révision.
16. Par décision du 1<sup>er</sup> novembre 2016, le SPC a recalculé le droit aux prestations au vu de la suppression de la rente complémentaire en faveur de l'enfant B\_\_\_\_\_ dès le 30 novembre 2016. Les plans de calcul pour la période du 1<sup>er</sup> juin au 30 novembre 2016 se présentaient comme suit :

	Montant présenté	PCF	PCC
<b>Dépenses reconnues</b>			
Besoins/Forfait		28'935.00	42'341.00
Loyer		15'000.00	15'000.00
Loyer net	21'744.00		
Charges locatives	2'640.00		
Cotisations AVS/AI/APG	1'003.80	1'003.80	1'003.80
<b>Total dépenses reconnues</b>		<b>44'939.00</b>	<b>58'345.00</b>
<b>Revenu déterminant</b>			
Prestations AVS/AI		36'780.00	36'780.00
Rentes AVS/AI	36'780.00		

Gains		11'860.05	11'860.05
Gain potentiel	19'290.00		
Fortune		0.00	0.00
Épargne	3'440.15		
Biens dessaisis	47'594.00		
Produits de la fortune		51.05	51.05
Intérêts de l'épargne	3.45		
Produit hypothétique des biens dessaisis	47.59		
Rentes, indemnités, et pension		1'219.20	1'219.20
Rente 3 <sup>ème</sup> pilier	1'219.20		
<b>Total revenu déterminant</b>		<b>49'910.00</b>	<b>49'910.00</b>
<b>Dépenses reconnues moins revenu déterminant</b>		<b>-4'971.00</b>	<b>8'435.00</b>
<b>Prestations mensuelles</b>		<b>0.00</b>	<b>703.00</b>

Les enfants D\_\_\_\_\_ et B\_\_\_\_\_ étaient exclus des calculs, leurs ressources excédant leurs dépenses reconnues.

Pour la période dès le 1<sup>er</sup> décembre 2016, les éléments retenus étaient identiques, hormis le loyer comptabilisé pour un montant de CHF 14'630.40, en raison du nombre de personnes partageant le logement, ainsi que du nombre de personnes prises en compte dans le calcul du dossier. Ainsi, la prestation complémentaire cantonale était de CHF 673.- par mois.

Dans la mesure où les prestations versées du 1<sup>er</sup> juin au 30 novembre 2016 se montaient à CHF 4'068.- (678 × 6), et compte tenu du fait que le droit rétroactif était de CHF 4'218.- (703 × 6), un solde de CHF 150.- était dû en faveur de l'assuré.

Enfin, le montant du subside d'assurance-maladie allait être déterminé par le service de l'assurance-maladie (SAM).

---

17. Par acte du 15 novembre 2016, l'assuré a saisi la chambre de céans d'une « opposition » à la décision du 17 octobre 2016. Il a allégué qu'il ne possédait plus aucune fortune. L'épargne prise en compte dans la décision du 13 mai 2016 à hauteur de CHF 61'904.- correspondait à la somme que l'intimé lui avait versée rétroactivement depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2008 suite à l'invalidité de son épouse dès cette date. Il ignorait qu'il devait exposer en détail toutes ses dépenses financières. Il formait également opposition à la décision du 1<sup>er</sup> novembre 2016. L'intimé n'avait pas tenu compte de la diminution de la rente AI de son épouse pour la période dès le 1<sup>er</sup> décembre 2016. Le revenu déterminant de CHF 49'910.- était donc incorrect. Il contestait également les biens dessaisis de CHF 47'594.-, montant qui ne ressortait pas des extraits de ses comptes bancaires, de même que l'épargne de CHF 3'440.15. Il était, en outre, surprenant que l'intimé demandât un extrait du compte garantie-loyer, puisqu'il habitait dans un HLM, système dans lequel les locataires n'étaient pas obligés de créer un compte garantie-loyer. Il était, de plus, erroné de retenir un gain potentiel de CHF 19'290.-, car il avait informé l'intimé qu'il n'était pas en mesure de travailler depuis février 2007 en raison de ses problèmes de santé. Enfin, se référant aux prestations complémentaires familiales, selon lui, la couverture des besoins vitaux pour une famille de quatre personnes était de CHF 54'688.-.

Pour l'ensemble de ces motifs, le recourant concluait à ce que la chambre de céans prenne position sur les diverses oppositions formées.

18. Par écriture du 20 décembre 2016, adressée à la chambre de céans, le recourant a reproché à l'intimé de ne pas avoir tenu compte de la diminution de la rente AI dans sa décision du 13 décembre 2016 dans laquelle l'intimé avait recalculé le droit aux prestations dès le 1<sup>er</sup> janvier 2017. Son état de santé, qui s'était dégradé, nécessitait une nouvelle intervention dorsale qu'il avait toutefois refusée. S'agissant de sa fortune, elle avait été dépensée pour régler des factures en souffrance, ainsi que pour l'achat d'un véhicule. Il avait cependant dû, en raison de sa situation précaire, revendre la voiture au garage pour la moitié de sa valeur vénale.

Le recourant a produit notamment :

- la décision de l'intimé du 13 décembre 2016 accordant au recourant une prestation complémentaire cantonale de CHF 673.- par mois dès le 1<sup>er</sup> janvier 2017 ;
- l'opposition du recourant du 19 décembre 2016, adressée à l'intimé, dans laquelle il lui reprochait de ne pas avoir tenu compte de la diminution des rentes AI, et qu'ainsi l'intimé abusait de son pouvoir ;
- le courrier de la caisse fédérale de compensation CFC du 11 novembre 2016, adressé à l'épouse, l'informant qu'elle percevrait à partir du 1<sup>er</sup> décembre 2016, CHF 797.- à titre de rente pour l'enfant D\_\_\_\_\_, et CHF 1'993.- à titre de rente entière d'invalidité;

- 
- le courrier de la Banque Migros du 10 novembre 2016, informant le recourant que le compte n°1\_\_\_\_\_ avait été ouvert le 19 juin 2008 et le compte n°2\_\_\_\_\_ le 26 septembre 2014 ;
  - les relevés du compte n°3\_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> juillet 2014 au 8 novembre 2016, sur lequel la somme de CHF 61'601.05, reçue de la part de l'intimé, a été créditée le 10 juillet 2014 et transférée le même jour sur le compte n° 1\_\_\_\_\_. En outre, chaque mois étaient créditées une rente de 3<sup>ème</sup> pilier de CHF 101.60, et depuis le 7 août 2015, une rente AI de CHF 3'587.- en faveur de l'épouse (soit CHF 1'993.- [rente ordinaire] et CHF 1'594.- [rentes complémentaires pour enfants]) et une rente de CHF 1'930.- en faveur du recourant. Au 31 décembre 2015, le compte présentait un solde de CHF 294.38 et des intérêts créditeurs de CHF 0.40, et au 31 mai 2016, le solde s'élevait à CHF -0.88. Par ailleurs, à compter de septembre 2015 étaient créditées des allocations familiales de CHF 700.-. Le 7 juin 2016 ont été créditées les rentes en faveur des époux de CHF 5'517.- ;
  - le rapport du 9 novembre 2016 du docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, lequel notait notamment que les données IRM lombaires illustraient une spondylodiscarthrose marquée L1-L2 à L5-S1, avec un status post PLIF L4/L5 compliquée d'une hernie discale L3-L4 paramédiane gauche luxée vers le bas, d'évolution discrètement défavorable par rapport au comparatif datant du 1<sup>er</sup> mars 2016, avec une discrète augmentation en taille du fragment discal et la persistance d'un conflit avec la portion récessale de la racine L4 gauche. Le canal lombaire, étroit marqué et significatif, était connu à la hauteur des espaces inter-somatiques L2-L3 et L3-L4 d'origine dégénérative et d'évolution stable par rapport au comparatif ;
  - le rapport du 29 novembre 2016 du docteur H\_\_\_\_\_, médecin chef du service de neurochirurgie des Hôpitaux universitaires de Genève, aux termes duquel le recourant présentait une lombosciatalgie avec symptomatologie L4 à gauche pour laquelle a été proposée « une harniectomie L3-L4 +/- exploration au niveau de L4-L5 ».

19. Dans sa réponse du 6 janvier 2017, l'intimé a conclu au rejet du recours. Le grief en rapport avec la fortune était devenu sans objet ; dans la décision du 1<sup>er</sup> novembre 2016, il avait tenu compte d'une fortune de CHF 51'034.15 (soit CHF 3'440.15 d'épargne et CHF 47'594.- de biens dessaisis) au lieu de CHF 61'904.-; cette dernière étant inférieure aux deniers de nécessité de CHF 60'000.- pour un couple, elle n'avait plus aucune influence sur le calcul des prestations, de sorte que le montant de CHF 0.- avait été comptabilisé dans les colonnes « PCF » et « PCC ».

En ce qui concernait le gain potentiel, le recourant n'invoquait aucun argument susceptible de conduire à une appréciation différente du cas, si bien que l'intimé invitait la chambre de céans à se référer à la position exprimée dans la décision sur opposition du 17 octobre 2016.

Quant au grief relatif à la prise en compte des enfants dans les calculs, l'intimé était d'avis, s'appuyant sur un arrêt rendu par la chambre administrative de la Cour de justice le 15 mars 2016 (ATA/239/2016), que ce grief n'ayant pas été invoqué dans la procédure d'opposition, l'autorité de recours ne pouvait pas l'examiner, sous peine de violer le principe de l'épuisement des voies de droit préalables et de priver les parties d'un degré de juridiction.

Cela étant, l'intimé a indiqué que la période litigieuse courait du 1<sup>er</sup> juin au 31 octobre 2016, période durant laquelle l'enfant C\_\_\_\_\_ n'avait pas été inclus dans les calculs, celui-ci ayant achevé sa formation depuis le 1<sup>er</sup> août 2015, de sorte qu'il ne percevait plus de rente complémentaire AI. Il en allait de même s'agissant de l'enfant B\_\_\_\_\_ dont les ressources de CHF 19'512.- (soit CHF 5'148.- [rente enfant AI père] + CHF 9'564.- [rente enfant AI mère] + CHF 4'800.- [allocations familiales] excédaient ses dépenses reconnues de CHF 15'900.- au titre des prestations complémentaires fédérales et de CHF 18'651.- au titre des prestations complémentaires cantonales (soit CHF 10'080.-, représentant les besoins vitaux pour les prestations complémentaires fédérales mais CHF 12'831.- pour les prestations complémentaires cantonales, + 5'820.- de primes LAMal). Pour le même motif, l'enfant D\_\_\_\_\_ était exclue des calculs. Ses revenus de CHF 18'312.- (soit CHF 5'148.- [rente enfant AI père] + CHF 9'564.- [rente enfant AI mère] + CHF 3'600.- [allocations familiales] excédaient ses dépenses de CHF 11'496.- au titre des prestations complémentaires fédérales et de CHF 14'247.- au titre des prestations complémentaires cantonales (soit CHF 10'080.-, représentant les besoins vitaux pour les prestations complémentaires fédérales mais CHF 12'831.- pour les prestations complémentaires cantonales, + CHF 1'416.- de primes LAMal).

Enfin, s'agissant des rentes AI de CHF 36'780.- prises en compte dans les calculs, ce montant se composait de la rente AI mensuelle du recourant de CHF 1'072.- ainsi que de celle de son épouse de CHF 1'993.-, soit CHF 3'065.- par mois, ou CHF 36'780.- par année.

20. Le 9 janvier 2017, le recourant et son épouse ont produit les documents suivants :

- la décision du SAM du 13 décembre 2016, adressée à l'épouse suite à sa demande de subside d'assurance-maladie, aux termes de laquelle son revenu déterminant unifié (RDU) de CHF 83'665.- dépassait le RDU de son groupe familial (CHF 73'000.-), de sorte qu'elle ne pouvait pas bénéficier du subside cantonal 2017. Son enfant mineur allait toutefois toucher un subside de CHF 65.- ;
- l'opposition des époux à cette décision du 30 décembre 2016, ainsi que des annexes.

Les époux expliquaient être stupéfaits par la position injustifiée du SAM, puisque l'intimé avait intégralement payé jusqu'à fin décembre 2016 leurs primes d'assurance-maladie. Celui-ci continuait de ne pas tenir compte des arguments

soulevés dans les oppositions. Ils priaient la chambre de céans de bien vouloir mettre en évidence leurs droits avec effet rétroactif.

21. Le 11 janvier 2017, le recourant a versé au dossier l'extrait de ses comptes bancaires au 31 décembre 2016.
22. Dans sa réplique du 17 janvier 2017, le recourant a contesté les produits de la fortune de CHF 51.05, dans la mesure où il ne possédait aucune fortune. Il a répété que le gain potentiel ne devait pas être pris en compte. S'agissant des enfants, il faisait valoir ses droits suite à la décision du 1<sup>er</sup> novembre 2016 conformément à l'art. 229 du Code de procédure civile, du 19 décembre 2008 (CPC – RS 272) en lien avec les faits et moyens de preuve nouveaux. Dans ses décisions, de l'avis du recourant, l'intimé se référait dans la colonne « PCF » aux « prestations complémentaires familiales ». Il remplissait les conditions personnelles d'octroi desdites prestations, puisqu'il avait deux enfants à charge jusqu'au 30 novembre 2016, puis un enfant dès le 1<sup>er</sup> décembre 2016, lesquels devaient être inclus dans les calculs.
23. Dans sa duplique du 2 février 2017, l'intimé a persisté dans ses conclusions. Seul un montant de CHF 51.04, correspondant aux CHF 3.45 d'intérêts de l'épargne et aux CHF 47.59 de produit hypothétique des biens dessaisis, arrondi à CHF 51.05 avait été pris en compte à titre de produit de la fortune. La suppression du montant de CHF 47.59 n'entraînerait aucune conséquence en matière de prestations complémentaires fédérales au vu de l'excédent de revenus, et engendrerait une augmentation annuelle de CHF 47.59 des prestations complémentaires cantonales. Toutefois, la modification étant inférieure à CHF 120.- par an, il pouvait être renoncé à adapter la prestation complémentaire annuelle. Par ailleurs, le recourant n'avait jamais communiqué à l'intimé les relevés détaillés mentionnant les mouvements à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2014 du compte n°3\_\_\_\_\_, afin que le montant des biens dessaisis puisse être revu ou supprimé. Cela dit, dans le cadre d'une prochaine décision rétroagissant au 1<sup>er</sup> janvier 2017, l'intimé mettrait à jour les montants pris en compte à titre d'épargne et d'intérêts de l'épargne dans les calculs, sur la base des relevés au 31 décembre 2016 produits.
24. Invité par la chambre de céans à lui indiquer s'il maintenait ou non son recours, par courrier du 13 février 2017, le recourant a fait savoir qu'il le maintenait.
25. Le 14 février 2017, copie de ce courrier a été communiquée à l'intimé et la cause gardée à juger.
26. Dans une écriture spontanée du 2 mai 2017, le recourant a produit la décision de l'intimé du 23 mars 2017, recalculant le droit aux prestations complémentaires avec effet rétroactif au 1<sup>er</sup> avril 2015, ainsi que son opposition à cette décision du 28 avril 2017.
27. La cause ayant été gardée à juger, le 4 mai 2017, la chambre de céans a restitué ces documents au recourant.

---

## 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<sup>er</sup> 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 1<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> janvier 2011. En cas de changement de règles de droit, la législation applicable reste celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire (ATF 130 V 445 consid. 1.2.1; arrêt du Tribunal fédéral U\_18/07 du 7 février 2008 consid. 1.2). Dès lors, le droit aux prestations complémentaires du recourant se détermine, pour la période dès le 1<sup>er</sup> juin 2016, selon le nouveau droit.
4. a. En matière de prestations complémentaires fédérales, les décisions sur opposition sont sujettes à recours dans un délai de 30 jours (art. 56 al. 1 et 60 al. 1 LPGA; art. 9 de la loi cantonale du 14 octobre 1965 sur les prestations fédérales complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité [LPFC - J 7 10]) auprès du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré (art. 58 al. 1 LPGA).

S'agissant des prestations complémentaires cantonales, l'art. 43 LPCC ouvre les mêmes voies de droit.

- b. En l'espèce, bien qu'il l'ait intitulé « opposition », son acte du 15 novembre 2016, le recourant a en réalité interjeté un recours contre la décision sur opposition du 17 octobre 2016, confirmant la teneur de la décision du 13 mai 2016, laquelle recalculait le droit aux prestations dès le 1<sup>er</sup> juin 2016. De cet acte, rédigé par un justiciable non représenté par un avocat, qui conteste les calculs opérés par l'intimé, on comprend qu'il demande l'annulation de la décision du 17 octobre 2016, de sorte qu'il satisfait aux exigences, peu élevées, de forme et de contenu prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA).

---

Interjeté par ailleurs dans le délai de trente jours, il sera déclaré recevable en vertu des art. 56ss LPGA.

5. a. Il y a lieu de déterminer l'objet du litige, dans la mesure où le recourant conclut à ce que la chambre de céans prenne position sur les diverses oppositions formées, soit l'«opposition» du 15 novembre 2016 à la décision sur opposition du 17 octobre 2016 ; l'opposition du 19 décembre 2016 à la décision de l'intimé du 13 décembre 2016, recalculant le droit aux prestations complémentaires dès le 1<sup>er</sup> janvier 2017 ; et l'opposition du 30 décembre 2016 à la décision du SAM du 13 décembre 2016, refusant l'octroi du subside cantonal 2017 à l'épouse.

b. Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1 ; 125 V 414 consid. 1a ; 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées).

L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui – dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision – constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaquée. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 414 consid. 1b et 2 et les références citées).

Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la procédure juridictionnelle administrative peut être étendue, pour des motifs d'économie de procédure, à une question en état d'être jugée qui excède l'objet du litige, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins (ATF 130 V 503 ; 122 V 36 consid. 2a et les références).

Les conditions auxquelles un élargissement du procès au-delà de l'objet de la contestation est admissible sont donc les suivantes : la question (excédant l'objet de la contestation) doit être en état d'être jugée; il doit exister un état de fait commun entre cette question et l'objet initial du litige; l'administration doit s'être prononcée à son sujet dans un acte de procédure au moins; le rapport juridique externe à l'objet de la contestation ne doit pas avoir fait l'objet d'une décision passée en force de chose jugée et les droits procéduraux des parties doivent être respectés (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_678/2011 du 4 janvier 2012 consid. 3.1).

c. En l'espèce, le recourant a attaqué la décision sur opposition du 17 octobre 2016, confirmant la teneur de la décision du 13 mai 2016, laquelle recalculait le droit aux prestations dès le 1<sup>er</sup> juin 2016. Ce sont donc les rapports juridiques réglés par ces décisions, soit le droit aux prestations depuis le 1<sup>er</sup> juin 2016, qui font l'objet du litige.

Cela étant, postérieurement à la décision sur opposition du 17 octobre 2016, l'intimé a rendu la décision du 1<sup>er</sup> novembre 2016, recalculant le droit aux prestations pour la période du 1<sup>er</sup> juin au 30 novembre 2016 et pour la période dès le 1<sup>er</sup> décembre 2016. Les nouveaux éléments retenus qui diffèrent des plans de calculs joints à la décision du 13 mai 2016 sont notamment une épargne de CHF 3'440.15, des biens dessaisis à hauteur de CHF 47'594.- et des produits de la fortune de CHF 51.05.

Dans son acte du 15 novembre 2016, le recourant, qui conteste les montants précités, a indiqué qu'il formait également opposition à la décision du 1<sup>er</sup> novembre 2016. Force est ainsi de constater que cette opposition n'a pas été adressée à l'intimé conformément à l'art. 52 al. 1 LPGA, qui prévoit que les décisions peuvent être attaquées dans les trente jours par voie d'opposition auprès de l'assureur qui les a rendues, à l'exception des décisions d'ordonnancement de la procédure. Toutefois, dans la mesure où les nouveaux calculs sont étroitement liés à l'objet initial du litige (puisqu'ils se rapportent à la période s'ouvrant dès le 1<sup>er</sup> juin 2016, à l'instar de la décision du 13 mai 2016), et compte tenu du fait que dans ses écritures l'intimé s'est exprimé sur ces nouveaux calculs - lesquels remplacent, bien que l'intimé ne l'ait pas indiqué expressément, ceux retenus dans la décision du 13 mai 2016 -, il convient, par économie de procédure, d'étendre l'objet du litige aux calculs des prestations complémentaires du 1<sup>er</sup> juin au 31 décembre 2016.

d. En revanche, dans la mesure où l'intimé n'a pas encore rendu une décision sur opposition suite à l'opposition du recourant à la décision du 13 décembre 2016, recalculant le droit aux prestations complémentaires dès le 1<sup>er</sup> janvier 2017, et compte tenu du fait que l'intimé ne s'est pas exprimé dans la présente procédure sur l'objet de cette décision, la chambre de céans ne saurait se prononcer sur le droit aux prestations pour la période s'ouvrant à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017.

e. Enfin, la chambre de céans ne saurait pas non plus se prononcer sur l'opposition formée à la décision du SAM du 13 décembre 2016, refusant l'octroi du subside cantonal 2017 à l'épouse. En effet, outre le fait que le SAM n'a pas encore rendu une décision sur opposition, et que les parties concernées (soit l'épouse et le SAM) se distinguent de celles en cause dans la présente procédure, l'objet du litige dans ladite décision, en lien avec le subside cantonal, est totalement étranger aux prestations complémentaires.

6. Sur le vu de ce qui précède, le litige porte donc sur le droit du recourant aux prestations complémentaires du 1<sup>er</sup> juin au 31 décembre 2016.

7. Sur le plan fédéral, les personnes qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse et qui remplissent les conditions personnelles prévues aux art. 4, 6 et 8 LPC ont droit à des prestations complémentaires. Ont ainsi droit aux prestations complémentaires notamment les personnes qui perçoivent une rente de l'assurance-invalidité conformément à l'art. 4 al. 1 let. c LPC.

Les prestations complémentaires fédérales se composent de la prestation complémentaire annuelle et du remboursement des frais de maladie et d'invalidité (art. 3 al. 1 LPC). L'art. 9 al. 1 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 LPC, les revenus déterminants 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 CHF 1'500.- 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 (let. a) ; le produit de la fortune mobilière et immobilière (let. b) ; un quinzième de la fortune nette, dans la mesure où elle dépasse CHF 60'000.- (dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011) pour les couples (let. c) ; les rentes, pensions et autres prestations périodiques, y compris les rentes de l'AVS et de l'AI (let. d) ; les allocations familiales (let. f) ; les ressources et parts de fortune dont un ayant droit s'est dessaisi (let. g).

Quant aux dépenses, elles comprennent notamment, selon l'art. 10 al. 1 LPC, les montants destinés à la couverture des besoins vitaux (CHF 28'935.- pour les couples [let. a ch. 2] et CHF 10'080.- pour les enfants ayant droit à une rente pour enfant de l'AI, étant relevé que la totalité du montant déterminant est prise en compte pour les deux premiers enfants, les deux tiers pour les deux autres enfants et un tiers pour chacun des enfants suivants) (let. a ch. 3) et le loyer d'un appartement et les frais accessoires y relatifs pour un montant maximal de CHF 15'000.- pour les couples (let. b). Les dépenses comprennent, en outre, selon l'art. 10 al. 3 LPC, les cotisations aux assurances sociales de la Confédération, à l'exception des primes d'assurance-maladie (let. c) et le montant forfaitaire pour l'assurance obligatoire des soins correspondant au montant de la prime moyenne cantonale ou régionale pour l'assurance obligatoire des soins (couverture accidents comprise) (let. d). Pour le canton de Genève, en 2016, la prime moyenne a été fixée à CHF 6'288.- pour un adulte, à CHF 5'820.- pour un jeune adulte et à CHF 1'416.- pour un enfant (cf. ordonnance du Département fédéral de l'intérieur [DFI] relative aux primes moyennes de l'assurance obligatoire des soins pour le calcul des prestations complémentaires du 29 octobre 2015).

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

---

Le montant de la prestation complémentaire correspondant à la différence entre les dépenses reconnues et le revenu déterminant du requérant (art. 15 al. 1 LPCC).

Aux termes de l'art. 5 LPCC, le revenu déterminant est calculé conformément aux règles fixées dans la loi fédérale et ses dispositions d'exécution, moyennant certaines adaptations, notamment: les prestations complémentaires fédérales sont ajoutées au revenu déterminant (let. a) et en dérogation à l'art. 11 al. 1 let. c LPC, la part de la fortune nette prise en compte dans le calcul du revenu déterminant est de un huitième, respectivement de un cinquième pour les bénéficiaires de rentes de vieillesse, et ce après déduction des franchises prévues par cette disposition (let. c).

9. Quant aux dépenses reconnues, elles sont énumérées par la loi fédérale et ses dispositions d'exécution, à l'exclusion du montant destiné à la couverture des besoins vitaux, remplacé par le montant destiné à garantir le revenu minimum cantonal d'aide sociale (art. 6 LPCC). Le revenu minimum cantonal d'aide sociale garanti s'élève à CHF 42'341.-, s'il s'agit d'un invalide dont le taux d'invalidité est de 70% ou plus et dont le conjoint ou le partenaire enregistré est soit une personne valide, soit une personne invalide dont le taux d'invalidité est inférieur à 70% (art. 3 al. 1 let. g du règlement relatif aux prestations cantonales complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité, du 25 juin 1999 (RPCC-AVS/AI – RS/GE J 4 25.03); à CHF 12'831.- pour le 1<sup>er</sup> et 2<sup>ème</sup> enfant à charge (let. i) ; et à CHF 8'468.- pour le 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> enfant (let. j).
10. Pour le calcul de la prestation complémentaire fédérale annuelle, sont pris en compte en règle générale les revenus déterminants obtenus au cours de l'année civile précédente et l'état de la fortune le 1<sup>er</sup> janvier de l'année pour laquelle la prestation est servie (al. 1).

Pour la fixation des prestations complémentaires cantonales, sont déterminantes les rentes, pensions et autres prestations périodiques de l'année civile en cours (let. a), la fortune au 1er janvier de l'année pour laquelle la prestation est demandée (let. b de l'art. 9 al. 1 LPCC). En cas de modification importante des ressources ou de la fortune du bénéficiaire, la prestation est fixée conformément à la situation nouvelle (art. 9 al. 3 LPCC).

Cela étant, selon l'art. 25 al. 1 OPC-AVS/AI, la prestation complémentaire annuelle doit être augmentée, réduite ou supprimée lors de chaque changement survenant au sein d'une communauté de personnes comprises dans le calcul de la prestation complémentaire annuelle (let. a); lorsque les dépenses reconnues, les revenus déterminants et la fortune subissent une diminution ou une augmentation pour une durée qui sera vraisemblablement longue; sont déterminants les dépenses nouvelles et les revenus nouveaux et durables, convertis sur une année, ainsi que la fortune existant à la date à laquelle le changement intervient; on peut renoncer à adapter la prestation complémentaire annuelle, lorsque la modification est inférieure à CHF 120.- par an (let. c).

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

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

12. a. Le recourant fait valoir que l'intimé aurait dû prendre en compte ses enfants dans les calculs. Pour sa part, l'intimé répond que ce grief n'avait pas été invoqué dans la procédure d'opposition, si bien que la chambre de céans ne peut pas l'examiner.

b. À cet égard, l'intimé s'appuie sur un arrêt rendu par la chambre administrative de la Cour de justice le 15 mars 2016 (ATA/239/2016 consid. 3a), laquelle se réfère à l'art. 68 LPA, qui prévoit qu'un recourant peut invoquer des motifs, des faits et des moyens de preuves nouveaux qui ne l'ont pas été dans les précédentes procédures, sauf exception prévue par la loi. A contrario, la chambre administrative souligne que cette disposition ne permet pas à ce dernier de prendre des conclusions qui n'auraient pas été formées devant l'autorité de première instance. Ainsi, l'objet d'une procédure administrative ne peut pas s'étendre ou se modifier qualitativement au fil des instances.

En revanche, la chambre de céans peut examiner, en application du principe *jura novit curia*, mis en œuvre par l'art. 69 al. 1 LPA en corrélation avec l'art. 89A LPA, si les enfants doivent ou non être inclus dans les calculs, puisque cette question peut avoir une incidence sur l'issue du litige et conduire à l'annulation de la décision attaquée. Même si le recourant n'avait pas critiqué les calculs opérés en lien avec la prise en compte ou non des enfants dans la procédure d'opposition, le rapport juridique visé reste le même, soit le calcul des prestations dues au recourant du 1<sup>er</sup> juin au 31 décembre 2016. Rien ne s'oppose donc à ce que les nouveaux griefs du recourant à l'encontre desdits calculs soient examinés, ce d'autant que la chambre de céans dispose d'un plein pouvoir d'examen (ATAS/1330/2014 du 19 décembre 2014 consid. 5c).

c. Cela dit, conformément à l'art. 9 al. 2 LPC, les dépenses reconnues et les revenus déterminants des conjoints et des personnes qui ont des enfants ayant droit à une rente d'orphelin ou donnant droit à une rente pour enfant de l'AVS ou de l'AI sont additionnés. Il n'est pas tenu compte, dans le calcul de la prestation complémentaire annuelle, des enfants dont les revenus déterminants dépassent les dépenses reconnues (art. 9 al. 4 LPC). Lors du calcul sans l'enfant, ses revenus (rente pour enfant, allocation pour enfant et contribution d'entretien en sa faveur, son revenu d'activité lucrative, et sa fortune) et ses dépenses (montant pour la couverture de ses besoins vitaux, sa prime moyenne cantonale, sa part de loyer) sont donc exclus du calcul (ch. 3124.03 des directives concernant les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI [DPC]).

En l'espèce, dans la mesure où depuis fin juillet 2015, C\_\_\_\_\_ ne perçoit plus la rente complémentaire AI pour enfant, c'est à juste titre que celui-ci n'est pas compris dans les calculs du couple (cf. ch. 3121.01 des DPC).

En ce qui concerne B\_\_\_\_\_, quand bien même l'octroi de la rente complémentaire AI pour enfant a cessé fin novembre 2016, pour la période du 1<sup>er</sup> juin au 30 novembre 2016, ses revenus déterminants de CHF 19'512.- (soit CHF 5'148.- [rente complémentaire enfant AI père] + CHF 9'564.- [rente complémentaire enfant AI mère] + CHF 4'800.- [allocations familiales]) dépassaient ses dépenses reconnues de CHF 15'900.- pour les prestations complémentaires fédérales (soit CHF 10'080.- [besoins vitaux] et CHF 5'820.- [primes LAMal]), ainsi que ses dépenses reconnues de CHF 18'651.- pour les prestations complémentaires cantonales (soit CHF 12'831.- [besoins vitaux] et CHF 5'820.- [primes LAMal]). Ainsi, c'est à juste titre que B\_\_\_\_\_ n'a pas été inclus dans les calculs durant la période litigieuse.

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

---

même en retenant les montants retenus par l'intimé, force est de constater que les revenus déterminants de l'intéressée excédaient effectivement ses dépenses reconnues.

d. Il s'ensuit que les enfants du recourant ont été à juste titre exclus du calcul des prestations complémentaires.

13. a. Ensuite, le recourant conteste les besoins/forfait reconnus. Se référant aux prestations complémentaires familiales, il estime que la couverture des besoins vitaux pour une famille de quatre personnes s'élève à CHF 54'688.-.

b. Le montant retenu par le recourant est erroné. En effet, selon l'art. 36C al. 1 LPCC, le droit à des prestations complémentaires fédérales, au sens de la loi fédérale, ou à des prestations complémentaires cantonales, au sens du titre II de LPCC, ainsi que la renonciation à un tel droit, excluent le droit à des prestations complémentaires familiales (PCFam). Le but du législateur en instaurant des PCFam était d'améliorer la situation économique des familles pauvres qui travaillent, et non de pallier aux difficultés financières des familles résultant d'une incapacité de travail temporaire ou d'une invalidité. De telles éventualités sont en effet assurées notamment par l'assurance-accidents, l'assurance-invalidité, y compris les prestations complémentaires fédérales et cantonales (cf. ATAS/13/2016 du 12 janvier 2016 consid. 4b et 4c). Aussi l'exercice d'une activité lucrative salariée en vertu de l'art. 36A al. 1 let. c LPCC constitue-t-il l'une des conditions personnelles cumulatives que doit remplir l'assuré pour pouvoir bénéficier des PCFam.

Or, in casu, les difficultés financières du recourant et de son épouse résultent de leur invalidité, de sorte que des prestations complémentaires, à tout le moins, cantonales leur sont allouées. Il s'ensuit que le recourant ne peut pas bénéficier de PCFam, régies par le droit cantonal. Aussi le recourant se trompe-t-il lorsqu'il indique dans sa réplique que l'intimé se référerait dans la colonne « PCF », figurant dans les plans de calcul, aux « prestations complémentaires familiales », puisque la colonne « PCF » est l'abréviation de « prestations complémentaires fédérales », lesquelles sont calculées conformément à la LPC. Ainsi, c'est à juste titre que l'intimé a retenu des besoins/forfait de CHF 28'935.- pour les prestations complémentaires fédérales (art. 10 al. 1 let. a ch. 2 LPC) et de CHF 42'341.- pour les prestations complémentaires cantonales (art. 3 al. 1 let. g RPCC-AVS/AI).

14. a. Bien que le recourant ne l'ait pas relevé, l'intimé n'a pas tenu compte des primes de l'assurance-maladie dans ses calculs. Or, à teneur de l'art. 10 al. 3 let. d LPC, la prime annuelle moyenne d'assurance-maladie pour le canton en question doit être prise en considération à titre de dépense.

b. La part des prestations complémentaires qui couvre cette dépense ne peut être qualifiée de prestation complémentaire ordinaire dès lors qu'elle correspond, en réalité, à une réduction de primes individuelle. Cette qualité ressort également de l'art. 26 OPC-AVS/AI qui précise que les bénéficiaires de prestations

---

complémentaires annuelles ont droit à un versement global (prestation complémentaire et montant de la différence avec la réduction de prime) d'un montant au moins égal à celui de la réduction de prime à laquelle ils ont droit, ainsi que de l'art. 54a al. 1 OPC-AVS/AI (CARIGIET / KOCH, Ergänzungsleistungen zur AHV/IV, 2009, p. 88 ; Jöhl, Die Ergänzungsleistung und ihre Berechnung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], 2ème éd., 2007, n° 152 et ss, p. 1737 ss).

Dans un tel cas, la coordination voudrait que le SPC ne verse pas de prestation complémentaire mais uniquement une réduction de prime ou en d'autres termes un subside (ATAS/754/2013 du 31 juillet 2013 consid. 6). Cette manière de procéder a été confirmée par le Tribunal fédéral, lequel a jugé que dans la mesure où le recourant ne devait pas s'acquitter personnellement de ses cotisations à l'assurance-maladie, dès lors qu'il bénéficiait de subsides mensuels versés directement à son assureur pour être intégralement déduit de ses primes, il ne saurait revendiquer le paiement, en sa faveur, d'une somme équivalant à ses cotisations, par le biais des prestations complémentaires (ATAS/754/2013 du 31 juillet 2013 consid. 6 et arrêt du Tribunal fédéral P.22/01 du 29 octobre 2001 consid. 2).

Dans le canton de Genève, en pratique, la dépense relative aux primes d'assurance-maladie est prise en charge par le SAM, sous la forme d'un subside pour le paiement des primes de l'assurance obligatoire des soins. Ce système reste conforme à l'art. 10 al. 3 let. d LPC (ATAS/276/2017 du 10 avril 2017 consid. 7 b).

Jusqu'au 30 juin 2015, l'art. 22 al. 6 LaLAMal prévoyait ainsi que les bénéficiaires de prestations complémentaires à l'AVS/AI avaient droit à un subside égal au montant de leur prime d'assurance obligatoire des soins, mais au maximum au montant correspondant à la prime moyenne cantonale fixée par le département fédéral de l'intérieur (DFI). Depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2015, cette même disposition prévoit que les bénéficiaires d'une prestation annuelle, fédérale et/ou cantonale, complémentaire à l'AVS/AI versée par le service ont droit à un subside égal au montant de leur prime d'assurance obligatoire des soins, mais au maximum au montant correspondant à la prime moyenne cantonale fixée par le DFI. Les personnes qui ont un excédent de ressources inférieur à la prime moyenne cantonale ont droit à un subside équivalent à la différence entre la prime moyenne cantonale et l'excédent de ressources.

Concrètement, le SPC procède au calcul des dépenses du bénéficiaire sans prendre en considération les primes d'assurance-maladie, puis il admet le droit au subside en fonction du montant de l'excédent de ressources, afin que le SAM dispose de la possibilité de payer directement la somme due à l'assurance (ATAS/1251/2012 du 16 octobre 2012 consid. 9a). Selon cette pratique, les assurés ont droit à la couverture de leur prime d'assurance-maladie, à concurrence du maximum de la prime moyenne si, malgré l'absence du droit aux prestations complémentaires elles-mêmes, les excédents de revenus sont inférieurs au montant de la prime annuelle moyenne d'assurance-maladie, dès lors que cette prime n'est pas prise en compte

---

au titre de dépenses par l'intimé (ATAS/262/2011 du 17 mars 2011 consid. 5f). Ils ont également droit au remboursement des frais de maladie.

Comme l'a déjà relevé la chambre de céans, cette manière de procéder est contestable, dans la mesure où les dispositions légales applicables prévoient expressément la prise en considération, à titre de dépenses, de la prime d'assurance-maladie moyenne payée dans le canton en question. La prime d'assurance-maladie moyenne est une dépense à prendre en compte dans le calcul des prestations complémentaires, au même titre que le loyer, et non pas une prestation distincte (ATAS/1251/2012 du 16 octobre 2012 consid. 9a).

Sur le plan cantonal, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008, la LPCC renvoie à la LPC en ce qui concerne le revenu déterminant (avec quelques ajustements) et les dépenses déductibles. Depuis cette date, les primes de l'assurance-maladie doivent ainsi être prises en considération dans le calcul des prestations complémentaires cantonales.

Le calcul du droit aux prestations devrait en réalité être effectué en deux étapes:

- en premier lieu, l'intimé devrait déterminer le droit aux prestations complémentaires du requérant en prenant en considération la prime annuelle moyenne du canton en question;
- si, en raison de la prise en considération des dites primes, le requérant a droit à des prestations complémentaires, le montant des prestations précitées relatif aux primes constitue en réalité une réduction de primes individuelle, qui, dans les faits, sera directement versée à l'assureur-maladie par le SAM sous forme de subside « total » et non par l'intimé sous forme de prestations complémentaires (ATAS/276/2017 du 10 avril 2017 consid. 7c).

Dans la mesure où le bénéficiaire de prestations complémentaires peut également prétendre à la prise en charge des frais de maladie et d'invalidité, la décision de l'intimé devrait expressément reconnaître le droit aux prestations du requérant mais indiquer que celles-ci lui seront versées, à tout le moins partiellement, sous forme d'un subside total directement payé à l'assureur-maladie (ATAS/754/2013 du 31 juillet 2013 consid. 7).

c. Sur le vu de ce qui précède, l'intimé aurait dû inclure la prime moyenne cantonale à titre de montant forfaitaire pour l'assurance obligatoire des soins, soit CHF 12'576.- pour le couple (CHF 6'288.- × 2). Cela étant, comme on le verra ci-après, la prise en compte des primes LAMal n'a pas d'impact sur l'issue du litige.

15. a. En ce qui concerne les revenus déterminants, le recourant reproche à l'intimé de ne pas avoir tenu compte de la diminution de la rente AI de son épouse pour la période dès le 1<sup>er</sup> décembre 2016.

b. Pour les raisons exposées au consid. 12 ci-dessus, les enfants ne sont pas inclus dans le calcul des prestations complémentaires. Par conséquent, la diminution de la rente AI de l'épouse suite à la suppression de la rente complémentaire pour enfant en faveur de B\_\_\_\_\_ à compter de fin novembre 2016 n'a aucune incidence sur les

---

prestations de l'AVS/AI (du couple) comptabilisées dans les calculs dès le 1<sup>er</sup> décembre 2016. Ainsi, dans la mesure où le recourant perçoit une rente AI mensuelle de CHF 1'072.- depuis juin 2013 et son épouse une rente AI de CHF 1'993.-, c'est à juste titre que l'intimé a retenu la somme de CHF 36'780.- pour ce poste, après avoir annualisé les rentes mensuelles puisque les prestations sont calculées sur une année (arrêt du Tribunal fédéral P.50/04 du 29 mars 2005 consid. 4.5), soit  $(1'072 \times 12) + (1'993 \times 12) = 12'864 + 23'916 = \text{CHF } 36'780.-$ .

16. a. Le recourant conteste la prise en compte d'un gain potentiel de CHF 19'290.-.
- b. L'art. 14a al. 1 OPC-AVS/AI prescrit que le revenu de l'activité lucrative des invalides est pris en compte sur la base du montant effectivement obtenu par l'assuré dans la période déterminante. L'art. 14a al. 2 OPC-AVS/AI prévoit que, pour les invalides âgés de moins de 60 ans, le revenu de l'activité lucrative à prendre en compte correspond au moins au montant maximum destiné à la couverture des besoins vitaux des personnes seules selon l'art. 10 al. 1 let. a ch. 1 LPC, augmenté d'un tiers, pour un taux d'invalidité de 40 à moins de 50 % (let. a); au montant maximum destiné à la couverture des besoins selon la let. a, pour un taux d'invalidité de 50 à moins de 60 % (let. b); aux deux tiers du montant maximum destiné à la couverture des besoins vitaux selon la let. a, pour un taux d'invalidité de 60 à moins de 70 % (let. c).

L'art. 10 al. 1 let. a ch. 1 LPC dispose que le montant destiné à la couverture des besoins vitaux est de CHF 19'290.- par année pour les personnes seules.

Le montant non imputable de CHF 1'500.- pour les couples est déduit de ce revenu net de l'activité lucrative, le solde étant ensuite pris en compte pour les deux tiers (ch. 3424.02 des DPC).

L'idée qui sous-tend l'art. 14a OPC-AVS/AI est de répondre à un besoin légitime de simplification, d'éviter qu'un assuré présentant une capacité résiduelle de travail et de gain ne reçoive par le canal des prestations complémentaires ce que l'assurance-invalidité ne veut pas lui accorder, ce qui suppose de prendre en compte, pour le calcul des prestations complémentaires, le revenu hypothétique que l'intéressé pourrait retirer de l'utilisation raisonnable de sa capacité résiduelle (ATF 115 V 88 consid. 2).

- c. Les revenus hypothétiques, provenant d'une activité lucrative, fixés schématiquement à l'art. 14a al. 1 OPC-AVS/AI représentent une présomption juridique. L'assuré peut renverser cette présomption en apportant la preuve qu'il ne lui est pas possible de réaliser de tels revenus ou qu'on ne peut l'exiger de lui (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_655/2007 du 26 juin 2008 consid. 5.2). Il existe en effet des cas dans lesquels un assuré n'est pas en mesure de mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle pour des raisons étrangères à l'invalidité (ATF 117 V 153 consid. 2c). En examinant la question de savoir si l'assuré peut exercer une activité lucrative et si on est en droit d'attendre de lui qu'il le fasse, il convient de tenir compte conformément au but des prestations complémentaires, de toutes les

---

circonstances objectives et subjectives qui entravent ou compliquent la réalisation d'un tel revenu, tels que la santé, l'âge, la formation, les connaissances linguistiques, l'activité antérieure, l'absence de la vie professionnelle, le caractère admissible d'une activité, les circonstances personnelles et le marché du travail (arrêt du Tribunal fédéral P.17/01 du 16 juillet 2001 consid. 1c).

En ce qui concerne le critère ayant trait à l'état de santé d'un assuré, il faut rappeler que les organes d'exécution en matière de prestations complémentaires ne disposent pas des connaissances spécialisées pour évaluer l'invalidité d'une personne. C'est notamment pour ce motif qu'ils sont liés par les évaluations de l'invalidité effectuées par les organes de l'assurance-invalidité lorsqu'ils fixent le revenu exigible des assurés partiellement invalides au sens de l'art. 14a OPC-AVS/AI (ATF 117 V 202 consid. 2b). Il n'en demeure pas moins que cette jurisprudence sur la force obligatoire de l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité ne s'applique qu'à la condition que ceux-ci aient eu à se prononcer sur le cas et que l'intéressé ait été qualifié de personne partiellement invalide par une décision entrée en force. Mais même dans ce cas, les organes d'exécution en matière de prestations complémentaires doivent se prononcer de manière autonome sur l'état de santé de l'intéressé lorsqu'est invoquée une modification intervenue depuis l'entrée en force du prononcé de l'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_68/2007 du 14 mars 2008 consid. 5.3). La jurisprudence a toutefois précisé que l'obligation de diminuer le dommage impose à un assuré de mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle quand bien même une procédure est pendante contre le prononcé de l'assurance-invalidité (arrêts du Tribunal fédéral P.43/05 du 25 octobre 2006 consid. 3.2.3; 8C\_574/2008 du 8 juin 2009 consid. 5.4).

S'agissant de la possibilité de mettre en valeur la capacité de gain sur le marché de l'emploi, il importe de savoir si et à quelles conditions l'intéressé est en mesure de trouver un travail. À cet égard, il faut prendre en considération, d'une part, l'offre des emplois vacants appropriés et, d'autre part, le nombre de personnes recherchant un travail. Il y a lieu d'examiner concrètement la situation du marché du travail (arrêt du Tribunal fédéral P.61/03 du 22 mars 2004 consid. 2.2). Dans un arrêt portant sur un cas similaire, le Tribunal fédéral a rappelé que l'impossibilité de mettre en valeur une capacité de travail résiduelle ne peut être admise que si elle est démontrée au degré de la vraisemblance prépondérante, l'assuré devant collaborer à l'instruction de cet élément. Notre Haute Cour a ajouté que si les chances de trouver un emploi ont tendance à décroître avec l'âge et l'absence du monde du travail, le marché du travail est en constante évolution et trouver un emploi adapté même trois ans après des recherches infructueuses ne paraît pas d'emblée exclu (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_120/2012 du 2 mars 2012 consid. 4.2 et 4.5).

d. Selon le ch. 3427.07 des DPC, aucun revenu hypothétique n'est pris en compte chez le bénéficiaire de PC à l'une ou l'autre des conditions suivantes: (i) si, malgré tous ses efforts, sa bonne volonté et les démarches entreprises, l'assuré ne trouve

---

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

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

L'OAI n'a pas encore rendu une nouvelle décision, et la chambre de céans n'est pas en mesure, en l'état du dossier, de déterminer l'incidence des atteintes à la santé, qui se seraient aggravées selon le recourant, sur sa capacité de travail. Dans la mesure où la décision de l'intimé en lien avec la période litigieuse pourra être révisée au cas où le recourant obtiendrait une augmentation de sa rente d'invalidité (cf. ATAS/1397/2012 du 21 novembre 2012 consid. 8), il convient de retenir à ce stade, conformément à la décision de l'OAI du 3 avril 2006, soit la dernière décision entrée en force, que le recourant dispose d'un degré d'invalidité de 57%.

b. Cela étant, il convient encore d'examiner si d'autres éléments que l'état de santé permettent au recourant de renverser la présomption selon laquelle l'invalidé partiel est en mesure de tirer parti de la capacité de gain résiduelle que lui reconnaît l'assurance-invalidité.

En l'occurrence, le recourant, âgé de 49 ans durant la période litigieuse, n'a produit aucun document démontrant qu'il a recherché sans succès un poste adapté à ses limitations fonctionnelles. Il ne touche pas de prestations de l'assurance-chômage, et il n'a pas allégué que son épouse, invalide, nécessite sa présence continue. Les

conditions posées par les DPC pour qu'aucun revenu hypothétique ne soit pris en compte ne sont donc pas remplies.

En outre, le recourant a obtenu un brevet d'arbitre en natation en 2003, et il a travaillé environ trente heures entre septembre 2010 et janvier 2011 en qualité de moniteur de natation auxiliaire. D'origine suisse, il maîtrise parfaitement le français. Par ailleurs, au vu de l'âge des enfants durant la période litigieuse (24, 22 et 16 ans), une présence constante des parents n'était pas requise. Ainsi, les connaissances linguistiques, la formation, l'absence de vie professionnelle, le marché du travail ou les circonstances personnelles ne sont en l'occurrence pas des critères pouvant entraver la réinsertion dans le monde du travail.

Par conséquent, il se justifie de retenir un revenu hypothétique du recourant, lequel dispose en l'état d'un degré d'invalidité de 57% (cf. consid. 17a ci-dessus), si bien que ledit revenu se monte à CHF 19'290.- en vertu de l'art. 14a al. 2 let. b OPC-AVS/AI, montant auquel il y a lieu de retrancher CHF 1'500.-, et comptabiliser les deux tiers du solde, ce qui aboutit à : (CHF 19'290 – CHF 1'500) = 17'790 × 2/3 = CHF 11'860.- (étant relevé que l'intimé a comptabilisé à ce titre CHF 11'860.05).

18. a. Le recourant conteste l'existence d'une épargne de CHF 3'440.15, d'un dessaisissement de CHF 47'594.- et des produits de la fortune de CHF 51.05.

b. S'agissant de l'épargne, le montant de CHF 3'440.15 correspond au solde apparaissant au 9 juin 2016 sur les comptes n° 3\_\_\_\_\_ (CHF 3'439.98) et n°1\_\_\_\_\_ (CHF 0.15). Or, selon l'art. 25 al. 1 let. c OPC-AVS/AI, il y a lieu de tenir compte de la fortune existant à la date à laquelle le changement intervient. In casu, au 31 mai 2016, la fortune s'élevait à CHF -0.88. Partant, c'est à tort que l'intimé avait mentionné dans la colonne « montant présenté », la somme de CHF 3'440.15. Cela étant, ainsi qu'on le verra ci-après, le nouveau montant n'a pas d'incidence sur les revenus déterminants.

c. En ce qui concerne le dessaisissement, il correspond à la renonciation à des éléments de revenu ou de fortune sans obligation juridique ni contre-prestation équivalente (ATF 123 V 35 consid. 1; ATF 121 V 204 consid. 4a). Pour vérifier s'il y a contre-prestation équivalente et pour fixer la valeur d'un éventuel dessaisissement, il faut comparer la prestation et la contre-prestation à leurs valeurs respectives au moment de ce dessaisissement (ATF 120 V 182 consid. 4b; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_67/2011 du 29 août 2011 consid. 5.1).

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

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

---

pour être ensuite réduite chaque année (al. 2). Est déterminant pour le calcul de la prestation complémentaire annuelle le montant réduit de la fortune au 1<sup>er</sup> janvier de l'année pour laquelle la prestation est servie (al. 3).

Le Tribunal fédéral a admis la conformité de cette disposition à la loi et à la constitution (ATF 118 V 150 consid. 3c/cc).

Conformément à cette disposition, il faut qu'une année civile entière au moins se soit écoulée entre le moment où l'assuré a renoncé à des parts de fortune et le premier amortissement de fortune (Ralph JÖHL, Die Ergänzungsleistung und ihre Berechnung, in Soziale Sicherheit, SBVR vol. XIV, p. 1816 n. 247).

c/bb. Les parts de fortune dont un ayant droit s'est dessaisi doivent être prises en compte avec un produit de cette fortune même lorsque celui-ci n'est, effectivement, pas réalisé, mais qu'il pourrait raisonnablement l'être (ATF 110 V 17 consid. 4). Il importe dès lors de prendre en compte le produit de la fortune que le recourant aurait pu réaliser - s'il n'avait pas renoncé à des intérêts sur le prêt accordé - par un placement avec intérêt de la fortune cédée. Selon la jurisprudence et sous réserve de circonstances particulières du cas d'espèce, le taux d'intérêt est fixé en fonction des conditions générales du marché. À cet égard, on se réfère habituellement à l'intérêt moyen pratiqué pour les dépôts d'épargne par les cinq plus grandes banques cantonales selon l'Annuaire statistique de la Suisse (ATF 110 V 17 consid. 5b). Comme cet Annuaire statistique détermine l'intérêt moyen pour les dépôts d'épargne en prenant pour base le taux appliqué dans chaque banque, c'est ce dernier taux qu'il faut considérer. Pour des raisons d'ordre pratique et d'égalité de traitement, il convient de se fonder en règle générale sur l'intérêt moyen en vigueur de l'année précédant celle pour laquelle la prestation est servie (ATF 120 V 182 consid. 4e; VSI 1994 p. 161 consid. 4b).

Les taux d'intérêt moyens de l'épargne s'élevaient à : 0.1 pour 2016 (cf. Sources: Moyenne des dépôts d'épargne des banques cantonales de septembre 2015 à août 2016, selon les taux d'intérêt publiés pour nouvelles opérations sur le portail de données de la Banque nationale) (ch. 3482.10 des DPC et réf. jurisprudentielles citées).

c/cc. Dans le régime des prestations complémentaires, l'assuré qui n'est pas en mesure de prouver que ses dépenses ont été effectuées moyennant contre-prestation adéquate ne peut pas se prévaloir d'une diminution correspondante de sa fortune, mais doit accepter que l'on s'enquière des motifs de cette diminution et, en l'absence de la preuve requise, que l'on tienne compte d'une fortune hypothétique (arrêt du Tribunal fédéral P.65/04 du 29 août 2005 consid. 5.3.2; VSI 1994 p. 227 consid. 4b). Mais avant de statuer en l'état du dossier, l'administration devra avertir la partie défaillante des conséquences de son attitude et lui impartir un délai raisonnable pour la modifier; de même devra-t-elle compléter elle-même l'instruction de la cause s'il lui est possible d'élucider les faits sans complications spéciales, malgré l'absence de collaboration d'une partie (cf. ATF 117 V 261

consid. 3b; ATF 108 V 229 consid. 2; arrêt du Tribunal fédéral P.59/02 du 28 août 2003 consid. 3.3 et les références).

c/dd. En l'espèce, le 10 juillet 2014, le recourant a reçu sur son compte n°3\_\_\_\_\_ le montant de CHF 61'601.05, qui correspondait à la somme que l'intimé lui avait versée rétroactivement depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2008 suite à l'invalidité de l'épouse dès cette date. Ce montant incluait la prestation complémentaire du mois de juillet 2014 de CHF 488.-, si bien que le droit rétroactif était en réalité de CHF 61'113.05. Le 10 juillet 2014, il a transféré ce montant sur son compte n° 1\_\_\_\_\_, lequel présentait au 31 décembre 2015 un solde de CHF -0.10. Le recourant a expliqué qu'il avait dépensé cette somme pour régler des factures en souffrance et pour acquérir une voiture. Bien qu'il n'ait produit aucun justificatif corroborant ses dires, il ne se justifie pas de l'inviter à prouver que ses dépenses ont été effectuées moyennant contre-prestation adéquate, car de toute manière, la prise en compte de biens dessaisis n'a pas d'incidence sur l'issue du litige. Cela dit, la fortune dessaisie ascendait au 1<sup>er</sup> janvier 2016 à CHF 51'113.05 (61'113.05 – 10'000). À cet égard, l'intimé avait retenu des biens dessaisis à hauteur de CHF 47'594.- après avoir déduit l'épargne de CHF 3'440.15. Cependant, cette épargne existante au 9 juin 2016 avait été constituée après réception des rentes en faveur des époux le 7 juin 2016 de CHF 5'517.-, sous déduction de divers débits dans l'intervalle. Partant, dans le calcul des prestations complémentaires, il fallait tenir compte d'un dessaisissement de fortune de CHF 51'113.05.

Cela étant, ce montant (ou celui retenu par l'intimé), de même que l'épargne de CHF 3'440.15 n'ont aucune incidence sur les revenus déterminants, puisqu'après déduction de la franchise non imputable de CHF 60'000.- pour les couples, conformément à l'art. 11 al. 1 let. c LPC, l'intimé n'avait, à juste titre, comptabilisé aucune fortune dans les colonnes « PCF » et « PCC ».

d. Enfin, quant aux produits de la fortune, il y a lieu de retenir CHF 51.10 (soit  $0.1\% \times 51'113.05$ ) conformément au consid. 18c/bb ci-dessus, au titre du produit hypothétique des biens dessaisis, étant précisé que les intérêts de l'épargne sont nuls puisqu'au 31 mai 2016, l'épargne était inférieure à CHF 0.-.

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

	Montant présenté	PCF	PCC
<b>Dépenses reconnues</b>			
Besoins/Forfait		28'935.00	42'341.00
Loyer		15'000.00	15'000.00

Loyer net	21'744.00		
Charges locatives	2'640.00		
Cotisations AVS/AI/APG	1'003.80	1'003.80	1'003.80
Primes LAMal		12'576.00	12'576.00
<b>Total dépenses reconnues</b>		<b>57'515.00</b>	<b>70'921.00</b>
<b>Revenu déterminant</b>			
Report PCF			7'605.00
Prestations AVS/AI		36'780.00	36'780.00
Rentes AVS/AI	36'780.00		
Gains		11'860.00	11'860.00
Gain potentiel	19'290.00		
Fortune		0.00	0.00
Épargne	0.-		
Biens dessaisis	51'113.05		
Produits de la fortune		51.10	51.10
Intérêts de l'épargne	0.-		
Produit hypothétique des biens dessaisis	51.10		
Rentes, indemnités, et pension		1'219.20	1'219.20
Rente 3 <sup>ème</sup> pilier	1'219.20		

<b>Total revenu déterminant</b>		<b>49'910.00</b>	<b>57'515.00</b>
<b>Dépenses reconnues moins revenu déterminant</b>		<b>7'605.00</b>	<b>13'406.00</b>

Le recourant aurait pu prétendre à des prestations complémentaires fédérales annuelles de CHF 7'605.- et à des prestations complémentaires cantonales de CHF 13'406.-. Toutefois, étant donné que c'est en raison de la prise en considération de la prime moyenne d'assurance-maladie que le droit du recourant à des prestations complémentaires fédérales a été admis, le montant de CHF 7'605.- constitue en réalité une réduction de prime individuelle qui, dans les faits, sera directement versée à l'assureur-maladie par le SAM sous forme de subside « total » et non par l'intimé sous forme de prestations complémentaires (voir consid. 14b ci-dessus). Quant aux prestations complémentaires cantonales, étant donné le solde de la prime individuelle à couvrir de CHF 4'971.- (12'576 – 7'605), la somme que l'intimé doit verser au recourant sous forme de prestations complémentaires annuelles stricto sensu s'élève à CHF 8'435.- (13'406 - 4'971), soit CHF 702.90.- par mois, arrondi à CHF 703.-. Force est ainsi de constater que même en retenant les montants figurant dans le tableau ci-dessus, la prestation complémentaire cantonale mensuelle correspond à celle fixée par l'intimé dans les plans de calculs joints à la décision du 1<sup>er</sup> novembre 2016.

Pour la période dès le 1<sup>er</sup> décembre 2016, au vu du loyer de CHF 14'630.40 – non contesté -, fixé en raison du nombre de personnes partageant le logement (le recourant et son épouse partagent leur domicile avec leurs trois enfants), ainsi que du nombre de personnes pris en compte dans le calcul du dossier, soit les trois cinquième (3/5) du loyer avec les charges de CHF 24'384.-, puisque C\_\_\_\_\_ a achevé sa formation professionnelle fin juillet 2015 et B\_\_\_\_\_ a atteint ses 25 ans en novembre 2016, alors que durant la période litigieuse, les parents doivent encore assumer l'obligation d'entretien de D\_\_\_\_\_, mineure (cf. arrêt du Tribunal fédéral P.56/00 du 5 juillet 2001 in Pratique VSI 5/2001, p. 237), et compte tenu de l'intégration des primes LAMal dans les calculs, les dépenses reconnues pour les prestations complémentaires fédérales sont de CHF 57'145.- et pour les prestations complémentaires cantonales de CHF 70'551.-. Compte tenu des revenus déterminants de CHF 49'910.- pour les prestations complémentaires fédérales, le recourant aurait pu prétendre à des prestations annuelles de CHF 7'235.- (57'145 - 49'910). Toutefois, étant donné que c'est en raison de la prise en considération de la prime moyenne d'assurance-maladie que le droit du recourant à des prestations complémentaires fédérales a été admis, le montant de CHF 7'235.- constitue en réalité une réduction de prime individuelle qui, dans les faits, sera directement versée à l'assureur-maladie par le SAM sous forme de subside « total » et non par l'intimé sous forme de prestations complémentaires (voir consid. 14b ci-dessus). Quant aux prestations complémentaires cantonales de CHF 13'406.- (soit [70'551 –

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

20. Sur le vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, sera rejeté.

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

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable au sens des considérants.

**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). 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

Le président

Florence SCHMUTZ

Mario-Dominique TORELLO

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