



---

**EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le \_\_\_\_\_ 1965, domicilié à Meyrin (GE), est au bénéfice d'une rente entière de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) depuis octobre 1994. Il est l'époux de Madame A\_\_\_\_\_ née B\_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ 1972.
2. Le 3 décembre 2013, Mme A\_\_\_\_\_ a saisi l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) d'une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI), sous la forme de mesures de réadaptation professionnelle.
3. Par décision du 14 janvier 2014, le service des prestations complémentaires (ci-après : le SPC) a reconnu à l'assuré le droit à des prestations complémentaires cantonales (ci-après : PCC) de CHF 514.- par mois pour la période du 1<sup>er</sup> octobre au 31 décembre 2013, de même qu'aux subsides d'assurance-maladie pour lui-même, son épouse et leurs deux enfants C\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_, mais il lui a dénié ce droit dès le 1<sup>er</sup> janvier 2014 en considération d'un gain potentiel de son épouse de CHF 49'629.30. Il n'avait pas droit à des prestations complémentaires fédérales (ci-après : PCF), ni dès le 1<sup>er</sup> octobre 2013 ni dès le 1<sup>er</sup> janvier 2014.
4. L'assuré a formé opposition à cette décision le 22 janvier 2014. Au terme d'un premier délai-cadre d'indemnisation de l'assurance-chômage ayant couru du 8 décembre 2011 au 7 décembre 2013, son épouse s'était à nouveau inscrite au chômage, mais elle avait été mise en arrêt maladie par son médecin et avait déposé une demande de prestations de l'AI (ainsi que l'attestaient des certificats médicaux d'incapacité totale de travail dès le 9 décembre 2013, établis par la doctoresse E\_\_\_\_\_, médecin généraliste, et un accusé de réception du 2 janvier 2014 de l'OAI d'une telle demande du 3 décembre 2013). Il demandait le réexamen de son droit aux prestations complémentaires.
5. Le 19 février 2014, le SPC a indiqué à l'assuré que rien au dossier n'établissait l'incapacité de travail de son épouse, les certificats médicaux produits étant insuffisants. Il lui a impartit un délai au 21 mars 2014 pour lui faire parvenir un rapport médical détaillé du médecin traitant de son épouse, répondant à une série de questions précises (données subjectives et plaintes, constatations objectives, diagnostics, impact sur la capacité de travail dans l'activité actuelle et dans une autre activité adaptée aux limitations fonctionnelles, évolution de l'état de santé et de la capacité de travail).
6. Par courrier du 25 mars 2014, la doctoresse F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a envoyé au SPC un rapport médical détaillé concernant l'épouse de l'assuré, répondant aux questions du SPC. Elle posait le diagnostic de trouble dépressif récurrent, en épisode sévère sans symptômes psychotiques, et attestait d'une totale incapacité de travail depuis le 30 janvier 2014 sur le plan psychiatrique, pour une durée indéterminée.
7. Par décision du 9 avril 2014, le SPC a admis l'opposition de l'assuré, estimant que les indications fournies par la D<sup>resse</sup> F\_\_\_\_\_ à propos de l'incapacité de travail de

son épouse justifiaient de supprimer temporairement tout gain potentiel de cette dernière, dès le 1<sup>er</sup> janvier 2014. Ainsi, dès le 1<sup>er</sup> janvier 2014, l'assuré avait droit à des PCC de CHF 514.- par mois, ainsi qu'aux subsides d'assurance-maladie pour lui-même, son épouse et leurs deux enfants C\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_. Il n'avait pas droit à des PCF. Compte tenu de la potentielle évolution favorable de l'état de santé de son épouse et à défaut de reconnaissance d'une atteinte durable justifiant l'octroi d'une rente d'invalidité, la situation serait réexaminée au 1<sup>er</sup> septembre 2014.

8. L'assuré a transmis au SPC des certificats médicaux d'incapacité totale de travail de son épouse pour une durée indéterminée, établis par la D<sup>tesse</sup> F\_\_\_\_\_ les 30 mai, 3 et 24 juillet et 29 août 2014.
9. Par décision du 26 août 2014, le SPC a supprimé le droit de l'assuré aux PCC et aux subsides d'assurance-maladie dès le 1<sup>er</sup> septembre 2014, en retenant un gain potentiel de son épouse de CHF 49'629.-. Il n'avait pas droit non plus à des PCF.
10. L'assuré a formé opposition contre cette décision en date du 29 août 2014. Renseignements pris par le médecin de son épouse, les médecins de l'AI n'avaient pas encore pris de décision à propos de la demande de prestations de son épouse.
11. Le 18 septembre 2014, le SPC a transmis à l'assuré le formulaire de « demande de prestations d'aide sociale ».
12. Le 28 octobre 2014, à la suite d'un nouveau calcul du droit de l'assuré aux prestations complémentaires, le SPC a adressé à l'assuré une décision lui reconnaissant le droit à des PCC de CHF 598.- par mois et aux subsides d'assurance-maladie pour lui-même, son épouse et leurs deux enfants C\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> janvier 2014 au 31 août 2014, mais lui déniait ce droit dès le 1<sup>er</sup> septembre 2014, en tenant compte, dès cette date-ci, d'un gain potentiel de son épouse de CHF 49'629.-. Il n'avait pas droit à des PCF, dès le 1<sup>er</sup> janvier 2014.
13. L'assuré a formé opposition contre cette décision en date du 3 novembre 2014.
14. Par décision sur opposition du 9 décembre 2014, le SPC a rejeté les oppositions de l'assuré des 29 août et 3 novembre 2014. Mme A\_\_\_\_\_ résidait en Suisse depuis plus de vingt ans, y avait exercé la profession de vendeuse et était âgée de 42 ans ; elle pouvait prétendre à un accès encore relativement aisé au marché du travail. Les certificats médicaux que l'assuré avait produits à propos de son épouse ne contenaient ni diagnostic ni pronostic, et ne se prononçaient pas de manière concrète sur les limitations fonctionnelles de son épouse dans une activité professionnelle ; ils n'établissaient pas une incapacité de travail à un degré de vraisemblance prépondérante. L'OAI n'avait pas élucidé le cas de son épouse au niveau médical. Le SPC était dès lors contraint de retenir un gain potentiel de son épouse dans le calcul des prestations complémentaires. Il serait disposé à reprendre son dossier à l'issue des investigations de l'OAI. L'assuré pouvait déposer une nouvelle demande de prestations d'aide sociale auprès du SPC sitôt que sa fortune aurait diminué à hauteur ou en-deça des montants prévus par la législation.

15. Par acte du 31 décembre 2014, l'assuré a interjeté recours contre cette décision auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, en concluant implicitement à ce que les prestations complémentaires continuent de lui être versées. L'OAI avait conseillé à son épouse de s'adresser aux services sociaux, respectivement au SPC, le temps qu'il rende une décision. Le SPC ne jouait pas son rôle et confondait les problématiques du social et de la santé, se constituant en instance supra-médicale. Cette institution devait être remise « sur la bonne voie ». Le SPC enfreignait les limites de dignité qu'il devait respecter, le privant des moyens de subsistance minimaux, en violation d'un droit élémentaire garanti par la Constitution fédérale. L'OAI se trouvait en possession de deux autres rapports médicaux émis par le médecin traitant de son épouse.
16. Par courrier du 30 janvier 2015, le syndicat UNIA, représentant l'assuré, a complété le recours de ce dernier. Il a produit un rapport médical que la D<sup>resse</sup> F\_\_\_\_\_ avait rempli le 24 avril 2014 à l'intention de l'OAI, ainsi qu'un rapport médical établi par ce même médecin en date du 27 octobre 2014. Ces deux rapports attestaient d'une incapacité de travail à 100 % de l'épouse du recourant (ainsi que deux certificats d'incapacité totale de travail pour une durée indéterminée, des 6 et 29 novembre 2014). Le rapport du 24 avril 2014 retenait le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, en épisode sévère sans symptômes psychotiques, ainsi que les diagnostics sans effet sur la capacité de travail d'hypercholestérolémie et de migraine. L'OAI n'avait pas encore élucidé le cas de cette dernière au niveau médical, si bien qu'il n'y avait pas d'autre appréciation médicale que celle du médecin traitant. Le syndicat UNIA a conclu à l'annulation de la décision sur opposition, à la condamnation du SPC à poursuivre le versement des prestations complémentaires jusqu'à droit connu sur la demande AI de l'épouse de l'assuré, et à la condamnation du SPC à tous les frais et dépens de la procédure.
17. Dans sa réponse du 2 février 2015, le SPC a persisté dans les termes de sa décision du 9 décembre 2014, estimant que l'assuré n'invoquait aucun argument susceptible de le conduire à apprécier différemment le cas. Sur l'argument d'une privation des moyens de subsistance, il a rappelé avoir précisé à l'assuré qu'il lui était loisible de solliciter à nouveau des prestations d'aide sociale. Il a conclu au rejet du recours.
18. Par courrier du 16 février 2015 (consécutif à la transmission du complément de recours présenté par le syndicat UNIA), le SPC a précisé qu'il serait disposé à réexaminer la question du gain potentiel de l'épouse de l'assuré une fois que l'OAI aurait terminé ses investigations. Il n'appartenait pas au SPC de supprimer le gain potentiel dans l'attente d'une prochaine décision de l'OAI, ni de lui allouer des prestations complémentaires plus élevées dans cette attente.
19. Par un courrier du 11 mars 2015 du syndicat UNIA, l'assuré a relevé que la D<sup>resse</sup> F\_\_\_\_\_ avait expliqué de manière détaillée dans son rapport l'état de santé de l'épouse de l'assuré. Cette dernière était d'ailleurs soumise à un traitement médicamenteux très lourd, ce qui confirmait son atteinte à la santé. La reprise d'une

---

activité lucrative n'était par conséquent pas exigible et il sollicitait un délai afin de produire un rapport médical d'un médecin tiers que mandaterait l'assuré et son épouse.

Par lettre du 30 mars 2015, l'assuré a cependant renoncé à la production d'un tel rapport pour des raisons financières et demandé à ce qu'une expertise judiciaire soit ordonnée.

20. Le 11 novembre 2015, à réception d'une copie du dossier de Mme A\_\_\_\_\_, obtenue de l'OAI au bénéfice d'une autorisation de cette dernière, la chambre des assurances sociales en a transmis les pièces médicales au SPC et à l'assuré, en leur impartissant un délai au 2 décembre 2015 pour faire part de leurs remarques.

En plus des pièces médicales déjà citées, le dossier de l'OAI comportait les principales pièces médicales suivantes :

- un rapport de la D<sup>resse</sup> E\_\_\_\_\_ du 16 février 2014, faisant état, au titre de diagnostics avec effet sur la capacité de travail (nulle depuis le 9 décembre 2013), d'un état anxio-dépressif aigu avec crises de panique, des céphalées aiguës et des épigastralgies sur gastrite aiguë ;
- un avis de la doctoresse G\_\_\_\_\_ du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR) du 5 septembre 2014, recommandant de demander à la D<sup>resse</sup> F\_\_\_\_\_ de se déterminer sur différentes questions (status psychiatrique actualisé, évolution de l'état de santé depuis janvier 2014, limitations fonctionnelles liées à l'atteinte à la santé incapacitante, taux de capacité de travail, du point de vue psychiatrique, respectivement dans l'activité habituelle de vendeuse/caissière et dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, et depuis quelle date) ;
- un avis médical de la doctoresse H\_\_\_\_\_ du SMR du 30 avril 2015, recommandant de demander à la D<sup>resse</sup> F\_\_\_\_\_ de se déterminer sur quelques questions (évolution de la maladie depuis l'introduction d'un deuxième antidépresseur, pronostic, limitations fonctionnelles, capacité de travail dans une activité adaptée, projet thérapeutique) ;
- un rapport de la D<sup>resse</sup> F\_\_\_\_\_ du 20 juillet 2015, relevant que l'état de santé de Mme A\_\_\_\_\_ depuis son rapport intermédiaire du 27 octobre 2014 était stationnaire ; ladite patiente bénéficiait d'une prise en charge psychiatrique et psychothérapeutique intégrée, au rythme hebdomadaire ; les diagnostics étaient ceux de troubles dépressifs récurrents, en épisode sévère sans symptômes psychotiques, de trouble panique, d'hypercholestérolémie et de migraine ; une évaluation neuropsychologique, effectuée les 12 et 16 juin 2015, avait démontré qu'elle présentait des difficultés à de nombreux niveaux dans les domaines mnésiques et exécutifs ; son état anxio-dépressif et son état psychique ne lui permettaient plus de reprendre une activité professionnelle ; il y avait une contre-indication pour des travaux à responsabilité ; une rente AI était primordiale.

21. Par courrier recommandé du 13 novembre 2015 du syndicat UNIA, l'assuré a indiqué que le SPC n'avait pas pour rôle de mettre en doute la véracité de sa situation médicale, en cours d'examen au sein de l'OAI, et ne pouvait faire peser sur lui le fait que l'OAI n'avait pas encore soumis son épouse à un examen médical par un expert, son épouse se tenant cependant prête à effectuer les examens médicaux susceptibles de faire avancer le dossier.
22. Le 1<sup>er</sup> décembre 2015, le SPC a relevé que les documents médicaux issus du dossier de l'OAI étaient des rapports médicaux établis entre le 24 avril 2014 et le 20 juillet 2015 par la D<sup>resse</sup> F\_\_\_\_\_, médecin-traitant de l'épouse de l'assuré, ayant de ce fait une valeur probante inférieure à celles des spécialistes. L'OAI ne s'était toujours pas prononcé sur l'état de santé de Mme A\_\_\_\_\_. Il fallait donc maintenir un gain potentiel dans le calcul des prestations complémentaires à l'AI, sans préjudice d'une reprise même rétroactive du calcul desdites prestations à l'issue des investigations menées par l'OAI.
23. La cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 3 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), 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). La chambre de céans est donc compétente pour connaître du présent recours, qui porte sur une décision sur opposition du SPC en tant qu'elle retient un gain potentiel de l'épouse du recourant pour le calcul des prestations complémentaires.

Le présent recours a été déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA et art. 43 LPCC). Il satisfait aux exigences de forme et de contenu prévues par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi art. 89B de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 - LPA - E 5 10). L'assuré a qualité pour recourir (art. 59 LPGA et art. 60 al. 1 let. a et b et 89A LPA).

Le présent recours sera donc déclaré recevable.

2. a. La couverture des besoins vitaux en matière d'assurance-vieillesse, survivants et invalidité est une tâche incombant conjointement à la Confédération et aux cantons (art. 112a de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 - Cst. - RS 101). Ce principe se trouve concrétisé par l'art. 2 al. 1 LPC, selon lequel la Confédération et les cantons accordent aux personnes qui remplissent les conditions fixées aux art. 4 à 6 LPC des prestations complémentaires destinées à la

---

couverture des besoins vitaux. Les prestations complémentaires prévues par la LPC se composent de la prestation complémentaire annuelle, qui est une prestation en espèces, versée mensuellement, calculée sur la base de revenus et dépenses réguliers et prévisibles, et qui fait l'objet d'un financement conjoint de la Confédération et des cantons (art. 3 al. 1 let. a et al. 2, 13 et 15 LPC), et du remboursement des frais de maladie et d'invalidité, sur présentation de pièces justificatives, prestations en nature à la charge exclusive des cantons (art. 3 al. 1 let. b, 14 et 16 LPC).

La LPC n'empêche pas les cantons de développer leurs propres prestations sociales. Son art. 2 al. 2 phr. 1 prévoit que les cantons peuvent allouer des prestations allant au-delà de celles qui sont prévues par la LPC et fixer les conditions d'octroi de ces prestations. Ils disposent d'une entière autonomie pour prévoir et régler des aides supplémentaires, pour le financement desquelles, toutefois, ils ne reçoivent pas de contributions de la Confédération ni, en vertu de l'art. 2 al. 2 phr. 2 LPC, ne peuvent percevoir de cotisations patronales (ATF 141 I 1 consid. 5.2.2 ; Michel VALTERIO, Commentaire de la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI, 2015, n. 1 ss ad art. 2).

b. Le canton de Genève prévoit deux types de telles prestations sociales, en complément ou en marge des prestations complémentaires prévues par la LPC (ci-après : PCF), ciblant deux catégories distinctes de bénéficiaires, à savoir d'une part les personnes âgées, les conjoints ou partenaires enregistrés survivants, les orphelins et les invalides – bénéficiaires pouvant prétendre le cas échéant au versement de prestations cantonales complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (ci-après : PCC ; art. 1 al. 1 et 2 à 36 LPCC) – et d'autre part les familles avec enfant(s) – bénéficiaires pouvant le cas échéant prétendre au versement de prestations complémentaires cantonales pour les familles, appelées prestations complémentaires familiales (ci-après : PCFam ; art. 1 al. 2 et 36A à 36I LPCC). Selon l'art. 36C al. 1 LPCC, le droit à des prestations complémentaires fédérales, au sens de la LPC, ou à des prestations complémentaires cantonales, au sens du titre II de la LPCC, ainsi que la renonciation à un tel droit, excluent le droit à des PCFam.

c. Selon l'art. 12 Cst., quiconque est dans une situation de détresse et n'est pas en mesure de subvenir à son entretien a le droit d'être aidé et assisté et de recevoir les moyens indispensables pour mener une existence conforme à la dignité humaine. Ce droit constitutionnel social à des conditions minimales d'existence n'assure qu'une protection minimale, au contenu défini en premier lieu par le législateur (fédéral, cantonal, voire communal), sous la forme de prestations de la collectivité publique assurant la satisfaction des besoins humains élémentaires. Ces prestations ne prennent en principe pas obligatoirement la forme de prestations en espèces, mais quoi qu'il en soit, elles sont susceptibles de se situer en-dessous des différents seuils vitaux fixés par la législation dans les différents domaines, en particulier en matière de prestations complémentaires fédérales et cantonales (Andreas AUER/

---

Giorgio MALINVERNI/ Michel HOTTELIER, Droit constitutionnel suisse, 3<sup>ème</sup> éd., 2013, vol. II, n1543 ss ; Pascal MAHON, Droit constitutionnel. Droits fondamentaux, vol. II, 2015, n. 196 ss). Dans le canton de Genève, ce droit constitutionnel est concrétisé par la loi sur l'insertion et l'aide sociale individuelle, du 22 mars 2007 (LIASI - J 4 04), qui prévoit trois prestations d'aide sociale, à savoir l'accompagnement social, des prestations financières et des mesures d'insertion professionnelle.

3. Il n'est pas litigieux, en l'espèce, que le recourant ne saurait prétendre à des prestations complémentaires fédérales (ci-après : PCF), en application de la LPC, indépendamment de la prise en compte d'un gain hypothétique pour son épouse. Le présent litige porte uniquement sur la prise en compte d'un gain potentiel de l'épouse du recourant pour le calcul des PCC dues le cas échéant à ce dernier depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2014, le versement de PCFam n'entrant pas en considération.

Les PCC sont régies par la LPCC et, en cas de silence de cette dernière, par la LPC et ses dispositions d'exécution fédérales et cantonales, ainsi que par la LPGA et ses dispositions d'exécution (art. 1A al. 1 LPCC).

4. a. Le versement de PCC garantit que notamment les personnes âgées et les invalides disposent d'un revenu minimum cantonal d'aide sociale (art. 1 al. 1 LPCC). Les bénéficiaires (notamment) de rentes de vieillesse ou d'invalidité ayant leur domicile et leur résidence habituelle dans le canton de Genève (art. 2 LPCC) ont droit aux PCC si leur revenu annuel déterminant n'atteint pas le revenu minimum cantonal d'aide sociale applicable (art. 4 LPCC).

b. L'art. 3 al. 1 et 2 LPCC fixe le montant du revenu minimum cantonal d'aide sociale garanti, pour les bénéficiaires vivant à domicile, par un pourcentage majorant un montant fixé pour une personne célibataire, veuve, divorcée, dont le partenariat enregistré a été dissous, ou qui vit séparée de son conjoint ou de son partenaire enregistré, notamment de 100 % à 175 % s'il s'agit d'un invalide, en fonction de son degré d'invalidité et, cas échéant, de la situation de son conjoint ou de son partenaire enregistré, et de 50 % pour le 1<sup>er</sup> et le 2<sup>ème</sup> enfant à charge (art. 3 al. 2 let. c et d LPCC). L'art. 3 al. 3 LPCC prévoit que le Conseil d'État indexe par règlement le revenu minimum cantonal d'aide sociale au taux décidé par le Conseil fédéral pour les prestations complémentaires fédérales, de même que les autres montants en francs énumérés dans la LPCC. D'autres dépenses peuvent s'ajouter à ce forfait, au titre des dépenses déductibles, dont l'art. 6 LPCC prévoit qu'elles sont celles énumérées par la LPC et ses dispositions d'exécution, à l'exclusion du montant destiné à la couverture des besoins vitaux, remplacé précisément par le montant destiné à garantir le revenu minimum cantonal d'aide sociale défini à l'art. 3 LPCC ; il s'agit en particulier du loyer d'un appartement et des frais accessoires y relatifs, à concurrence de montants déterminés (cf. art. 10 al. 1 let. b LPC).



---

Dès le 1<sup>er</sup> janvier 2013 (respectivement le 1<sup>er</sup> janvier 2015), le revenu minimum cantonal d'aide sociale garanti s'élève à CHF 42'166.- (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 %, et à CHF 44'721.- (CHF 44'907.-) 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 un invalide dont le taux d'invalidité est de 70 % ou plus, et il s'y ajoute CHF 12'778.- (CHF 12'831.-) pour le 1<sup>er</sup> et 2<sup>ème</sup> enfant à charge (art. 3 al. 1 let. g, h et i 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 - J 4 25.03).

c. En l'espèce, l'intimé a retenu, de façon non contestée par le recourant sur ce point, un forfait de dépenses reconnues de CHF 67'722.- résultant de l'addition du forfait de CHF 42'166.- pour un invalide dont le taux d'invalidité est de 70 % ou plus « et dont le conjoint (...) est soit une personne valide, soit une personne invalide dont le taux d'invalidité est inférieur à 70 % » et de deux fois le forfait de CHF 12'778.- pour les deux enfants à charge (montants valables jusqu'au 31 décembre 2014). Il a en outre retenu un montant de CHF 12'384.- au titre du loyer.

5. a. Selon l'art. 5 LPCC, le revenu déterminant est calculé conformément aux règles fixées dans la LPC et ses dispositions d'exécution, moyennant certaines adaptations (non pertinentes en l'espèce, dont l'ajout des PCF au revenu déterminant). Ce renvoi implique l'application notamment de l'art. 11 LPC, définissant les composantes des revenus déterminants, au nombre desquels figurent, à teneur de l'art. 11 al. 1 let. g LPC, les ressources et parts de fortune dont un ayant droit s'est dessaisi. Comme, à l'instar d'ailleurs des dépenses, les revenus déterminants des conjoints sont additionnés (art. 9 al. 2 LPC), les ressources et parts de fortune dont le conjoint d'un ayant droit se dessaisit représentent aussi un élément des revenus déterminants.

L'interprétation donnée à l'art. 11 al. 1 let. g LPC veut qu'un dessaisissement soit retenu (donc un gain hypothétique) notamment lorsque le conjoint d'un assuré s'abstient de mettre en valeur sa capacité de travail alors qu'il pourrait se voir obligé d'exercer une activité lucrative en vertu de son devoir de contribuer à l'entretien convenable de la famille, selon ses facultés (art. 163 du Code civil suisse du 10 décembre 1907 - CC - RS 210 ; ATF 134 V 53 consid. 4.1 ; 117 V 287 consid. 3b ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_258/2008 du 12 décembre 2008 consid. 4 ; Michel VALTERIO, op. cit., n. 95, 132 ss et 141 ad art. 11). En vertu du devoir de solidarité qu'énonce cette disposition, les conjoints sont responsables l'un envers l'autre non seulement des effets que le partage des tâches adopté durant le mariage peut avoir sur la capacité de gain de l'un des époux, mais également des autres motifs qui empêcheraient l'un ou l'autre de pourvoir lui-même à son entretien (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_240/2010 du 3 septembre 2010 consid. 4.1).

---

Le principe est donc que si le conjoint d'un assuré n'exerce pas d'activité lucrative dans la mesure où il le pourrait et le devrait, un gain hypothétique doit être retenu pour déterminer le droit de l'assuré à des PCF et, partant, à des PCC.

b. Sur la base de l'art. 9 al. 5 LPC, en particulier de ses let. a, b et c, le Conseil fédéral a édicté des dispositions sur la prise en compte du revenu de l'activité lucrative pouvant raisonnablement être exigée de personnes partiellement invalides et de veuves sans enfants mineurs, aux art. 14a et 14b de l'ordonnance sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité, du 15 janvier 1971 (OPC-AVS/AI - RS 831.301). Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, ces dispositions posent la présomption que les intéressés visés (à savoir les assurés partiellement invalides et les veuves non invalides sans enfants mineurs) sont à même d'obtenir les revenus fixés par lesdites dispositions. L'idée qui sous-tend ces dernières dans les cas considérés est, en plus 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 ou l'assurance-vieillesse et survivants ne veulent pas lui accorder. Cette présomption est cependant réfragable ; lesdit(e)s assuré(e)s peuvent la renverser en établissant que des facteurs n'intéressant pas l'AI les empêchent d'utiliser leur capacité résiduelle théorique ; les dispositions considérées ne sauraient prescrire la prise en compte de gains que des bénéficiaires de rentes sont dans l'impossibilité de réaliser (ATF 131 II 656 consid. 5.2 ; 117 V 202 ; 117 V 153 ; 115 V 88 ; ATAS/1106/2014 du 28 octobre 2014 consid. 7c ; Ralph JÖHL, *Ergänzungsleistungen zur AHV/IV in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR] / Soziale Sicherheit*, 2<sup>ème</sup> éd. 2007, p. 1766 n. 190 ; ch. 3424 à 3426 des directives concernant les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI [DPC], valable dès le 1<sup>er</sup> avril 2011).

Ces art. 14a et 14b OPC-AVS/AI visent cependant des situations bien particulières ; leur application ne saurait être étendue à d'autres cas non expressément envisagés par cette ordonnance (arrêts du Tribunal fédéral des assurances P 40/03 du 9 février 2005 consid. 3 ; P 13/01 du 25 février 2002 consid. 5b/bb ; ATF 117 V 292 consid. 3c ; Michel VALTERIO, *op. cit.*, n. 136 ad art. 11).

c. Il ne s'ensuit nullement qu'en dehors de ces cas, pour des PCF et, partant, des PCC, une prise en compte de l'état de santé du conjoint de l'assuré soit exclue, et que si cet état s'oppose à tout exercice d'une activité lucrative dudit conjoint, un gain potentiel puisse et doive être retenu pour déterminer le droit aux dites prestations complémentaires. La règle vaut aussi pour le conjoint de l'assuré qu'on ne saurait prendre en compte des gains qu'il est le cas échéant dans l'impossibilité de réaliser. La prise en compte d'une invalidité du conjoint de l'assuré résulte d'ailleurs implicitement ou a contrario des DPC, en tant que ces dernières règlent les cas dans lesquels un revenu hypothétique est retenu ou, dans certains cas, écarté pour le conjoint non invalide de l'assuré (ch. 3482.02, 3482.03, 3482.05 et

3482.06), ce qui sous-entend qu'il ne saurait en être retenu un pour un conjoint invalide.

Le Tribunal fédéral a jugé, de façon plus générale en la matière, que l'administration ou, en cas de recours, le juge doivent examiner si l'on peut exiger d'un conjoint d'un assuré qu'il exerce une activité lucrative et, le cas échéant, fixer le salaire qu'il pourrait en retirer en faisant preuve de bonne volonté dans le cas d'espèce, en appliquant à cette fin les principes du droit de la famille, c'est-à-dire en tenant compte en particulier de l'âge dudit conjoint, de son état de santé, de ses connaissances linguistiques, de sa formation professionnelle, de l'activité exercée jusqu'ici, du marché de l'emploi, et du temps plus ou moins long pendant lequel il a été éloigné de la vie professionnelle (ATF 134 V 53 consid. 4.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_946/2011 du 16 avril 2012 consid. 3.2 ; ATAS/885/2015 du 16 novembre 2015 consid. 11c ; Michel VALTERIO, op. cit., n. 135 et 141 ad art. 11). La chambre de céans applique les mêmes critères, tant pour les PCF que pour les PCC (ATAS/777/2015 du 15 octobre 2015 consid. 6 ; ATAS/570/2015 du 21 juillet 2015 consid. 6b et 7b).

Pour les PCC, l'art. 3 al. 1 let. f et g RPCC-AVS/AI prévoit explicitement qu'une invalidité du conjoint de l'assuré a une incidence sur le droit de ce dernier aux dites prestations, puisque le revenu minimum cantonal d'aide sociale garanti n'est pas le même selon que le conjoint de l'assuré est respectivement valide ou invalide à moins de 70 % ou, au contraire, invalide à 70 % ou plus.

6. a. La question est de savoir sur quelles bases l'intimé doit apprécier l'état de santé du conjoint de l'assuré et, partant, sa capacité de travail et de gain, le cas échéant son invalidité.
- b. Lorsque les organes de l'AI ont rendu des décisions entrées en force sur la validité ou l'invalidité du conjoint de l'assuré, leurs décisions lient les organes en charge de l'exécution des prestations complémentaires, comme en matière de validité ou d'invalidité de l'assuré lui-même. Il est en effet admis d'une part que les organes en charge d'appliquer la législation sur les prestations complémentaires ne disposent guère des connaissances spécialisées pour se prononcer sur l'invalidité, et d'autre part parce qu'il s'agit d'éviter qu'un même état de faits donne lieu, sur une même question, à des appréciations divergentes de la part des dites autorités respectives (ATF 117 V 202 consid. 2b ; 117 V 153 consid. 2c ; 115 V 88).

Le Tribunal fédéral a cependant jugé que cette jurisprudence sur la force obligatoire de l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'AI 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, ajoutant que 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 lorsque est invoquée une modification intervenue depuis l'entrée en force du prononcé de l'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances

---

P 6/04 du 4 avril 2005 consid. 3.1 et 3.1.1 ; ATAS/777/2015 du 15 octobre 2015 consid. 7 ; ATAS/606/2015 du 13 août 2015).

c. La question de l'impact d'un état de santé déficient pour la prise en compte d'un gain hypothétique du conjoint de l'assuré peut devoir être examinée en l'absence de toute procédure tendant à la reconnaissance d'une invalidité. Les organes d'exécution en matière de prestations complémentaires ne sont alors pas fondés à se prévaloir d'un manque de connaissances spécialisées pour écarter d'emblée toute mesure d'instruction au sujet de l'état de santé d'une personne (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_68/2007 du 14 mars 2008 consid. 5.3 ; 8C\_172/2007 du 6 février 2008 consid. 7.2). Ils ne sauraient non plus nier toute incapacité de travail du conjoint au seul motif que les rapports médicaux n'établissent pas de manière probante la présence d'une telle incapacité (Michel VALTERIO, op. cit., n. 141 ad art. 11).

d. La question précitée peut aussi se poser alors qu'une demande de prestations de l'AI est en cours d'examen devant les organes en charge de l'exécution de la LAI. Selon la jurisprudence, les organes d'exécution des prestations complémentaires ne sauraient en principe suspendre la procédure dans l'attente de la notification de la décision de l'AI (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_574/2008 du 8 juin 2009 consid. 4.2 ; ATAS606/2015 du 13 août 2015 consid. 8 ; Michel VALTERIO, op. cit., n. 141 ad art. 11, p. 191). Il est néanmoins logique, au regard des motifs précités justifiant que des décisions en force de l'AI lient lesdits organes (soit la détention de connaissances spécialisées et le souci d'éviter des décisions contradictoires), que les organes d'exécution des prestations complémentaires tentent de se concerter avec ceux en charge de l'AI, en particulier s'enquière de l'état d'avancement de la procédure devant ces derniers et tiennent compte des données notamment médicales susceptibles d'être obtenues de ceux-ci. Une suspension de la procédure relatives aux prestations complémentaires dans l'attente de la décision de l'AI ne saurait être écartée en toute hypothèse (ATAS/762/2015 du 6 octobre 2015 consid. 16, concernant un cas dans lequel une demande de révision avait été déposée devant l'OAI, sur laquelle ce dernier était entré en matière et avait ordonné une expertise, le médecin du SMR ayant estimé qu'une aggravation de l'état de santé de l'assurée était plausible). Il ne saurait cependant être par trop temporisé sur l'examen du droit aux prestations complémentaires, notamment sous prétexte que, dans l'intervalle, l'assuré peut le cas échéant, s'il se trouve en situation de détresse, obtenir des prestations d'aide sociale, en application de la LIASI.

7. a. Pour l'établissement des faits pertinents, il y a lieu d'appliquer les principes ordinaires régissant la procédure en matière d'assurances sociales, à savoir, en particulier, la maxime inquisitoire, ainsi que les règles sur l'appréciation des preuves et le degré de la preuve.

b. La maxime inquisitoire signifie que l'assureur social et, en cas de litige, le juge, établissent d'office les faits déterminants, avec la collaboration des parties,

sans être lié par les faits allégués et les preuves offertes par les parties, en s'attachant à le faire de manière correcte, complète et objective afin de découvrir la réalité matérielle (art. 43 LPGA ; art. 19 s., 22 ss, 76 et 89A LPA ; Ghislaine FRÉSARD- FELLAY / Bettina KAHIL-WOLFF / Stéphanie PERRENOUD, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. II, 2015, p. 499 s.). Le devoir de collaborer de l'assuré s'étend le cas échéant au conjoint de ce dernier.

c. Tout comme le juge, l'administration apprécie librement les preuves administrées, sans être liée par des règles formelles (art. 61 let. c LPGA). Il lui faut examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Les avis et rapports médicaux revêtent de l'importance pour apprécier la capacité de gain d'une personne.

L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). Les lignes directrices que la jurisprudence fédérale a posées pour l'appréciation de certains types d'expertises ou de rapports médicaux trouvent application.

Ainsi, la qualification du médecin joue un rôle déterminant dans l'appréciation de documents médicaux. Les rapports établis par les médecins traitants doivent être pris avec la prudence commandée par l'expérience que lesdits médecins peuvent être enclins, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Les rapports émanant de médecins-conseils d'un assureur social ne sont pas privés de valeur probante, dans la mesure où le statut de ces médecins à l'égard de leur employeur ou mandant n'affecte pas leur indépendance d'appréciation des cas leur étant soumis. En l'absence d'indices concrets permettant de douter de leur bien-fondé, il s'impose d'accorder pleine force probante à des rapports d'expertises établis par des médecins indépendants, ayant qualité de spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et aboutissant à des résultats convaincants (ATAS/842/2015 du 10 novembre 2015 consid. 7b et c ; ATAS/795/2015 du 20 octobre 2015 consid. 7c ; Ghislaine FRÉSARD- FELLAY / Bettina KAHIL-WOLFF / Stéphanie PERRENOUD, op. cit., p. 516 s.).

Lorsqu'il appert, en procédure contentieuse, qu'une instruction est nécessaire, il incombe en principe à la chambre de céans de mettre elle-même en œuvre une expertise si l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou si l'expertise réalisée en procédure administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4). Un renvoi à l'administration reste possible notamment quand il est fondé

sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_646/2010 du 23 février 2011 consid. 4).

d. Une preuve absolue n'est pas requise en matière d'assurances sociales. L'administration et le juge fondent leur 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). Il n'existe 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 ; Ghislaine FRÉSARD- FELLAY / Bettina KAHIL-WOLFF / Stéphanie PERRENOUD, op. cit., p. 517 s.).

8. a. En l'espèce, il s'avère que la procédure pendante devant l'OAI pour l'épouse du recourant n'a guère progressé depuis son dépôt en date du 3 décembre 2013. Il n'y a pas matière à suspendre la présente procédure ; le recourant peut prétendre légitimement à ce qu'il soit statué sur son droit aux PCC, sans préjudice d'un réexamen de ce droit une fois la situation de son épouse au regard de l'AI tranchée par une décision entrée en force.

b. À défaut de données probantes obtenues de l'OAI, il incombait à l'intimé de mener, dans la mesure utile, au degré de vraisemblance prépondérante, une instruction sur l'état de santé de l'épouse du recourant aux fins de déterminer si elle présentait ou non une incapacité de travail s'opposant à ce qu'un gain hypothétique soit retenu la concernant pour calculer le droit aux prestations complémentaires requises par son époux, le recourant. Une telle instruction débutait par une mise en œuvre du devoir de collaboration du recourant et, partant, de l'épouse de ce dernier. Si ceux-ci se contentaient de produire des certificats médicaux non motivés, au contenu insuffisant, l'intimé devait les inviter à les faire compléter, et, à défaut d'en obtenir, il pouvait nier que l'épouse du recourant présentât une incapacité de travail suffisante pour qu'un gain hypothétique dût être écarté. En revanche, en présence de certificats motivés, mais apparaissant non convaincants, l'intimé devait requérir l'avis autorisé d'un ou de médecins, voire ordonner une expertise médicale.

Si l'examen des pièces médicales versées au dossier amenait la chambre de céans à considérer que l'épouse du recourant ne présentait pas une capacité de travail permettant de retenir pour elle un gain hypothétique pour le calcul des prestations complémentaires requises par son époux, elle renverrait la cause à l'intimé pour instruction de cette question en procédure administrative.

c. En l'occurrence, force est cependant de relever en premier lieu que l'intimé lui-même a considéré dans un premier temps que l'épouse du recourant présentait une incapacité de travail faisant obstacle à la prise en compte d'un gain potentiel, puisque, sur la base d'un rapport médical de sa psychiatre traitante du 25 mars 2014, il a admis l'opposition du recourant à sa première décision, du 19 février 2014, et renoncé temporairement à la prise en compte d'un gain intermédiaire. Ledit rapport médical n'était pas qu'un certificat d'incapacité de travail non motivé. Il décrivait de façon assez détaillée les plaintes dont ladite patiente faisait état, puis relatait les constatations objectives de la psychiatre, qui posait ensuite un diagnostic (celui de trouble dépressif récurrent, en épisode sévère sans symptômes psychotiques) et confirmait que l'épouse du recourant était en incapacité de travail (ainsi que l'avait précédemment attesté le médecin généraliste traitant, depuis le 9 décembre 2013) et continuait à l'être, sans exclure une reprise ultérieure d'activité professionnelle, quoique un support médical et une thérapeutique en ambulatoire au long cours apparaissait nécessaire.

Il était logique, au vu de ce rapport, que l'intimé reprenne l'examen de la question quelque six mois plus tard. À ce stade, toutefois, il n'apparaît pas qu'il a sollicité un nouveau rapport médical, mais il semble s'être contenté de l'insuffisance de simples certificats d'incapacité de travail non motivés et du fait que, d'après ce qu'il avait appris, l'OAI n'avait pas élucidé le cas de l'épouse du recourant, pour retenir un gain potentiel amenant à un refus de PCC, non seulement par sa décision du 26 août 2014, mais aussi par celle du 28 octobre 2014 (consécutive à un nouveau calcul du droit aux prestations complémentaires), et même par sa décision du 9 décembre 2014 statuant sur les deux oppositions du recourant. Il a rendu ces diverses décisions sans avoir mené une instruction suffisante de la question pertinente.

d. Ainsi que cela est apparu en cours de procédure, la psychiatre traitante de l'épouse du recourant avait dans l'intervalle rendu deux rapports à l'adresse de l'OAI, respectivement le 24 avril 2014 et le 27 octobre 2014, par lesquels non seulement elle attestait d'une poursuite d'une totale incapacité de travail, mais encore étayait son appréciation de cette question par des développements qui, pour être assez similaires à ceux contenus dans son rapport précité du 25 mars 2014, n'en étaient pas moins actualisés et non moins détaillés et convaincants que ne l'étaient ceux de ce rapport-ci.

Il est en outre résulté de l'apport du dossier de l'AI que dans un rapport du 16 février 2014 à l'adresse de l'OAI, le médecin généraliste de l'épouse du recourant avait retenu, au titre de diagnostics avec effet sur la capacité de travail (qualifiée de nulle depuis le 9 décembre 2013), d'un état anxio-dépressif aigu avec crises de panique, des céphalées aiguës et des épigastries sur gastrite aiguë.

e. Le même dossier comporte par ailleurs un rapport de la psychiatre traitante de l'épouse du recourant du 20 juillet 2015, faisant mention d'un état globalement stationnaire depuis son précédent rapport précité du 27 octobre 2014. Ce nouveau

rapport, certes postérieur à la décision attaquée, est lui aussi détaillé, sur les plaintes de ladite patiente, sur les constatations du médecin considéré, sur le traitement suivi (médicamenteux, prise en charge psychiatrique et psychothérapeutique intégrée), et il énumère les diagnostics retenus, certes sans différencier le cas échéant ceux qui ont ou n'ont pas un effet sur la capacité de gain, à savoir ceux de troubles dépressifs récurrents, en épisode sévère sans symptômes psychotiques, de trouble panique, d'hypercholestérolémie et de migraine. Ledit rapport précise qu'une évaluation neuropsychologique, effectuée les 12 et 16 juin 2015, démontrait que ladite patiente présentait des difficultés à de nombreux niveaux dans les domaines mnésiques et exécutifs. Il marque, en termes de conclusions, une péjoration de l'état de santé de l'épouse du recourant et la nécessité d'une réorientation de la demande de prestations de l'AI (devant tendre à l'octroi d'une rente d'invalidité), puisqu'il fait désormais mention d'un état anxio-dépressif et psychique ne permettant plus d'envisager une reprise d'activité professionnelle.

f. L'intimé n'oppose pas d'autres avis médicaux à ces rapports. Il prétend tirer argument du fait que ces derniers émanent de médecins traitants pour en contester la valeur probante. Or, les avis de médecins traitants ne sont pas par principe dépourvus de valeur probante.

L'intimé ne relève pas des points faibles que présenteraient les différents rapports précités, notamment de la psychiatre traitante de l'épouse du recourant, et qui interdiraient de s'en tenir à leurs conclusions. Il faut au surplus souligner que, pour être médecin traitant de l'épouse du recourant, ladite médecin n'en est pas moins une spécialiste de la discipline médicale ici pertinente, la psychiatrie et la psychothérapie.

Enfin, il résulte du dossier de l'AI qu'en réalité ni l'un ni l'autre des deux médecins du SMR ayant émis un avis médical sur la patiente considérée, respectivement les 5 septembre 2014 et 30 avril 2015, ne pointent des faiblesses des rapports précités de la psychiatre traitante, ni n'en contestent le contenu. Ils préconisent, aux fins d'actualisation du dossier et d'obtention de précisions ne remettant pas en elles-mêmes en question une incapacité de travail durable durant les périodes visées par la décision attaquée, de poser quelques questions, qui plus est à ladite psychiatre traitante. Les deux médecins considérés du SMR n'apparaissent d'ailleurs pas avoir la spécialisation de psychiatre, ni n'avoir eux-mêmes ausculté ou rencontré l'épouse du recourant.

g. En conclusion, la chambre de céans estime que les éléments médicaux résultant du dossier sont suffisants pour qu'une incapacité durable et totale de travailler de l'épouse du recourant pour des raisons de santé soit reconnue, et donc qu'aucun gain potentiel ne soit retenu pour elle dans la perspective d'établir le droit du recourant à des prestations complémentaires durant la période visée par la décision attaquée.



9. Le recours est bien fondé. La décision attaquée sera annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour un nouveau calcul des PCC auxquelles le recourant a le cas échéant droit, non seulement en ne retenant pas de gain potentiel pour l'épouse du recourant, mais aussi en partant d'un revenu minimum d'aide sociale garanti déterminant ledit droit qui intègre une invalidité de l'épouse du recourant de 70 % ou plus (art. 3 al. 1 let. g RPCC-AVS/AI).
10. a. La procédure est gratuite (art. 89H al. 1LPA).
- b. Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de procédure, à l'octroi de laquelle il a conclu, lui sera allouée, à la charge de l'intimé (art. 89H al. 3 LPA), dans les limites fixées par l'art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative, du 30 juillet 1986 (RFPA - E 5 10.03). Cette indemnité sera arrêtée à CHF 800.-.

\* \* \* \* \*

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet.
3. Annule la décision du service des prestations complémentaires du 9 décembre 2014.
4. Renvoie la cause au service des prestations complémentaires pour nouvelle décision au sens des considérants.
5. Dit que la procédure est gratuite.
6. Alloue une indemnité de procédure de CHF 800.- à Monsieur A\_\_\_\_\_, à la charge du service des prestations complémentaires.
7. 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

Le président

Sylvie SCHNEWLIN

Raphaël MARTIN

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