RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1623/2022 **ATAS/1131/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 8 décembre 2022

3ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée c/o B_____, _à OBERKIRCH

recourante

contre

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

intimé

Siégeant : Karine STECK, Présidente ; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Le 15 janvier 2021, Madame A_____ (ci-après : la bénéficiaire), née en 1933, alors domiciliée à Genève, a déposé une demande de prestations auprès du service des prestations complémentaires de Genève (ci-après : le SPC).

b. Le 8 juin 2021, celui-ci lui a reconnu le droit aux seules prestations complémentaires cantonales, à hauteur de CHF 363.60 par mois, dès juillet 2021 (part réservée au règlement des primes d'assurance-maladie).

c. Depuis le 1er septembre 2021, la bénéficiaire séjourne à B_____ AG, un établissement médico-social (EMS) situé à Oberkirch, dans le canton de Lucerne.

B. **a.** Les 15 octobre et 11 novembre 2021, la bénéficiaire a adressé au SPC plusieurs documents, dont le contrat d'hébergement de l'EMS et les factures émises par celui-ci pour les mois de septembre et octobre 2021, pour un montant total de CHF 5'502.-, respectivement CHF 5'376.-.

b. Le 1er décembre 2021, le SPC a mis à jour les prestations complémentaires octroyées, toujours en retenant les montants prévus pour une personne vivant à domicile.

c. Les 6 et 20 décembre 2021, la bénéficiaire a remis au SPC la facture de l'EMS portant sur les prestations d'hébergement et de soins de novembre 2021 (CHF 5'232.-) et a indiqué, par courrier du 14 décembre 2021, qu'elle avait déménagé dans l'EMS susmentionné.

d. Par courrier du 28 décembre 2021, la bénéficiaire a contesté les montants retenus le 1er décembre 2021 pour le calcul des prestations en rappelant qu'elle séjournait dans un EMS à Oberkirch depuis le 1er septembre 2021.

e. Le 20 janvier 2022, le SPC a donc adapté le calcul des prestations avec effet rétroactif au 1er septembre 2021 et a reconnu à la bénéficiaire le droit à des prestations complémentaires fédérales à hauteur de CHF 801.- ; une réduction de prime mensuelle de CHF 581.90 pour 2021 et de CHF 383.- pour 2022 venait s'y ajouter.

f. Les 21 janvier, 10 février, 10 et 15 mars 2022, la bénéficiaire a adressé au SPC plusieurs factures de l'EMS pour la période de décembre 2021 à février 2022.

g. Le 14 mars 2022, le SPC a statué sur les prestations de soins des mois de septembre à décembre 2021, acceptant de prendre en charge CHF 240.-, CHF 248.-, CHF 240.- et respectivement CHF 248.-, montants correspondant à une somme de CHF 8.- par jour.

h. Le 28 mars 2022, la bénéficiaire s'est opposée à cette décision en contestant le montant de CHF 976.- (CHF 240.- pour septembre, CHF 248.- pour octobre,

CHF 240.- pour novembre 2021 et CHF 248.- pour décembre 2021) qui lui avait été alloué par le SPC au titre de remboursement de la participation au coût des soins.

i. Le 30 mars 2022, le SPC a accepté de prendre en charge, pour janvier 2022, CHF 248.-, soit, là encore, CHF 8.- par jour.

j. Par courrier du 19 avril 2022, la bénéficiaire s'est également opposée à cette décision.

k. Par décision du 16 mai 2022, le SPC a rejeté l'opposition du 19 avril 2022 et confirmé sa décision du 30 mars 2022 en expliquant que, selon un arrêté du Conseil d'Etat du 21 décembre 2011 (*recte* 19 décembre 2018), il ne prenait en charge qu'un montant de CHF 8.- par jour à titre de participation aux coûts des soins, ce qui revenait à CHF 248.- pour janvier 2022 (CHF 8.- x 31 jours).

l. Pour les mêmes motifs, par décision du 30 mai 2022, le SPC a rejeté l'opposition du 28 mars 2022 et a confirmé sa décision du 14 mars 2022.

C. **a.** Le 19 mai 2022, agissant en personne, la bénéficiaire a interjeté recours contre la décision sur opposition du 16 mai 2022 en reprochant à Genève de ne payer que CHF 8.- par jour sur les CHF 23.- réclamés par l'EMS (procédure A/1623/2022).

b. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 2 juin 2022, a conclu au rejet du recours.

c. Le 25 juillet 2022, l'intimé a expliqué pour le surplus qu'en cas de séjour dans un EMS sis hors canton, le canton de domicile, soit Genève en l'occurrence, était compétent pour fixer et verser le financement résiduel. Or, à Genève, le résident d'un EMS ne devait payer que CHF 8.- par jour.

D. **a.** Par courrier du 1er juin 2022, la bénéficiaire a adressé à la Cour de céans un courrier intitulé « compléments à l'opposition envoyé le 19 mai 2022 » (sic), dont il ressortait qu'elle entendait également contester la décision du SPC du 30 mai 2022 (procédure A/1797/2022).

b. Le 13 juin 2022, la Cour de céans lui a expliqué que son « recours » était irrégulier, dans la mesure où il ne comportait aucune motivation et lui a imparti un délai pour y remédier.

c. Dans le délai accordé, la recourante a expliqué que l'EMS dans lequel elle réside, à Lucerne, lui facture CHF 620.- par mois à titre de participation aux soins, montant que le SPC refuse de lui rembourser, alors que ses économies diminuent de plus en plus.

d. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 25 juillet 2022, a conclu au rejet du recours.

E. **a.** Par ordonnance du 28 juillet 2022, la Cour de céans a joint les procédures A/1623/2022 et A/1797/2022 sous le numéro de cause A/1623/2022.

b. Le 12 août 2022, la recourante a persisté dans ses conclusions.

Elle explique que, bien qu'ayant résidé à Genève durant septante ans, d'origine lucernoise, elle a préféré intégrer un EMS dans le canton de Lucerne. En effet, depuis le décès de son époux, il y a cinq ans, et celui de toutes ses connaissances et amis, son centre d'intérêt et ses seuls liens familiaux et sociaux se trouvent dans sa ville natale d'Oberkirch, où vivent encore ses frères et sœurs et leurs descendants.

La position du SPC l'oblige à puiser dans le montant de CHF 300.- alloué à ses frais quotidiens. Il ne lui reste dès lors plus rien pour son hygiène personnelle, ses vêtements, frais de coiffeur, de téléphone, etc.

La recourante fait remarquer que si elle revenait dans un EMS à Genève, elle coûterait au canton CHF 30'000.- de plus par année, alors que tout ce qu'elle demande au SPC, c'est une participation d'un montant de CHF 5'475.- par an.

c. Le 30 août 2022 s'est tenue une audience de comparution personnelle au cours de laquelle la recourante a expliqué qu'elle se trouve dans une situation financière délicate en raison du déficit de CHF 300.- à CHF 400.- par mois qu'elle doit assumer. Elle est ainsi obligée de puiser dans ses économies chaque mois.

Son frère s'est adressé plusieurs fois à l'office social de la commune lucernoise, qui lui a indiqué que c'était Genève qui était compétent.

La recourante a expliqué s'être rendue au guichet du SPC le 28 août 2021, quelques jours avant son emménagement à l'EMS, le 1er septembre 2021. Il lui a été répondu que tout était en ordre, qu'elle n'avait rien à faire étant donné qu'elle s'était annoncée. C'est pourquoi elle a accepté la place à l'EMS d'Oberkirch.

Elle fait valoir qu'il serait absurde qu'elle revienne à Genève, où elle ne connaît plus personne, simplement pour ne pas devoir payer cette différence de CHF 15.- par jour.

Pour sa part, le SPC a confirmé que c'est bien Genève qui est compétent pour payer les prestations, ce qui n'est pas contesté. Cela étant, le montant remboursé à titre de participation aux coûts des soins s'aligne sur le tarif de Genève et non de Lucerne.

Pour le surplus, l'intimé a indiqué n'avoir trouvé aucune trace au dossier d'un entretien au guichet. Selon lui, des informations générales ont dû être données. Quoi qu'il en soit, sans dossier, la personne au guichet pouvait difficilement entrer dans les détails et fournir la moindre garantie.

À l'issue de l'audience, 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).

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

2. La novelle du 21 juin 2019 de la LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2021. Dans la mesure où le recours n'était pas encore pendant à cette date, le cas d'espèce est soumis au nouveau droit (art. 82a LPGA).

3. La législation sur les prestations complémentaires a connu des modifications également entrées en vigueur le 1er janvier 2021. Celles-ci sont applicables en l'espèce, dès lors que c'est le droit aux prestations complémentaires en 2021 et 2022 qui est litigieux. Ce droit doit ainsi être examiné à l'aune des nouvelles dispositions.

4. Le délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA; art. 43 LPCC; art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA-GE - E 5 10]).

Interjeté dans les forme et délai légaux, le recours est recevable (art. 56 al. 1 et 60 al. 1 LPGA; art. 9 de la loi cantonale du 14 octobre 1965 sur les prestations fédérales complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité [LPFC - J 4 20]; art. 43 LPCC).

5. Le litige porte sur le montant de la participation aux frais de maladie facturée à la recourante par l'EMS dans lequel elle réside, singulièrement sur le montant que l'intimé doit prendre en charge (intégralité des frais ou CHF 8.- seulement).

6.

6.1. Le séjour dans un EMS comprend, d'une part, des prestations de soins, d'autre part, des prestations socio-hôtelières (hébergement, restauration, intendance-housekeeping, intendance-buanderie, encadrement socio-culturel, animation, direction administration et technique-maintenance ; Erwin CARIGIET / Uwe KOCH, Ergänzungsleistungen zur AHV/IV, 2021, n° 702, p. 270 ; Stéphanie PERRENOUD, Soins à l'hôpital, soins à domicile et soins en EMS : quelles différences ? in RSAS 2015 p. 534 et 539).

Le coût des prestations socio-hôtelières est exclusivement à la charge du résident. En revanche, les prestations de soins sont financées conformément à l'art. 25a

LAMal (Erwin CARIGIET / Uwe KOCH, *ibidem* ; Stéphanie PERRENOUD, *ibidem*).

6.2. A teneur de l'art. 25a al. 1 LAMal, l'assurance obligatoire des soins fournit une contribution aux soins qui sont dispensés sur la base d'une prescription médicale et d'un besoin en soins avéré, sous forme ambulatoire, notamment (…) dans des EMS.

L'alinéa 5, en vigueur depuis le 1er janvier 2019, prévoit, quant à lui, que les coûts des soins qui ne sont pas pris en charge par les assurances sociales ne peuvent être répercutés sur la personne assurée qu'à hauteur de 20% au plus de la contribution maximale fixée par le Conseil fédéral. Les cantons règlent le financement résiduel. Le canton de domicile de la personne assurée est compétent pour fixer et verser le financement résiduel. (…) Le séjour dans un EMS ne fonde aucune nouvelle compétence.

Si, au moment de l'admission, aucune place ne peut être mise à disposition de la personne assurée dans un EMS de son canton de domicile qui soit situé à proximité, le canton de domicile prend en charge le financement résiduel selon les règles du canton où se situe le fournisseur de prestations. Ce financement résiduel et le droit de la personne assurée à séjourner dans l'EMS en question sont garantis pour une durée indéterminée.

Les art. 7 et 7a de l'ordonnance du Département fédéral de l'intérieur (DFI) sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie du 29 septembre 1995 (ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, OPAS - RS 832.112.31) prévoient que les prestations prises en charge par l'assurance obligatoire des soins comprennent notamment les examens, les traitements et les soins effectués, selon l'évaluation des soins et sur prescription médicale ou sur mandat médical, par des EMS. Les montants pris en charge par jour sont définis en fonction du nombre de minutes de soins requises.

6.3. En résumé, l'art. 25a LAMal, entré en vigueur le 1er janvier 2011, répartit la charge des frais des soins en cas de maladie sur trois débiteurs.

Premièrement, une contribution financière aux soins dispensés est fournie par l'assurance obligatoire des soins. Le DFI a fixé des tarifs journaliers échelonnés en fonction de la durée des soins requis, de CHF 9.- à CHF 108.- (CHF 115.20 depuis le 1er janvier 2020 ; cf. art. 7a al. 3 OPAS, sur délégation de l'art. 33 let. b et i de l'ordonnance fédérale sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995; OAMal; RS 832.102) [part de l'assureur].

Deuxièmement, les coûts des soins qui ne sont pas pris en charge par les assurances sociales peuvent, les cantons étant libres d'adopter une solution plus favorable aux assurés, être répercutés sur la personne assurée. Pour éviter qu'une charge démesurée ne pèse sur celle-ci, l'art. 25a al. 5 LAMal a limité sa part à 20% au plus de la contribution maximale versée par l'assureur social, soit à 20%

de CHF 108.- (CHF 115.20 depuis le 1er janvier 2020) ou CHF 21.60 (CHF 23.05 depuis le 1er janvier 2020) par jour [part de l'assuré].

Troisièmement, le financement des frais qui ne sont couverts ni par l'assureur, ni par l'assuré est à régler par le canton, selon l'art. 25a al. 5 in fine LAMal [part résiduelle] (arrêt du Tribunal fédéral 2C/728/2011 du 23 décembre 2011 consid. 3.2).

Le canton doit garantir la couverture intégrale des coûts des soins après contribution de l'assurance obligatoire de soins et participation de l'assuré (Gebhard EUGSTER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum KVG, 2018, n° 29 ad art. 25a LAMal).

6.4. En cas de séjour dans un EMS hors canton (cf. art. 25a al. 5 LAMal), le Tribunal fédéral a considéré (ATF 148 V 242) que le financement résiduel suivait les règles du canton où se situe l'EMS lorsqu'il n'y a pas de places disponibles dans un EMS du canton de domicile qui soit situé à proximité, celles du canton de domicile lorsque de telles places sont disponibles (consid. 7.2).

Lorsque des places en EMS sont librement disponibles dans le canton de domicile, la personne concernée doit assumer le risque d'être confrontée, le cas échéant, à des frais de soins non couverts (Hardy LANDOLT, commentaire de l'ATF 148 V 242 in Pra 2022 n° 63).

6.5. Dans la mesure où la réglementation du financement résiduel incombe aux cantons, ceux-ci disposent d'une large marge de manœuvre en la matière et ils ont notamment la possibilité de réduire ou de supprimer la participation aux soins des personnes résidant en EMS (ATF 138 I 410 consid. 4.2; arrêt du Tribunal fédéral 2C_728/2011 du 23 décembre 2011, consid. 3.2; voir également Stéphanie PERRENOUD, op. cit., p. 536).

Le canton de Genève, pour sa part, a opté pour une limitation de la participation de l'assuré à CHF 8.- par jour (cf. arrêté déterminant la contribution personnelle des assurés aux coûts des soins non pris en charge par les assurances sociales et fournis aux assurés suivis en ambulatoire ou en établissements médicaux sociaux adopté le 19 décembre 2018 par le Conseil d'Etat genevois, entré en vigueur le 1er janvier 2019).

7.

7.1. Pour s'acquitter du prix journalier d'un séjour en EMS à sa charge, le résident doit utiliser l'ensemble de ses ressources (rentes, rendement de la fortune, part de sa fortune). Lorsque ses ressources ne permettent pas de couvrir ses dépenses, le résident peut demander des prestations complémentaires (Stéphanie PERRENOUD, op. cit., p. 542)

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 reçoivent une rente de l'assurance-vieillesse et survivants, conformément à l'art. 4 al. 1 let. a LPC.

Les prestations complémentaires fédérales se composent de la prestation complémentaire annuelle et du remboursement des frais de maladie et d'invalidité (art. 3 al. 1 LPC).

7.2.

7.2.1. Aux termes de l'art. 14 LPC, les cantons remboursent aux bénéficiaires d'une prestation complémentaire annuelle les frais suivants de l'année civile en cours, s'ils sont dûment établis :

a. frais de traitement dentaire;

b. frais d'aide, de soins et d'assistance à domicile ou dans d'autres structures ambulatoires;

b^{bis}. frais de séjours passagers dans un home ou dans un hôpital, d'une durée maximale de trois mois; lorsque le séjour dans un home ou dans un hôpital excède trois mois, la prestation complémentaire annuelle est calculée rétroactivement, sur la base des dépenses reconnues visées à l'art. 10 al. 2, depuis l'admission dans le home ou l'hôpital;

c. frais liés aux cures balnéaires et aux séjours de convalescence prescrits par un médecin;

d. frais liés à un régime alimentaire particulier;

e. frais de transport vers le centre de soins le plus proche;

f. frais de moyens auxiliaires;

g. frais payés au titre de la participation aux coûts selon l'art. 64 LAMal (al. 1).

Les cantons précisent quels frais peuvent être remboursés en vertu de l'al. 1. Ils peuvent limiter le remboursement aux dépenses nécessaires dans les limites d'une fourniture économique et adéquate des prestations (al. 2). Les cantons peuvent fixer les montants maximaux des frais de maladie et d'invalidité qu'ils remboursent en plus de la prestation complémentaire annuelle. Par année, ceux-ci ne peuvent toutefois être inférieurs à CHF 6'000.- pour les personnes vivant dans un home ou un hôpital (al. 2).

La liste des frais de maladie et d'invalidité est exhaustive. Cela étant, les cantons peuvent prévoir d'autres catégories de frais dans leur législation cantonale (Hardy LANDOLT, Pflegekosten und Ergänzungsleistungen, in Pflegerecht 2013, p. 220).

7.2.2. L'art. 2 al. 1 let. c de la loi genevoise sur les prestations fédérales complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité (J 4 20; LPFC) délègue au Conseil d'État la compétence de déterminer les frais de maladie et d'invalidité qui peuvent être remboursés, en application de l'art. 14 al. 1

et 2 LPC, qui répondent aux règles suivantes : les montants maximaux remboursés correspondent aux montants figurant à l'art. 14 al. 3 LPC (ch. 1), et les remboursements sont limités aux dépenses nécessaires dans le cadre d'une fourniture économique et adéquate des prestations (ch. 2).

L'art. 5 du règlement d'application de la loi sur les prestations fédérales complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité du 23 décembre 1998 (RPFC - J 4 20.01) rappelle ce qui précède, en prévoyant que les frais remboursables, en application de l'art. 14 al. 1 et 2 LPC, sont fixés par un règlement spécifique.

7.2.3. Le Conseil d'État a fait usage de cette compétence en édictant le règlement relatif au remboursement des frais de maladie et des frais résultant de l'invalidité en matière de prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité (RFMPC; J 4 20.04), entré en vigueur le 1er janvier 2011.

Ainsi, à teneur de l'art. 8 let. b RFMPC, le coût des soins répercutés sur le bénéficiaire en application de l'art. 25a al. 5 LAMal est notamment remboursé.

7.3. Sur le plan cantonal, l'art. 3 al. 4 LPCC prévoit que les bénéficiaires du revenu minimum cantonal d'aide social, qui leur est garanti par le versement de prestations cantonales complémentaires à l'AVS/AI (art. 1 al. 1 LPCC), ont droit au remboursement des frais de maladie et d'invalidité dans les limites définies par la législation fédérale, mais seulement jusqu'à concurrence du solde non remboursé au titre de prestations complémentaires fédérales.

8.

8.1. Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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 142 V 435 consid. 1 et les références; ATF 126 V 353 consid. 5b et les références; 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 et la référence).

8.2. Par ailleurs, 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). 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 des assurances P 59/02 du 28 août 2003 consid. 3.3 et les références).

9.

9.1.1. En l'espèce, la recourante séjourne, depuis le 1er septembre 2021, dans un EMS situé dans le canton de Lucerne.

Celui-ci lui a adressé les factures suivantes concernant les prestations socio-hôtelières et les prestations de soins des mois de septembre 2021 à janvier 2022 inclus :

période	prestations socio-hôtelières	frais divers	prestations de soins		
			caisse-maladie	commune	recourante
septembre 2021	4'530.00	372.00	576.00	60.00	600.00
octobre 2021	4'681.00	12.00	796.80	290.90	683.00
novembre 2021	4'530.00	12.00	864.00	387.00	690.00
décembre 2021	4'681.00	12.00	892.80	399.90	713.00
janvier	4'681.00	12.00	892.80	399.90	713.00

Conformément à la clé de répartition prévue notamment par l'art. 25a LAMal, le prix du séjour à l'EMS est réparti comme suit :

- les prestations socio-hôtelières sont intégralement à la charge de la recourante;
- les prestations de soins sont prises en charge par l'assurance de base au tarif prévu par l'art. 7b OPAS (colonne « caisse maladie »), le financement résiduel étant quant à lui réparti entre le canton, voire la commune (colonne « commune ») et l'assurée (colonne « recourante »).

9.1.2. Vu les montants indiqués sur les factures litigieuses, l'EMS a, à raison, facturé ses prestations conformément à la réglementation lucernoise, la contribution personnelle du résidant étant comprise entre CHF 20.- et CHF 23.- par jour, alors que, selon la réglementation genevoise, cette contribution ne s'élève qu'à CHF 8.- (cf. arrêté du Conseil d'Etat du 19 décembre 2018 en la matière).

Dans la mesure où la recourante, qui était domiciliée à Genève lors de l'octroi initial des prestations complémentaires, a choisi un EMS dans le canton de Lucerne par convenance personnelle et non en raison d'un manque de places à Genève, c'est ce dernier canton qui est compétent pour verser le financement résiduel, selon sa propre législation. Or, Genève a choisi de répercuter seulement CHF 8.- sur le résident, comme cela ressort de l'arrêt du Conseil d'Etat du 19 décembre 2018, le reste du financement étant à la charge du canton, voire, en l'occurrence, du résident, selon les modalités prévues par la loi.

9.2. La recourante n'ayant pas suffisamment de ressources pour couvrir les frais de son séjour en EMS, l'intimé l'a mise au bénéfice de prestations complémentaires.

Il a retenu, pour les prestations socio-hôtelières, un montant journalier de CHF 151.- à titre de frais de pension (entre CHF 4228.- et CHF 4'681.- par mois) et un forfait mensuel pour dépenses personnelles CHF 300.-, étant précisé que le montant de CHF 151.- reconnu par le SPC correspond exactement au montant facturé par l'EMS à titre de prestations socio-hôtelières. Quant au montant de CHF 300.- par mois, il vise notamment à payer les CHF 12.- de frais divers.

S'agissant des prestations de soins, elles doivent être prises en considération conformément aux art. 14 LPC, 2 al. 1 let. c LPFC, 5 RPFC et 8 let. b RFMPC. Ainsi, à teneur de ces dispositions, le SPC rembourse le coût des soins répercutés sur le bénéficiaire en application de l'art. 25a al. 5 LAMal. Or, comme on l'a vu ci-dessus (consid. 9.1.2), seul un montant de CHF 8.- pouvait être répercuté sur la recourante.

Dans ces conditions, c'est donc à juste titre que le SPC a limité la prise en charge des frais de maladie à CHF 8.- par jour, car c'est ce montant qui aurait dû être répercuté sur la recourante conformément à l'art. 25a al. 5 LAMal.

10. Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté.

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. f^{bis} LPGA *a contrario*).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

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

La greffière	La présidente
Marie-Catherine SECHAUD	Karine STECK

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