RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2691/2022 **ATAS/894/2023**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 16 novembre 2023

Chambre 3

En la cause

Hoirie de feue Madame A_____ recourante

contre

SERVICE DES PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES intimé

Siégeant : Karine STECK, Présidente ; Michael BIOT et Michaël RUDERMANN , Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Le 7 janvier 2004, Madame A_____ (ci-après : l'intéressée), née en 1931, alors domiciliée dans le canton de Genève, a déposé une demande de prestations auprès de l'office cantonal des personnes âgées, devenu depuis lors le service des prestations complémentaires (ci-après : SPC).

b. À compter du 5 mai 2015, l'intéressée a séjourné dans l'établissement médico-social (ci-après : EMS) B_____, situé dans le canton de Soleure.

B. **a.** Par décision du 23 juin 2021, le SPC a recalculé le droit aux prestations complémentaires du 1er janvier 2020 au 30 juin 2021 et constaté que le montant des prestations complémentaires fédérales (ci-après : PCF) n'aurait dû s'élever qu'à CHF 51'114.- durant cette période (au lieu des CHF 114'008.- versés). Le SPC a dès lors réclamé à l'intéressée le remboursement de CHF 62'894.-, correspondant aux PCF versées en trop du 1er janvier 2020 au 30 juin 2021. Dans les plans de calcul annexés à sa décision, le SPC a notamment pris en compte, au titre des dépenses reconnues, une pension de CHF 81'760.- du 1er janvier au 30 septembre 2020 et de CHF 79'935.- du 1er octobre 2020 au 30 juin 2021 (contre CHF 116'544.50 retenus auparavant durant ces périodes). À titre de revenu déterminant, le SPC a comptabilisé en particulier une rente de la prévoyance professionnelle de CHF 12'336.80 du 1er janvier au 29 février 2020, de CHF 18'673.10 du 1er mars au 28 février 2021 et de CHF 9'340.20 du 1er mars au 30 juin 2021.

b. Par courrier du 20 juillet 2021, l'intéressée, représentée par sa fille, Madame C_____, s'est opposée à cette décision.

c. Par décision du 24 juin 2022, le SPC a partiellement admis l'opposition, en ce sens que la somme à restituer a été réduite à CHF 53'058.-, après rectification du montant retenu à titre de rente de la prévoyance professionnelle pour la période du 1er janvier 2020 au 30 juin 2021 (CHF 9'340.20).

Pour le surplus, le SPC invitait l'intéressée à s'adresser directement à l'EMS B_____ afin de déterminer si le trop-perçu devait être remboursé par leurs soins, dans la mesure où les prestations avaient été versées à cet établissement.

C. **a.** Par acte du 25 août 2022, l'intéressée, par l'intermédiaire de sa fille, a formé recours auprès de la Cour de céans en concluant, principalement, à ce que soient corrigés les montants de la pension et de la rente de la prévoyance professionnelle.

S'agissant des frais de pension, la recourante allègue qu'ils ont toujours été de CHF 7'000.- environ, diminués de CHF 15.- par jour depuis octobre 2020, date à partir de laquelle elle a passé dans un système « OASE », moins cher.

Elle ne comprend pas les motifs pour lesquels l'intimé a procédé en juin 2021 à de nouveaux calculs avec effet rétroactif au 1er janvier 2020, puisque la diminution du prix de pension n'est intervenue qu'en octobre 2020.

Elle ajoute que l'EMS lui a indiqué qu'aucun remboursement n'était dû « car il n'y avait pas eu de trop-perçu chez eux ».

En ce qui concerne la rente de la prévoyance professionnelle, elle pense que le montant désormais retenu est correct, mais souhaite que la Cour de céans le vérifie, vu les erreurs déjà commises par l'intimé.

b. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 22 septembre 2022, a conclu au rejet du recours.

Il explique avoir initialement retenu une pension annualisée de CHF 116'544.50 (CHF 319.30 × 365 jours) sur la base des données reçues le 9 octobre 2017. Or, à teneur des informations communiquées par l'EMS B_____ le 11 juin 2021, le montant de la pension annualisée s'était en réalité élevé à CHF 81'760.- (CHF 224.- × 365 jours) du 1er janvier 2020 au 30 septembre 2020, puis à CHF 79'935.- (CHF 219.- × 365 jours), dès le 1er octobre 2020.

L'intimé fait valoir que les montants retenus dès le 1er janvier 2020 sont corrects, dès lors qu'ils correspondent aux justificatifs présents au dossier.

S'agissant de la période litigieuse, l'intimé explique que les revenus déterminants retenus tiennent compte des ressources propres de l'intéressée, ressources avec lesquelles il lui appartenait de couvrir la part de pension non couverte par les prestations complémentaires.

c. Le 20 octobre 2022, Mme C_____ a annoncé à la Cour de céans que sa mère était décédée le 17 octobre 2022.

Elle a indiqué ne toujours pas comprendre les raisons pour lesquelles l'intimé réclame le remboursement de CHF 53'058.- et a produit :

- un décompte établi par l'EMS le 3 août 2022 relatif à des « *F - Pflegeleistung Anteil öffentiliche Hand* » pour la période du 1er au 31 juillet 2022, d'un montant de CHF 1'861.55 ;
- un extrait de la loi relatif aux soins en cas de maladie ;
- un courrier de l'intimé du 4 octobre 2022 adressé à l'intéressée, accusant réception de son envoi de justificatifs et la priant de lui transmettre, afin qu'il se prononce sur une éventuelle prise en charge, le décompte original de sa caisse-maladie relatif à « la (aux) facture(s) ci-jointes(s) » et un certificat médical attestant du besoin de faire une cure médicale.

Selon elle, les factures mensuelles de CHF 1'861.55 doivent être payées par le canton et « n'[ont] rien à voir avec les prestations complémentaires genevoises », lesquelles doivent prendre en charge « la différence entre lesdites factures et le prix effectif ».

d. Par lettre du 26 octobre 2022, la Cour de céans a invité la Justice de Paix à lui transmettre dès que possible le nom des héritiers de l'intéressée.

e. Par ordonnance du même jour, la Cour de céans a suspendu l'instruction de la cause, dans l'attente que tous les héritiers soient connus.

f. Par pli du 17 janvier 2023, la Justice de Paix a informé la Cour de céans que les héritiers légaux étaient les enfants de la défunte, soit sa fille, Mme C_____, et son fils, Monsieur D_____, lequel avait toutefois répudié la succession, tout comme ses enfants.

g. Le 2 février 2023, Mme C_____ a fait savoir qu'elle reprenait la procédure qui opposait feue sa mère à l'intimé.

Elle est persuadée que le calcul effectué par l'intimé était erroné, en particulier, le montant à la charge du canton. Elle a ajouté qu'il n'y avait « plus autant d'argent sur le compte de [s]a mère ».

h. Par ordonnance du 7 février 2023, la Cour de céans a repris la procédure.

i. Par écriture du 23 février 2023, l'intimé a persisté dans ses conclusions, tout en relevant que Mme C_____ n'explique pas en quoi le calcul était erroné, ni comment celui-ci devrait être modifié.

j. Le 27 mars 2023, Mme C_____ a repris en substance la teneur de son courrier du 20 octobre 2022.

k. Le 27 avril 2023, l'intimé a maintenu ses conclusions.

Il constate que les factures « *F - Pflegeleistung Anteil öffentliche Hand* » correspondent à des prestations à la charge de l'assurance-maladie qui ne peuvent être financées par les prestations complémentaires.

Il expose être entré en matière à concurrence d'un montant forfaitaire journalier de CHF 8.-, conformément à l'arrêté du Conseil d'État, en ce qui concerne le coût des soins non pris en charge par les assurances sociales au sens de la loi.

Il ajoute que la prise en compte du montant forfaitaire de CHF 8.- a été confirmée par la Cour de céans, y compris pour les personnes résidant dans un établissement hors canton qui facturerait un montant supérieur.

l. Le 16 mai 2023, Mme C_____ a mentionné que l'EMS envoyait les factures intitulées « *F - Pflegeleistung Anteil öffentliche Hand* » à l'intimé, qui n'y a pas donné suite. Elle-même affirme avoir adressé à l'intimé tous les documents requis, souvent à plusieurs reprises. Elle lui reproche de ne pas avoir répondu à ses questions.

Elle allègue que le coût des soins de sa mère était toujours plus élevé que son revenu et s'étonne que l'intimé réclame autant d'argent alors qu'il était parfaitement au courant de la fortune de sa mère.

m. Le 22 juin 2023 s'est tenue une audience de comparution personnelle des parties.

Mme C_____, assistée d'un interprète en langue allemande, a expliqué que sa question principale concerne la part des frais de pension devant être assumée par le canton en vertu de la loi. Selon elle, depuis sept ans, les factures envoyées par l'EMS à l'intimé n'ont pas été correctement comprises. Celui-ci les aurait considérées comme des cures. Cela représente à son avis un montant compris entre CHF 120'000.- et CHF 140'000.-.

Le représentant de l'intimé a rappelé qu'une part est prise en charge par l'assurance-maladie, une seconde par l'assuré lui-même et la part résiduelle par le canton de domicile ou de résidence. Le SPC n'a à verser que la seule part à charge de l'assuré (fixée à Genève à CHF 8.- par jour). En l'occurrence, les factures litigieuses correspondent à la part résiduelle à la charge du canton.

Mme C_____, se référant au décompte du 3 août 2022 produit le 20 octobre 2022, a indiqué avoir interrogé le SPC à ce sujet par téléphone ; il lui a été répondu que ce document avait été adressé au mauvais service. Elle a envoyé toutes les factures au SPC, qui a effectué les versements à l'EMS, lequel a versé le surplus à sa mère. Elle en déduit que cette dernière a payé à la place du canton. Elle émet l'hypothèse que l'EMS a utilisé les montants versés par le SPC pour payer la part qui aurait dû l'être par le canton.

Le représentant de l'intimé a expliqué avoir mal interprété, à l'origine, les factures que lui a adressées l'EMS. Renseignement pris auprès de l'EMS, il est apparu que le montant d'environ CHF 116'000.- par année que le SPC avait accepté de prendre en charge avait été surévalué. En réalité, le montant à prendre en charge s'élevait à environ 7'000.- CHF/mois, soit environ 84'000.- CHF/an. C'est ce qui a généré la décision du 23 juin 2021 et la demande en restitution.

À titre d'exemple, il a exposé que la partie A du décompte figurant sous pièce 103 de son chargé correspondait au prix de pension, la partie B aux soins. En l'occurrence CHF 23.- ont été pris en charge par le SPC : CHF 156.50 (total des soins) – CHF 76.80 (à la charge de l'assurance-maladie) – CHF 56.70 (part du canton), le solde de CHF 23.- correspondant à la part assurée devant être payée par le SPC à hauteur de CHF 8.-.

Le représentant de l'intimé a toutefois souligné que cette question (relative aux CHF 23.-, respectivement CHF 8.-, pris en charge) excédait l'objet du litige, puisqu'il n'a pas réclamé la restitution de la part versée en trop.

Il ajoute qu'en aucun cas il n'a donné pour instruction à l'EMS de régler la part du canton avec ce qu'il lui versait. Jusqu'à avril 2022, il appartenait au canton de Soleure de verser ces montants, puis au canton de Genève.

n. Les autres faits seront repris – en tant que de besoin – dans la partie « en droit » du présent arrêt.

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).

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

2. Les dispositions de la LPGA s'appliquent aux prestations complémentaires fédérales à moins que la LPC n'y déroge expressément (art. 1 al. 1 LPC).

3. Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Dans la mesure où le recours (du 25 août 2022) a été interjeté postérieurement au 1er janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (cf. art. 82*a* LPGA).

4.

4.1 Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1er janvier 2021 dans le cadre de la Réforme des PC (LPC, modification du 22 mars 2019, RO 2020 585, FF 2016 7249 ; OPC-AVS/AI [ordonnance du 15 janvier 1971 sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité ; RS 831.301], modification du 29 janvier 2020, RO 2020 599).

4.2 Conformément à l'al. 1 des dispositions transitoires de la modification du 22 mars 2019, l'ancien droit reste applicable pendant trois ans à compter de l'entrée en vigueur de cette modification aux bénéficiaires de prestations complémentaires pour lesquels la réforme des PC entraîne, dans son ensemble, une diminution de la prestation complémentaire annuelle ou la perte du droit à la prestation complémentaire annuelle.

4.3 En l'occurrence, en tant que la décision litigieuse porte sur les PCF pour la période du 1er janvier au 31 décembre 2020, la LPC est applicable dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020. S'agissant des PCF pour la période du 1er janvier au 30 juin 2021, dans la mesure où l'application du nouveau droit entraîne une diminution des prestations complémentaires de l'intéressée (cf. calcul comparatif selon l'ancien et le nouveau droit ; dossier intimé pièce 109 p. 8-12), l'intimé a appliqué le droit en vigueur avant la réforme, plus favorable. Les dispositions légales seront donc citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020.

5.

5.1 Le délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA ; art. 9 de la loi cantonale sur les prestations fédérales complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité du 14 octobre 1965 [LPFC - J 4 20]) ; art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

5.2 Interjeté dans la forme (art. 61 let. b LPGA) et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais pour la période du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA ; art. 11 let. b LPFC ; art. 89C let. b LPA), le recours est recevable.

6. Le litige porte sur la question de savoir si c'est à juste titre que l'intimé a requis de l'intéressée la restitution de CHF 53'058.- à titre de PCF versées à tort pour la période du 1er janvier 2020 au 30 juin 2021. Singulièrement, il porte sur le bien-fondé de la prise en compte d'une pension de CHF 81'760.- du 1er janvier au 30 septembre 2020 et de CHF 79'935.- du 1er octobre 2020 au 30 juin 2021 (contre CHF 116'544.50 retenus dans un premier temps).

7.

7.1 Sur le plan fédéral, les personnes qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse et qui remplissent les conditions personnelles prévues aux art. 4, 5, 6 et 8 LPC ont droit à des prestations complémentaires. Y ont ainsi droit, notamment, les personnes qui perçoivent une rente de vieillesse de l'assurance-vieillesse et survivants, conformément à l'art. 4 al. 1 let. a LPC.

7.2 Les PCF 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.

7.3 Selon l'art. 11 al. 1 LPC, les revenus déterminants comprennent notamment les rentes, pensions et autres prestations périodiques, y compris les rentes de l'AVS et de l'AI (let. d).

7.4 Quant aux dépenses, l'art. 10 LPC énumère – de manière exhaustive – les dépenses reconnues. Ce montant inclut notamment les frais de nourriture, d'habillement, de soins corporels de consommation d'énergie (électricité, gaz, etc.), de communication, de transport ou de loisirs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_945/2011 du 11 juillet 2012 consid. 5.1 et les références).

7.4.1 Selon l'art. 10 al. 1 let. a ch. 1 LPC, pour les personnes qui ne vivent pas en permanence ni pour une longue période dans un home ou dans un hôpital (personnes vivant à domicile), les dépenses reconnues comprennent les montants destinés à la couverture des besoins vitaux, soit, par année CHF 19'450.- (montant en vigueur du 1er janvier 2019 au 31 décembre 2020), CHF 19'610.- (du 1er janvier 2021 au 31 décembre 2022) pour les personnes seules.

7.4.2 Selon l'art. 10 al. 2 LPC, pour les personnes qui vivent en permanence ou pour une longue période dans un home ou dans un hôpital, les dépenses reconnues comprennent :

- la taxe journalière ; les cantons peuvent fixer la limite maximale des frais à prendre en considération en raison du séjour dans un home ou dans un hôpital ; les cantons veillent à ce que le séjour dans un établissement médico-social reconnu ne mène pas, en règle générale, à une dépendance de l'aide sociale (let. a) ;
- un montant, arrêté par les cantons, pour les dépenses personnelles (let. b).

Selon l'art. 4 al. 1 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), la taxe journalière maximale à prendre en considération en raison du séjour dans un établissement médico-social ou dans un établissement pour personnes handicapées correspond au prix de pension agréé par l'autorité cantonale, conformément à la loi sur la gestion des établissements pour personnes âgées, du 4 décembre 2009 (LGEPA - J 7 20), et à la loi sur l'intégration des personnes handicapées, du 16 mai 2003 (LIPH - K 1 36).

Selon l'al. 2 de l'art. 4 RPFC, le forfait pour dépenses personnelles s'élève à CHF 3'600.- par an pour les personnes âgées.

Dans le cas de personnes qui vivent en permanence ou pour une longue période dans un home ou dans un hôpital, le montant consacré aux dépenses personnelles prévu par l'art. 10 al. 2 let. b LPC fait pendant aux montants destinés à la couverture des besoins vitaux prévus à l'art. 10 al. 1 let. a LPC, qui font partie des dépenses reconnues des personnes vivant à domicile. À l'inverse des montants forfaitaires qui sont fixés par la loi fédérale dans la situation des ayants droit vivant à domicile, le montant pour les dépenses personnelles à prendre en compte à titre de dépenses reconnues des personnes vivant dans un home ou un hôpital est déterminé par les cantons. Ce montant est destiné à couvrir la partie des besoins vitaux de ces personnes qui n'est pas garantie par les prestations fournies par l'établissement hospitalier ou médico-social (donc par la taxe journalière prévue à l'art. 10 al. 2 let. a LPC) et que les intéressés doivent eux-mêmes prendre en charge. Il doit être déterminé de manière à ce que cette partie des besoins vitaux puisse être effectivement financée, mais ne doit pas, sous l'angle des PCF et du financement par la Confédération, dépasser la couverture de ces besoins – les cantons étant libres de compléter le montant pour les dépenses personnelles prévu par le droit fédéral dans le cadre des PC de droit cantonal (ATF 138 V 67 consid. 4.1 et les références).

Le Tribunal fédéral a précisé au sujet du principe du forfait prévu à l'art. 10 LPC, que la nature même du forfait implique qu'il ne se détermine pas, et ne varie donc pas, par rapport aux dépenses effectives de chaque cas particulier, mais règle de manière unifiée des situations semblables – le montant pour dépenses personnelles

des personnes vivant dans un home ou un hôpital –, entre autres motifs pour des raisons pratiques (ATF 138 V 67 consid. 4.3 ; ATF 131 V 256 consid. 5.5).

8.

8.1 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. 25*a* de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10 ; Erwin CARIGIET/Uwe KOCH, op. cit. ; Stéphanie PERRENOUD, op. cit. ; ATAS/1131/2022 du 8 décembre 2022 consid. 6.1).

8.2 À teneur de l'art. 25*a* 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'al. 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.

8.3 Les art. 7 et 7*a* de l'ordonnance du département fédéral de l'intérieur (ci-après : 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 (ATAS/1131/2022 précité consid. 6.2).

8.4 En résumé, l'art. 25*a* 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 9.60 à CHF 115.20 depuis le 1er janvier 2020 ; cf. art. 7*a* 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. 25*a* 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. 25*a* 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).

8.5 En cas de séjour dans un EMS hors canton (cf. art. 25*a* 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 ; ATAS/1131/2022 précité consid. 6.4).

8.6 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 précité 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 EMS adopté le 19 décembre 2018 par le Conseil d'État genevois, entré en vigueur le 1er janvier 2019 ; ATAS/1131/2022 précité consid. 6.5).

9.

9.1 Selon l'art. 25 al. 1 let. c OPC-AVS/AI, la prestation complémentaire annuelle doit être augmentée, réduite ou supprimée 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.

Selon l'art. 25 al. 2 OPC-AVS/AI, la nouvelle décision doit porter effet dès la date suivante : dans les cas prévus par l'al. 1 let. c, lors d'une augmentation de l'excédent des dépenses, dès le début du mois au cours duquel le changement a été annoncé, mais au plus tôt à partir du mois dans lequel celui-ci est survenu (let. b) ; dans les cas prévus par l'al. 1 let. c, lors d'une diminution de l'excédent des dépenses, au plus tard dès le début du mois qui suit celui au cours duquel la nouvelle décision a été rendue ; la créance en restitution est réservée lorsque l'obligation de renseigner a été violée (let. c).

9.2 L'art. 25 OPC-AVS/AI permet d'adapter une décision de prestations complémentaires à des modifications postérieures de la situation personnelle et économique de l'ayant-droit en raison d'un changement de circonstances. L'al. 1 de cette disposition règle la modification (augmentation, réduction ou suppression) de la prestation complémentaire annuelle (en cours d'année civile) et concerne la situation d'une révision de prestations durables au sens de l'art. 17 al. 2 LPGA. Son al. 2 règle le moment à partir duquel l'augmentation, la réduction ou la suppression prennent effet. Lorsqu'en application de l'art. 25 OPC-AVS/AI, l'administration effectue une adaptation des prestations à la modification des conditions personnelles ou économiques de l'intéressé, celui-ci peut être tenu de restituer des prestations reçues en trop ; l'art. 25 al. 2 let. c et d *in fine* OPC-AVS/AI réserve expressément la créance en restitution lorsque l'obligation de renseigner a été violée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_328/2014 du 6 août 2014 consid. 5.2 et les références).

9.3 En dehors de l'éventualité de la violation de l'obligation de renseigner, la jurisprudence a admis que l'ayant droit est tenu à restitution lorsque les conditions de l'art. 25 LPGA sur la restitution de prestations indûment touchées sont réalisées, à savoir les conditions d'une reconsidération ou d'une révision procédurale (arrêt du Tribunal fédéral 9C_328/2014 précité consid. 5.3 et la référence).

9.3.1 Aux termes de l'art. 25 al. 1 1ère phr. LPGA, les prestations indûment touchées doivent être restituées. Selon la jurisprudence, cela implique que soient réunies les conditions d'une reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA) ou d'une révision procédurale (art. 53 al. 1 LPGA) de la décision par laquelle les prestations ont été accordées (ATF 130 V 318 consid. 5.2).

Selon un principe général du droit des assurances sociales, l'administration peut reconsidérer une décision formellement passée en force de chose jugée et sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée quant au fond, à condition qu'elle soit sans nul doute erronée et que sa rectification revête une importance notable. Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits (ATF 117 V 17 consid. 2c ; 115 V 314 consid. 4a/cc). En outre, par analogie avec la révision des décisions rendues par les autorités judiciaires, l'administration est tenue de procéder à la révision d'une décision entrée en force formelle lorsque sont découverts des faits nouveaux ou de nouveaux moyens de preuve, susceptibles de conduire à une appréciation juridique différente (ATF 126 V 23 consid. 4b et les références citées).

9.3.2 Selon l'art. 25 al. 2 1ère phr. LPGA, dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2021, le droit de demander la restitution s'éteint trois ans après le moment où l'institution d'assurance a eu connaissance du fait, mais au plus tard cinq ans après le versement de la prestation.

10. 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).

11.

11.1 L'intimé, se fondant sur les pièces 21 et 41, a initialement arrêté à CHF 116'544.50 le montant retenu à titre de pension pour la période litigieuse du 1er janvier 2020 au 30 juin 2021, montant obtenu en multipliant le prix de pension journalier fixé par l'intimé à CHF 319.30 (qui ressort du décompte de l'EMS du 30 novembre 2016 ; pièce 21) par 365 jours.

Or, d'après les décomptes de cet EMS des 31 janvier, 29 février, 31 mars, 30 avril, 31 mai, 30 juin, 31 juillet, 31 août et 30 septembre 2020, le montant journalier de la pension s'est élevé à CHF 202.50 chaque mois (CHF 143.- + CHF 26.- +

CHF 2.- + CHF 30.- + CHF 1.5). Durant cette période, l'intéressée bénéficiait du système dit « EZ » (pièce 103).

Dès octobre 2020, l'intéressée a bénéficié du système dit « OASE », et le prix de pension journalier s'est alors élevé à CHF 197.50 chaque mois (CHF 138.- + CHF 26.- + CHF 2.- + CHF 30.- + CHF 1.5 ; décomptes des 21 octobre et 31 décembre 2020 ; pièces 103 et 108).

L'intimé a encore comptabilisé CHF 23.- à titre de prestations de soins, montant qui découle de la réglementation soleuroise. Or, l'intéressée, qui était domiciliée dans le canton de Genève lors de l'octroi initial des prestations complémentaires, a séjourné dans un EMS dans le canton de Soleure dès le 5 mai 2015, ceci afin d'être proche de sa fille (courrier du 9 avril 2015 ; pièce 13) et non en raison d'un manque de places à Genève. C'est donc ce dernier canton qui est compétent pour verser le financement résiduel, selon sa propre législation. Dans ce cadre, le canton de Genève a choisi de répercuter seulement CHF 8.- sur les assurés suivis en EMS, ainsi que cela ressort de l'arrêté du Conseil d'État du 19 décembre 2018.

Partant, l'intimé aurait dû limiter la prise en charge du coût des soins à CHF 8.- par jour, car c'est ce montant qui aurait dû être répercuté sur l'intéressée conformément à l'art. 25*a* al. 5 LAMal (dans ce sens : ATAS/1131/2022 déjà cité consid. 9), étant souligné que les factures produites par la recourante, intitulées « *F - Pflegeleistung Anteil öffentiliche Hand* », se rapportent au financement des frais à la charge du canton, et non du SPC, ainsi que l'admettent les parties (cf. écriture de la recourante du 27 mars 2023 ; procès-verbal de comparution personnelle du 22 juin 2023 p. 2).

En conséquence, pour la période du 1er janvier au 30 septembre 2020, l'intimé aurait dû prendre en compte, à titre de prix de pension, tout au plus un montant de CHF 77'043.- ([CHF 202.50 + CHF 8] × 366 jours ; l'année 2020, bissextile, comporte 366 jours), au lieu de CHF 81'760.-.

Pour la période du 1er octobre au 31 décembre 2020, l'intimé aurait dû prendre en compte, à titre de prix de pension, tout au plus un montant de CHF 75'213.- ([CHF 197.50 + CHF 8] × 366 jours), et non de CHF 79'935.-.

Pour la période du 1er janvier au 30 juin 2021 (l'année 2021 comporte 365 jours), l'intimé aurait dû prendre en compte, à titre de prix de pension, tout au plus un montant de CHF 75'007.50 ([CHF 197.50 + CHF 8.-] × 365 jours), et non de CHF 79'935.-.

11.2 En ce qui concerne le montant de la rente de la prévoyance professionnelle, c'est à juste titre que, dans la décision litigieuse, l'intimé a finalement comptabilisé pour la période ici litigieuse un montant de CHF 9'340.20 (pièce 103).

11.3 Au vu de ce qui précède, le montant que devait restituer l'intéressée est en réalité plus élevé que celui réclamé par l'intimé, lequel n'a pas exigé le coût des

soins versé en trop, soit CHF 15.- par jour (CHF 23.- - CHF 8.- ; cf. procès-verbal de comparution personnelle du 22 juin 2023 p. 3).

11.4 Pour le surplus, c'est après avoir reçu en date du 5 mars 2021 les décomptes de l'EMS de janvier à décembre 2020 (pièce 103) et eu un entretien téléphonique avec cet établissement le 11 juin 2021 (pièce 108) que l'intimé s'est rendu compte qu'il avait surévalué le montant de la pension dans ses précédentes décisions. Ces dernières sont sans nul doute erronées et leur rectification revêt une importance notable. En effet, elles portent sur un montant de CHF 53'058.-, lequel est supérieur à CHF 706.-, somme déjà considérée comme suffisamment importante par le Tribunal fédéral (DTA 2000 n° 40 p. 208 ; arrêt du Tribunal fédéral C.11/05 du 16 août 2005 consid. 5.2).

Certes, la restitution est imputable à une faute de l'administration. Dans ce cas, on ne saurait toutefois considérer comme point de départ du délai relatif le moment où l'erreur a été commise par l'administration, mais le moment auquel celle-ci aurait dû, dans un deuxième temps (par exemple à l'occasion d'un contrôle) se rendre compte de son erreur en faisant preuve de l'attention requise. En effet, si l'on plaçait le moment de la connaissance du dommage à la date du versement indu, cela rendrait souvent illusoire la possibilité pour l'administration de réclamer le remboursement de prestations allouées à tort en cas de faute de sa part (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_193/2021 du 31 mars 2022 consid. 5.1 et les références).

Ainsi, même à retenir que l'intimé a pris conscience de son erreur en mars 2021 au plus tôt, force est de constater qu'il a agi en temps utile en réclamant par décision du 23 juin 2021 la restitution des prestations pour la période de janvier 2020 à juin 2021.

12. En conséquence, le recours est rejeté.

13. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. f^{bis} LPGA *a contrario* et 89H al. 1 LPA).

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
Christine RAVIER	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