

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3328/2010

ATAS/270/2011

ARRET

DE LA COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

du 17 mars 2011

En la cause

Madame G _____, domiciliée à Genève, comparant avec
élection de domicile en l'étude de son curateur Maître Philippe JU-
VET

recourante

contre

SERVICE DES PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES DSE-
SPC, sis route de Chêne 54, 1211 Genève 6

intimé

Siégeant : Karine STECK, Présidente; Maya CRAMER, Doris GALEAZZI, Sabina MASCOTTO et Valérie MONTANI, Juges; Evelyne BOUCHAARA et Christine BULLIARD-MANGILI, Juges assesseurs

EN FAIT

1. En date du 6 août 2007, le curateur de Madame G_____ (ci-après la bénéficiaire), a déposé au nom de sa pupille une demande de prestations auprès du SERVICE DE PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES (ci-après SPC, alors encore dénommé OFFICE CANTONAL DES PERSONNES ÂGÉES).
2. Par décision du 17 août 2007, le SPC a octroyé à l'intéressée des prestations complémentaires à hauteur de 4'558 fr. et ce, dès le 1^{er} juillet 2007. Ces prestations ont été calculées en tenant compte du fait que la bénéficiaire disposait d'une fortune de 24'067 fr. (comprenant la valeur d'un bien immobilier dont feu Monsieur G_____ - époux de la bénéficiaire - avait fait état dans une demande de prestations complémentaires déposée en 1996).
3. En date du 8 juillet 2009, le Tribunal cantonal des assurances sociales a statué une première fois sur la question de savoir si le bien immobilier appartenant à feu G_____ devait être pris en compte pour le calcul des prestations complémentaires de la bénéficiaire (ATAS/893/2009). Le Tribunal cantonal a répondu par l'affirmative, au motif qu'il n'avait pas été démontré au degré de vraisemblance prépondérante que ce bien avait été aliéné et que la fortune de la bénéficiaire avait diminué d'autant.
4. Par télécopie adressée le 23 avril 2010 au SPC, l'établissement médico-social X_____ SA - où réside la bénéficiaire - a demandé la réduction du montant du forfait pour dépenses personnelles de l'intéressée.
5. Le 27 avril 2010, le SPC a rendu une décision fixant le montant des prestations complémentaires fédérales dues du 1^{er} janvier au 30 avril 2010 à 19'376 fr. s'agissant des prestations fédérales (soit 4'844 fr. par mois), puis à 4'554 fr./mois dès le 1^{er} mai 2010. Ces prestations ont été calculées en tenant compte, au nombre des dépenses reconnues, du montant payé à titre de pension ainsi que d'un forfait pour dépenses personnelles de 3'600 fr., réduit à 120 fr. dès le 1^{er} mai 2010; les revenus déterminants comprenaient notamment le produit des biens immobiliers de la bénéficiaire.
6. Celle-ci s'est opposée à la décision du 27 avril 2010 en tant qu'elle réduisait le forfait "dépenses personnelles" de 3'600 fr. à 120 fr. dès le 1^{er} mai 2010. La bénéficiaire a souligné que ses dépenses n'avaient pas diminué et qu'au surplus, elle n'avait jamais été propriétaire d'un immeuble.
7. Par décision du 24 septembre 2010, le SPC a confirmé sa décision du 27 avril 2010. Il a rappelé que la question de savoir s'il devait être tenu compte d'une fortune immobilière avait déjà été tranchée sur recours. Quant à la réduction du forfait relatif aux dépenses personnelles, le SPC a expliqué qu'elle était expressément prévue par

la législation cantonale lorsque le bénéficiaire de prestations complémentaires à sa rente AVS disposait d'un montant capitalisé de 1'200 fr.

8. Par décision du 27 septembre 2010, le SPC a augmenté le droit aux prestations complémentaires de la bénéficiaire à 4'844 fr. dès le 1^{er} octobre 2010, en tenant à nouveau compte d'un forfait pour dépenses personnelles de 3'600 fr.
9. Par acte du 29 septembre 2010, la bénéficiaire a interjeté recours auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales - alors compétent - en concluant à l'annulation de la décision du 24 septembre 2010, à ce que la notion de "montant capitalisé" fasse l'objet d'une interprétation de la part du Tribunal et à ce que les frais de curatelle soient considérés comme dépenses admissibles.

S'agissant du montant capitalisé évoqué par la loi, la recourante soutient qu'il ne saurait désigner la fortune du bénéficiaire, laquelle est déjà prise en compte dans le calcul des prestations. Selon elle, ce montant correspond plutôt au solde restant du forfait pour dépenses personnelles une fois que le bénéficiaire en a utilisé une partie pour couvrir ses frais personnels. La recourante défend l'opinion que cette disposition est arbitraire en tant qu'elle récompense ceux qui ont dépensé l'intégralité de leur forfait en leur octroyant une somme de 3'600 fr., alors que ceux qui l'ont économisé ne reçoivent qu'un montant de 120 fr.

La recourante conteste par ailleurs la légalité de la directive concernant le versement, l'utilisation et la gestion du forfait pour dépenses personnelles dans les EMS (DFDP) émise par le Service du contrôle interne du Département de la solidarité et de l'emploi. Elle reproche à cette directive - qui énumère de manière non exhaustive les dépenses personnelles à la couverture desquelles le forfait est destiné : impôts, prestations médicales non prises en charge, téléphone, coiffeur, vêtements, produits d'hygiène corporelle, etc. - d'omettre les charges de curatelle alors que ce sont des dépenses nécessaires.

Enfin, la recourante allègue qu'elle a dû s'acquitter de 1'026 fr. de frais médicaux en 2009 et qu'il n'est pas démontré qu'elle disposait encore d'un montant capitalisé de 1'200 fr. après la couverture de ses dépenses personnelles.

10. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 29 octobre 2010, a conclu au rejet du recours.

Il allègue que le "montant capitalisé" correspond à celui économisé par le pensionnaire sur le compte "dépenses personnelles".

L'intimé souligne que la directive du département prévoit le versement du forfait pour dépenses personnelles à l'EMS - lequel le gère pour le compte du bénéficiaire et communique le décompte au résident ou à son représentant légal sur demande. Aux termes de la directive, le contrôle des montants capitalisés est effectué quatre

fois par an par l'EMS, qui requiert, cas échéant, la réduction ou l'augmentation du forfait pris en compte dans le calcul des prestations complémentaires.

En vertu de cette directive, l'intimé explique qu'il suit les instructions de l'EMS et ajoute qu'il appartient à la recourante de demander à l'EMS le décompte du forfait pour dépenses personnelles.

EN DROIT

1. Jusqu'au 31 décembre 2010, conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 3 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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.

Depuis le 1^{er} janvier 2011, cette compétence revient à la Cour de justice, Chambre des assurances sociales, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 9 octobre 2009).

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

2. a) En matière de prestations complémentaires fédérales, les décisions sur opposition sont sujettes à recours dans un délai de 30 jours (art. 56 al. 1 et 60 al. 1er 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 [LPCF]) auprès du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré (art. 58 al. 1 LPGA).

b) S'agissant des prestations complémentaire cantonales, l'art. 43 de la loi sur les prestations cantonales complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité, du 25 octobre 1968 (LPCC ; RSG J 7 15) ouvre les mêmes voies de droit.

c) En l'espèce, le recours a été déposé dans les forme et délai légaux, de sorte qu'il est recevable.
3. Les dispositions de la LPGA, en vigueur depuis le 1er janvier 2003, s'appliquent aux prestations complémentaires fédérales à moins que la LPC n'y déroge expressément (art. 1 al. 1 de la loi fédérale du 6 octobre 2006 sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI [LPC; RS 831.30]).

Il en va de même en matière de prestations complémentaires cantonales (cf. art. 1A let. b LPCC).

4. L'objet du litige porte sur le montant des dépenses personnelles retenu dans le calcul des prestations complémentaires pour la période du 1^{er} mai au 30 septembre 2010 et sur l'intégration dans les dépenses personnelles des frais de curatelle.

L'intégration au calcul des prestations complémentaires d'un bien immobilier ayant fait l'objet d'un arrêt ayant acquis force de chose jugée, elle ne sera pas examinée dans le cadre de la présente procédure.

5. Il convient tout d'abord de rappeler les principes régissant le droit aux prestations complémentaires.

Les personnes ayant leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse et remplissant les conditions (personnelles) énumérées aux art. 4, 6 et 8 LPC ont droit à des prestations complémentaires. Tel est notamment le cas des personnes qui perçoivent une rente de vieillesse de l'assurance-vieillesse et survivants (art. 4 al. 1 let. a LPC).

Les prestations complémentaires fédérales se composent de la prestation complémentaire annuelle et du remboursement des frais de maladie et d'invalidité (art. 3 al. 1 LPC). L'art. 9 al. 1^{er} LPC dispose que le montant de la prestation complémentaire annuelle correspond à la part des dépenses reconnues qui excède les revenus déterminants.

Ont droit aux prestations complémentaires cantonales les personnes dont le revenu annuel déterminant n'atteint pas le revenu minimum cantonal d'aide sociale applicable (art. 4 LPCC).

6. S'agissant des revenus déterminants et des dépenses reconnues, la loi distingue entre les personnes qui vivent à domicile et celles qui vivent en permanence ou pour une longue période dans un home ou dans un hôpital (art. 10 et 11 LPC). Ainsi, la manière de calculer le montant des revenus et des dépenses est fonction du statut de l'intéressé.

a) Selon l'art. 10 al. 2 LPC, les dépenses reconnues pour les personnes qui vivent en permanence ou pour une longue période dans un home ou dans un hôpital comprennent notamment la taxe journalière et un montant forfaitaire pour les dépenses personnelles, arrêté par les cantons.

L'art. 11 al. 1^{er} LPC prévoit que les revenus déterminants comprennent notamment les éléments suivants :

- deux tiers des ressources en espèces ou en nature provenant de l'exercice d'une activité lucrative, pour autant qu'elles excèdent annuellement 1'000 fr. pour les personnes seules (let. a),
- le produit de la fortune mobilière et immobilière (let. b),

- un quinzième de la fortune nette, un dixième pour les bénéficiaires de rentes de vieillesse, dans la mesure où elle dépasse 25'000 fr. pour les personnes seules (let. c);
- les rentes, pensions et autres prestations périodiques, y compris les rentes de l'AVS et de l'AI (let. d),
- et les ressources et parts de fortune dont un ayant droit s'est dessaisi (let. g).

b) Sur le plan cantonal et pour ce qui est du calcul du revenu et des dépenses déterminantes, la LPCC renvoie à la réglementation fédérale, sous réserve de certaines adaptations.

Pour les personnes ne vivant pas à domicile, l'art. 4 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; RSG J 7 10.01) prévoit que la taxe journalière maximale à prendre en considération en raison du séjour dans un EMS ou dans un établissement pour personnes handicapées correspond au prix de pension agréé par l'autorité cantonale, conformément à la loi relative aux établissements médico-sociaux accueillant des personnes âgées du 3 octobre 1997 et à la loi sur l'intégration des personnes handicapées du 16 mai 2003.

S'agissant du forfait pour dépenses personnelles, l'art. 2 al. 1 let. b de la loi sur les prestations fédérales complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité (LPFC; RSG J 7 10) délègue au Conseil d'état le pouvoir de légiférer sur le montant laissé à disposition des bénéficiaires pour leurs dépenses personnelles. Le Conseil d'état a fait usage de cette compétence en édictant l'art. 4 al. 2 RPFC, qui prévoit que le forfait pour dépenses personnelles s'élève à 3'600 fr. par an pour les personnes âgées et à 5'400 fr. par an pour les personnes invalides. Ce montant est versé par mensualités avec la prestation. Il est de 120 fr. par an lorsque l'intéressé est une personne bénéficiant d'une rente AVS disposant d'un montant capitalisé de 1'200 fr., respectivement de 1'800 fr pour un invalide. L'art. 3 al. 3 du règlement d'application de la loi sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité (RPCC; RSG J 7 15.01) a la même teneur.

Quant au revenu déterminant, il est calculé en ajoutant les prestations complémentaires fédérales au revenu déterminant (art. 5 LPCC let. a), et la part de la fortune nette prise en compte dans le calcul du revenu déterminant est d'un huitième, respectivement d'un cinquième pour les bénéficiaires de rentes de vieillesse après déduction des franchises prévues par l'art. 11 al. 1 LPC (art. 5 LPCC let. c).

7. En cas de changements dans la fortune ou les revenus déterminants, 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 (art. 25 al. 1 let. c de l'ordonnance sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité [OPC-AVS/AI; RS 831.301]). La nouvelle décision doit porter effet 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 (art. 25 al. 2 let. b OPC-AVS/AI).

8. La Directive concernant le versement, l'utilisation et la gestion du forfait pour dépenses personnelles dans les EMS du 26 juin 2008 (ci-après la directive) règle le versement du forfait à l'EMS pour le compte du bénéficiaire.

Cette directive rappelle que le forfait est laissé à disposition des bénéficiaires pour leurs dépenses personnelles et établit une liste non exhaustive des diverses dépenses non couvertes par le prix de pension. Elle cite notamment les impôts, franchises et participations aux frais de maladie, abonnements, téléphone, coiffure, vêtements, consommations à la cafétéria de l'EMS, autres assurances, etc. Il est précisé que les dépenses ne figurant pas dans la liste mais restant dans l'esprit de cette dernière doivent faire l'objet d'un accord préalable du directeur avant d'être engagées (point 2.3).

La gestion du forfait est confiée à l'EMS, qui doit justifier les dépenses et remettre un décompte au résident ou à son représentant légal sur demande (points 3.1 et 3.2).

Les pensionnaires sont libres de retirer des sommes auprès de la caisse selon la disponibilité du compte après déduction des dépenses usuelles et prévisibles du résident (point 3.3).

Les remboursements de factures pour achats à l'extérieur sont possibles mais conditionnés à la disponibilité du compte après déduction des dépenses usuelles et prévisibles du résident (point 3.4).

S'agissant de la fixation du montant du forfait, il est prévu que dès que le solde capitalisé dépasse 1'200 fr., le forfait est réduit à 10 fr. par mois soit 120 fr. par an. Le montant du solde est vérifié à la fin de chaque trimestre. L'EMS demande au SPC la réduction, respectivement l'augmentation du forfait pour dépenses personnelles dès que le montant capitalisé dépasse ou redevient inférieur à 1'200 fr. Le montant capitalisé dépassant 1'200 fr. au 30 juin de chaque année est remboursé au SPC par l'EMS (points 4.1 à 4.5).

9. En préambule, la Cour de céans relève que la notion de "montant capitalisé" ne ressort pas du droit fédéral et figure uniquement dans les règlements édictés par le Conseil d'Etat. La recourante et l'intimé s'accordent sur le fait que ce terme désigne

le montant affecté aux dépenses personnelles qui, n'ayant pas été dépensé par le bénéficiaire, est encore à sa disposition.

Il y a lieu de donner raison aux parties sur ce point. Le "montant capitalisé" dont il est question dans les dispositions réglementaires cantonales désigne bien la part non dépensée du forfait pour les dépenses personnelles. Une telle interprétation s'impose eu égard à la définition donnée par le Petit Robert du terme "capitaliser", qui signifie notamment amasser ou thésauriser des revenus. Il n'y a d'ailleurs guère d'autre sens à donner au terme de "montant capitalisé". En effet, il ne peut désigner la fortune du bénéficiaire, dont la prise en compte dans le calcul des prestations complémentaires est réglée exhaustivement dans la législation fédérale et cantonale.

10. L'intimé allègue que la décision querellée est conforme à la lettre de l'art. 3 al. 3 RPCC et à la directive.

Il sied cependant de se pencher sur la conformité de cette norme réglementaire et de sa directive d'application avec le droit supérieur et la constitution.

a/aa) Le juge a la compétence d'exercer un contrôle concret de normes réglementaires de droit cantonal (Pierre MOOR, *Droit administratif*, vol. I, 2^{ème} éd., Berne 1994, n. 2.2.3). A la demande des justiciables, les tribunaux sont tenus de contrôler à titre préjudiciel la conformité du droit cantonal à la Constitution et au droit fédéral dans son ensemble et de ne pas l'appliquer lorsqu'ils arrivent à la conclusion que cette conformité n'est pas réalisée. Cette obligation découle du principe de la primauté du droit fédéral, ancré à l'art. 49 al. 1 de la Constitution (Cst; RS 101) (ATF 127 I 185, consid. 2; Andreas AUER/ Giorgio MALINVERNI/ Michel HOTTELIER, *Droit constitutionnel suisse*, vol. 1, Berne 2006, p. 794 n. 2280 ss).

Parmi les éléments à prendre en compte dans le contrôle de la constitutionnalité d'une norme figure notamment la protection contre l'arbitraire, droit constitutionnel ancré à l'art. 9 Cst. Ce droit est enfreint lorsque la norme dont l'application est en cause n'est pas fondée sur des motifs sérieux et objectifs, qu'elle est dépourvue de sens et d'utilité (ATF 127 I 185, consid. 5; ATF 110 Ia 7, consid. 2b).

a/bb) Quant aux directives, il s'agit d'ordonnances administratives dont on rappellera qu'elles ne créent pas de nouvelles règles de droit et ne font que donner le point de vue de l'administration sur l'application d'une disposition, et non pas une interprétation contraignante de celle-ci. Le juge des assurances sociales n'est pas lié par les ordonnances administratives. Il ne doit en tenir compte que dans la mesure où elles permettent une application correcte des dispositions légales dans un cas d'espèce. Il doit en revanche s'en écarter lorsqu'elles établissent des normes qui ne sont pas conformes aux règles légales applicables (ATF I 174/03 du 28 décembre 2004, consid. 4.4; ATF 129 V 200, consid. 3.2). De plus, l'administré ne peut se voir imposer d'obligations sur la seule base d'une ordonnance administrative interprétative et ne saurait non plus en tirer un droit (Pierre MOOR, *op. cit.*, p. 269, n. 3.3.5.3).

b) S'agissant de la norme réglementaire, la Cour de céans relève ce qui suit.

Le droit fédéral prévoit que les cantons fixent librement le montant dévolu aux dépenses personnelles (art. 10 al. 2 let. b LPC). Cependant, si la fixation du montant pour les dépenses personnelles relève du droit cantonal, il n'en reste pas moins qu'en matière de prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI, les dispositions fédérales et cantonales sont étroitement liées et la réglementation cantonale doit en tout état de cause être conforme à la Constitution et au droit fédéral (ATF P 24/05 du 28 décembre 2006, consid. 2.1).

Ainsi, si les cantons déterminent librement le montant du forfait, les modalités de calcul des prestations complémentaires - et notamment l'intégration de la somme ainsi arrêtée pour les dépenses personnelles dans les dépenses reconnues - découlent du droit fédéral. De plus, comme le prévoit l'art. 25 OPC-AVS/AI, ce n'est que lorsque la modification des circonstances est destinée à durer un certain temps que la réduction ou l'augmentation des prestations complémentaires est possible. Or, en adaptant le montant des prestations complémentaires chaque fois que le montant capitalisé se révèle inférieur ou supérieur à 1'200 fr., la notion de changement durable prévue par le droit fédéral n'est pas respectée. Ce montant peut en effet varier extrêmement fréquemment, au gré des factures et des achats réglés par le bénéficiaire. Le montant capitalisé peut ainsi atteindre 1'200 fr. pendant quelques jours seulement avant de repasser sous ce seuil si le bénéficiaire a dû procéder à quelques emplettes ou s'acquitter d'une facture dans l'intervalle. Il est vrai que la pratique codifiée dans la directive ne prévoit qu'une adaptation trimestrielle. Cependant, même un laps de temps de trois mois ne correspond pas à la notion de changement durable prévue par l'art. 25 OPC-AVS/AI. Pour ce motif déjà, la disposition réglementaire n'est pas conforme au droit supérieur. Elle viole ainsi le principe de la légalité, selon lequel une norme ne peut être contraire à une disposition légale de rang supérieur (Thomas LOCHER, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 3^{ème} éd., Berne 2003, p. 87 n. 16).

La norme cantonale contrevient également au droit fédéral en tant qu'elle prévoit que le montant des dépenses personnelles varie, ce qui est contraire au caractère forfaitaire conféré à ce dernier dans ce cas de figure.

Par ailleurs, la disposition cantonale est aussi problématique en tant qu'elle implique que le montant accordé aux bénéficiaires est augmenté ou réduit selon le rythme des dépenses et la date d'échéance des factures que les pensionnaires ont à régler, soit d'après des critères sans rapport avec les besoins des bénéficiaires et ne pouvant dès être considérés comme sérieux et objectifs. A titre d'exemple, un bénéficiaire qui règle une dépense par acomptes entamera chaque mois son forfait pour dépenses personnelles et mettra plus de temps à capitaliser un montant de 1'200 fr. alors que celui qui opte pour le paiement en bloc de la même facture a posteriori atteindra plus rapidement le montant-limite, alors que la situation et les dépenses sont

par ailleurs strictement les mêmes dans les deux cas. L'inégalité de traitement, qui consiste à traiter différemment deux situations identiques, est ici réalisée. Par ailleurs, comme le relève à juste titre la recourante, cette norme pénalise les pensionnaires peu dépensiers ou qui doivent réunir un petit pécule en vue d'une dépense plus importante et favorise sans motifs ceux qui épuisent systématiquement leur forfait.

On ajoutera que, dans son résultat, la disposition litigieuse revient à admettre que les dépenses reconnues - dont fait partie le forfait pour dépenses personnelles - sont calculées non seulement en fonction des besoins vitaux des pensionnaires mais aussi de leurs avoirs. Une telle conception est manifestement erronée. En effet, les besoins vitaux englobent toujours les mêmes postes de dépenses, quels que soient les moyens à disposition pour les couvrir.

En outre, il faut souligner que, dans l'hypothèse où le montant afférent aux prestations complémentaires versées à un pensionnaire n'est pas intégralement dépensé à la fin de l'année, l'excédent ainsi constitué devra être pris en compte - dans les limites de la loi - à titre de fortune dans les revenus déterminants lors de la révision du droit aux prestations complémentaires. Autrement dit, la réduction du forfait pour les dépenses personnelles prévue par le règlement dès que le montant capitalisé atteint 1'200 fr. revient à tenir compte deux fois des éléments de fortune du bénéficiaire : une première fois en les intégrant dans les revenus déterminants (ce qui est conforme à la loi), puis une seconde, en les déduisant des dépenses reconnues. Une telle méthode de calcul est clairement contraire au droit.

Enfin, le règlement ne prévoit pas la forme sous laquelle ce montant doit être capitalisé, ce qui n'est d'ailleurs pas sans créer des difficultés pratiques telles que cette disposition conduit inévitablement à des inégalités de traitement dans son application. On voit en effet mal comment contrôler le montant des dépenses personnelles d'un bénéficiaire qui retire son argent en espèces; la vérification n'est possible que s'agissant des pensionnaires conservant leur argent sur un compte ou le faisant administrer par l'EMS, de sorte que ce seront les seuls susceptibles de voir leurs prestations complémentaires réduites. Les modalités de versement et de gestion prévues par la directive ne permettent pas de pallier ces difficultés dans la mesure où elles outrepassent le cadre légal, comme on le verra ci-dessous.

c) En effet, la directive se révèle elle aussi contraire à la législation fédérale.

Tout d'abord, elle prévoit implicitement le versement des prestations complémentaires non aux bénéficiaires, mais aux homes dans lesquels ces derniers résident. Or, une telle modalité de versement ne ressort pas de la loi et ne peut donc être imposée par les directives d'application. Le fait que certains contrats d'hébergement prévoient le versement directement en mains de l'établissement n'y change rien. Certes, l'art. 20 al. 1 LPGA précise que des prestations en espèces peuvent être ver-

sées en tout ou en partie à un tiers qualifié ou à une autorité ayant une obligation d'entretien à l'égard du bénéficiaire ou qui l'assiste en permanence lorsque le bénéficiaire n'utilise pas ces prestations pour son entretien ou n'est pas en mesure de les utiliser à cet effet, et qu'il dépend de ce fait de l'assistance publique ou privée. Cette disposition ne constitue cependant pas une base légale suffisante pour le versement en mains du home des prestations complémentaires, puisqu'elle soumet un tel paiement à des conditions précises, alors que la directive n'opère aucune distinction et vise indistinctement tous les bénéficiaires séjournant en EMS.

L'accord préalable du directeur de l'établissement auquel est soumise la prise en charge de dépenses non prévues dans la directive est également incompatible avec la notion même de dépenses personnelles. L'obligation d'obtenir cet accord ne saurait être imposée à des bénéficiaires capables de discernement, libres de gérer leur argent. En effet, conformément au chiffre 4019 des directives concernant les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI établies par l'Office fédéral des assurances sociales (DPC), le montant pour les dépenses personnelles comprend des dépenses telles que vêtements, articles d'hygiène, journaux, impôts etc., mais aussi l'argent de poche. En d'autres termes, ce montant peut être utilisé par le bénéficiaire à sa guise et selon ses besoins, sans qu'il ait à obtenir l'aval du directeur du home où il réside.

La directive se révèle de plus clairement incompatible avec le droit lorsque, comme en l'espèce, le bénéficiaire est sous curatelle. En effet, cette attribution revient au curateur, conformément à l'art. 367 al. 2 du Code civil (CC; RS 210).

En outre, même si l'art. 42 LPGA prévoit qu'il n'est pas nécessaire pour l'autorité d'entendre les parties si la décision qu'elle rend est soumise à opposition, il est pour le moins inopportun que l'EMS ne soumette pas les décomptes des dépenses personnelles aux pensionnaires avant de demander à l'intimé l'adaptation du forfait, afin que ceux-ci puissent en vérifier l'exactitude. Il sied de souligner que l'intimé n'a d'ailleurs pas démontré que la recourante connaissait la directive ou avait été informée de son contenu avant la décision litigieuse, si bien qu'il peut difficilement lui faire grief de ne pas avoir demandé au home où elle réside les décomptes relatifs à l'utilisation du montant pour dépenses personnelles.

Enfin, la Cour de céans relève que la directive ne prévoit pas la transmission du décompte à l'intimé lors de la demande de modification du montant relatif aux dépenses personnelles. En l'espèce, l'intimé n'a d'ailleurs pas produit le décompte des dépenses personnelles et on ignore s'il en a reçu copie et en a vérifié le bien-fondé avant de prononcer la réduction des prestations complémentaires. Or, conformément à l'art. 3 al. 2 et 3 LPFC, l'intimé est l'organe d'exécution en matière de prestations complémentaires et il est compétent pour recevoir, examiner les demandes, fixer et verser les prestations et ne peut donc se contenter de "suivre les instructions des EMS", comme il l'affirme dans sa réponse.

Compte tenu de ce qui précède, il est superflu d'examiner s'il y a lieu d'intégrer les frais de curatelle dans la liste des dépenses de la directive.

11. Il ressort de ce qui précède que tant la disposition réglementaire cantonale que la directive sur lesquelles se fondent les décisions de l'intimé violent le droit fédéral.

Le recours sera donc admis et les décisions de l'intimé annulées.

La recourante a droit à une indemnité de dépens, qu'il convient de fixer à 1'500 fr. (art. 61 let. g LPGA).

Pour le surplus, la procédure est gratuite.

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

Statuant en application de l'art. 133 al. 2 LOJ

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule les décisions de l'intimé du 27 avril et du 24 septembre 2010.
4. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de 1'500 fr. à titre de dépens.
5. Dit que la procédure est gratuite.
6. 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, conformément aux 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 SÉCHAUD

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