RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3522/2022 **ATAS/886/2023**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 16 novembre 2023

Chambre 5

En la cause

A_____ recourante

contre

SERVICE DES PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES intimé

Siégeant : Philippe KNUPFER, président ; Toni KERELEZOV et Monique STOLLER FÜLLEMANN, juges assesseurs.

EN FAIT

A. **a.** Madame A_:_____ (ci-après : l'intéressée ou la recourante), née en _____ 1931, a déposé une demande de prestations complémentaires le 1er avril 2022 auprès du service des prestations complémentaires (ci-après : le SPC ou l'intimé). Elle a joint, notamment, à sa demande un contrat de location conclu à partir du 1er janvier 2022 avec la société B_____ et portant sur un studio avec service de demi-pension, pour une personne, pour un montant global de CHF 3'800.- par mois.

b. À la demande du SPC, elle a transmis à ce service plusieurs justificatifs, par pli du 2 mai 2022, dont une attestation établie le 20 décembre 2021 par la directrice de l'établissement « C_____ » (ci-après : la résidence C_____), certifiant que l'intéressée résidait dans leur établissement, depuis le 22 novembre 2021.

L'intéressée a exposé dans son courrier qu'en raison de la péjoration de son état de santé, elle avait été contrainte de chercher en urgence un établissement susceptible de lui fournir les soins nécessaires et que, comme il y avait une attente de plus de deux ans pour une place dans un immeuble avec encadrement pour personnes âgées ou en établissement médicaux-social (ci-après : EMS), seule la résidence C_____ avait été en mesure de l'accueillir immédiatement.

B. **a.** Par décision du 23 mai 2022, le SPC a rejeté sa demande de prestations complémentaires. Le SPC a calculé le droit aux prestations complémentaires cantonales (ci-après : PCC) et fédérales (ci-après : PCF), dès le 1er avril 2022 et, selon les plans de calcul, les dépenses reconnues de l'intéressée étaient inférieures à son revenu déterminant, de sorte qu'elle n'avait pas droit aux prestations complémentaires. Il précisait que, dans le calcul des prestations, le loyer de CHF 45'500.- n'avait été pris en compte que jusqu'à concurrence de CHF 15'900.- et que les charges étaient comprises dans ce montant.

b. Par courrier du 5 juillet 2022, l'intéressée a contesté cette décision. Depuis son AVC du mois d'août 2021, suivi de trois mois d'hospitalisation, elle avait été contrainte d'entrer à la résidence C_____, en raison de nombreuses chutes et de son besoin constant de l'aide d'autrui. Compte tenu de cette précision, elle demandait le réexamen de tous les éléments du dossier et une nouvelle décision conforme.

c. Le 15 septembre 2022, elle a précisé au SPC qu'elle était entrée dans la résidence C_____ le 22 novembre 2021 et que tous les renseignements complémentaires pouvaient être obtenus auprès de ladite résidence.

d. Par décision sur opposition du 29 septembre 2022, le SPC a rejeté l'opposition de l'intéressée et confirmé sa précédente décision. Selon les informations en sa possession, le contrat d'hébergement dans la résidence incluait la demi-pension. Or, ladite résidence n'était pas considérée comme un *home* dans le canton de

Genève, raison pour laquelle ses frais d'hébergement avaient été plafonnés au montant maximum légal de CHF 15'000.- annuels. Quant aux frais de repas, ils étaient déjà inclus dans la rubrique « besoins vitaux » des plans de calcul.

C. **a.** Par courrier posté le 24 octobre 2022, l'intéressée a recouru contre la décision sur opposition du 29 septembre 2022 auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans). Elle a conclu à ce que l'intimé prenne en considération, pour le calcul des prestations, toute la période d'hospitalisation précédant l'entrée, le 22 novembre 2021, à la résidence C_____ et a exposé que peu importait le fait que cette résidence ne soit pas considérée comme un EMS, mais plutôt comme une régie immobilière privée offrant à ses locataires une structure médicale de surveillance et d'aide, car ce critère n'était pas déterminant. En effet, la recourante alléguait que ses revenus ne couvraient pas ses dépenses et que la direction de la résidence avait refusé de communiquer le détail de la facture de l'hébergement, de telle sorte qu'il était impossible de déterminer la quotité respectivement, du montant du loyer, des frais d'entretien et des soins. Elle ajoutait que c'était en raison du fait qu'elle ne pouvait pas rester seule à domicile et qu'il n'y avait pas de place disponible en EMS qu'elle avait dû recourir à l'hébergement fourni par C_____.

À l'appui de son recours, elle a produit plusieurs documents médicaux, une demande d'allocation pour impotent de l'assurance-invalidité du 20 septembre 2022 remplie par la Fondation de soins et accompagnement à domicile pour le compte de la recourante, ainsi que diverses factures, notamment de soins.

b. Dans sa réponse du 21 novembre 2022, l'intimé a conclu au rejet du recours, au motif que l'établissement dans lequel résidait la recourante n'était pas un EMS reconnu, ce qui avait pour conséquence qu'il était contraint d'établir un calcul des prestations correspondant à celui d'une personne vivant à domicile, ce qui impliquait, notamment, la prise en compte d'un loyer plafonné à CHF 15'900.-. Pour cette raison, la recourante sortait des barèmes à teneur des plans de calculs effectués et ceci même si elle devait s'acquitter d'un montant annuel de CHF 45'600.- (soit 12 fois CHF 3'800.-). Ce montant ne correspondait pas seulement au logement, mais également à la demi-pension selon le contrat de location. L'intimé précisait encore ne pas pouvoir entrer en matière sur la prise en compte de frais antérieurs à la date de dépôt de la demande de prestations complémentaires (soit le 1er avril 2022).

c. Par réplique de son fils, datée du 27 décembre 2022, la recourante a persisté dans ses conclusions. Le fils de la recourante a indiqué qu'en raison d'une hospitalisation, sa mère n'était pas en état de répondre dans les délais. Il a rappelé les éléments chiffrés déjà pris en compte par le SPC, tout en confirmant que l'emménagement dans la résidence s'était effectué en urgence, car la recourante n'était plus en mesure de vivre seule, suite à une détérioration significative de son état de santé et que les autres institutions publiques et plus abordables avaient un

délai d'attente de deux ans. Le fils de la recourante a, par la suite, transmis à la chambre de céans une procuration l'autorisant à agir au nom de sa mère.

d. Par observations spontanées de son fils, en date du 14 février 2023, la recourante a rappelé que même si la résidence n'était apparemment pas un EMS, il n'en demeurait pas moins qu'il s'agissait d'un établissement médicalisé pour personnes âgées et handicapées. Elle ajoutait que, selon des informations fournies par ladite résidence, la quotité correspondant au loyer s'élevait à CHF 779.- par mois, le solde étant constitué de prestations de base telles que l'aide à l'habillage, la douche, le ménage *etc*.

e. Dans sa duplique du 8 mars 2023, l'intimé a pris note de l'information concernant le loyer, tout en précisant que, pour les personnes vivant à domicile, le montant destiné à la couverture des besoins vitaux était fixé dans la loi et qu'aucune dérogation n'était prévue pour tenir compte des besoins spécifiques d'une assurée. Il était rappelé à la recourante que, lorsqu'un assuré nécessitait une prise en charge en EMS, il lui appartenait de faire appel à un établissement reconnu par le canton. Dans ce cadre, le montant destiné à la couverture des besoins vitaux était remplacé par la taxe journalière, étant précisé que la participation au coût des soins était facturée à hauteur de CHF 8.- par jour, ce montant étant également remboursé par le SPC. Enfin, l'argumentation de la recourante, en lien avec le manque de place dans les EMS et les délais d'attente conséquents, ne permettait pas à l'intimé de faire une appréciation différente de la situation. À cet égard, le SPC relevait que des places en EMS étaient apparemment disponibles dans le canton de Genève, à teneur des informations fournies sur le site Internet de la fédération genevoise des structures d'accompagnement pour seniors.

f. À la demande de la chambre de céans, le service cantonal des seniors et de la proche aidance (ci-après : le SeSPA) a indiqué, par courrier du 14 septembre 2023, que la recourante était domiciliée à la résidence séniors C_____ à D_____ mais que cette résidence n'entrait ni dans le champ d'application de la LGEPA, ni dans celui de la LORSDom. Sur cette base, ce service n'était pas compétent pour émettre une autorisation d'exploiter, puisqu'il s'agissait de droit du bail.

Le courrier du 14 septembre 2023 a été transmis aux parties, avec un délai pour communiquer leurs éventuelles observations.

g. Le 11 octobre 2023, l'intimé a maintenu sa position, relevant que le SeSPA confirmait que la relation entre la recourante et la résidence C_____ relevait exclusivement du droit du bail.

h. La recourante n'a pas fait valoir d'observation dans le délai accordé.

i. Sur quoi, la cause a été gardée à juger, ce dont les parties ont été informées.

j. Les autres faits seront mentionnés, 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). 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 législation sur les prestations complémentaires a connu des modifications entrées en vigueur le 1er janvier 2021.

Dès lors qu'en l'espèce la demande de prestations complémentaires a été déposée le 1er avril 2022, soit postérieurement à cette date, ce sera le nouveau droit qui sera examiné et appliqué ci-après.

3. 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). En matière de prestations complémentaires cantonales, la LPC et ses dispositions d'exécution fédérales et cantonales, ainsi que la LPGA et ses dispositions d'exécution, sont applicables par analogie en cas de silence de la législation cantonale (art. 1A LPCC).

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

4. 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 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. 43 LPCC).

5. Le litige porte sur le droit aux PCF et PCC de la recourante, en particulier sur la question de savoir si la résidence C_____, dans laquelle vit la recourante, peut être considérée comme un *home* pour le calcul du droit aux prestations.

6.

6.1 En droit fédéral, les personnes qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse et qui remplissent les conditions personnelles prévues aux art. 4, 6 et 8 LPC ont droit à des PCF. Ont ainsi, conformément à l'art. 4 al. 1 let. a

LPC, droit aux PCF notamment les personnes qui perçoivent une rente de vieillesse de l'AVS, ce qui est le cas pour la recourante.

Conformément à l'art. 3 al. 1 LPC, les PCF se composent de la prestation complémentaire annuelle et du remboursement des frais de maladie et d'invalidité.

À teneur de l'art. 9 al. 1 LPC, le montant de la prestation complémentaire annuelle correspond à la part des dépenses reconnues qui excède les revenus déterminants, mais au moins au plus élevé des montants suivants : la réduction des primes la plus élevée prévue par le canton pour les personnes ne bénéficiant ni de prestations complémentaires ni de prestations d'aide sociale (let. a) ; 60% du montant forfaitaire annuel pour l'assurance obligatoire des soins au sens de l'art. 10 al. 3 let. d. LPC (let. b).

Les dépenses reconnues pour le calcul du droit aux PCF sont définies à l'art. 10 LPC.

6.2 Dans le cas des personnes qui ne vivent pas en permanence, ni pour une période de plus de trois mois, dans un *home* ou dans un hôpital (personnes vivant à domicile), les dépenses reconnues comprennent, notamment, le montant destiné à la couverture des besoins vitaux, qui, pour les personnes seules a été fixé, à CHF 19'610.- par année pour la période du 1er janvier au 31 décembre 2022 (art. 10 al. 1 let. a ch. 1 LPC, dans sa version en vigueur du 1er janvier au 31 décembre 2022). Font en outre partie des dépenses reconnues pour ces personnes, le loyer d'un appartement et les frais accessoires y relatifs, dont la limite annuelle, pour une personne vivant seule, est fixée à CHF 15'900.- dans la région 2 (art. 10 al. 1 let. b ch. 1 LPC). Le Conseil fédéral règle la répartition des communes entre les trois régions et il se base à cet effet sur les niveaux géographiques définis par l'Office fédéral de la statistique (art. 10 al. 1quater LPC).

Pour les personnes qui vivent en permanence ou pour une période de plus de trois mois dans un *home* ou dans un hôpital (personnes vivant dans un *home* ou un hôpital), les dépenses reconnues comprennent : la taxe journalière pour chacune des journées facturées par le *home* ou l'hôpital, étant précisé que les cantons peuvent fixer la limite maximale des frais à prendre en considération en raison d'un séjour dans un *home* ou dans un hôpital et veillent à ce que le séjour dans un établissement médico-social reconnu ne mène pas, en règle générale, à une dépendance à l'égard de l'aide sociale (art. 10 al. 2 let. a LPC) ; un montant, arrêté par les cantons, pour les dépenses personnelles (art. 10 al. 2 let. a LPC).

Selon l'art. 12 LPC, le droit à une PC annuelle prend naissance le premier jour du mois au cours duquel la demande est déposée, pour autant que toutes les conditions légales soient remplies (al. 1). Si la demande est déposée dans les six mois suivant l'admission dans un *home* ou un hôpital, le droit aux prestations prend naissance le premier jour du mois au cours duquel l'admission a eu lieu, pour autant que toutes les conditions légales soient remplies (al. 2).

6.3 L'art. 9 al. 5 let. h LPC prévoit que le Conseil fédéral édicte des dispositions sur la définition de la notion de *home*.

Sur cette base de délégation, le Conseil fédéral a défini à l'art. 25a al. 1 de l'ordonnance sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité du 15 janvier 1971 (OPC-AVS/AI - RS 831.301) qu'est considérée comme *home* toute institution reconnue comme telle par un canton ou disposant d'une autorisation cantonale d'exploiter. Appelé à se prononcer à cet égard, le Tribunal fédéral a reconnu, dans un arrêt publié aux ATF 139 V 358, que la définition du *home* figurant à l'art. 25a al. 1 OPC-AVS/AI était conforme au droit fédéral et que la condition du séjour dans un *home* au sens des prestations complémentaires était remplie lorsque l'institution était reconnue par le canton comme un *home* ou qu'elle disposait d'une autorisation cantonale d'exploiter.

En outre, l'art. 25a al. 2 OPC-AVS/AI prévoit que si, dans le cadre de l'octroi d'une allocation pour impotent, l'office AI considère un assuré comme une personne séjournant dans un *home* au sens de l'art. 42ter al. 2 de loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - 831.20), cet assuré sera également considéré comme telle dans le cadre du droit aux prestations complémentaires.

6.4 L'art. 42ter al. 2 LAI fixe le montant de l'allocation pour impotent versée aux assurés qui séjournent dans un *home* et la notion de *home* en LAI est définie à l'art. 35ter du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201). Selon cette disposition, est réputée *home* au sens de la loi toute forme de logement collectif qui sert à l'assistance ou aux soins prodigués à l'assuré : lorsque l'assuré n'assume pas de responsabilité dans sa gestion (let. a), lorsque l'assuré ne peut pas décider librement de quelle prestation d'aide il a besoin ou sous quelle forme, ou encore qui la lui fournit ou à quel moment (let. b), ou lorsqu'un forfait pour les prestations de soins ou d'assistance doit être versé (let. c).

À noter que si la notion de *home* en matière de prestations complémentaires se fonde sur des critères purement formels – à savoir la reconnaissance cantonale en tant que *home* ou l'autorisation d'exploitation cantonale correspondante –, en matière d'assurance-invalidité, cette notion se fonde sur des critères matériels – définis à l'art. 35ter RAI – dont l'examen est, par nature, plus exigeant (*cf.* ATF 146 V 322 consid. 4.3).

6.5 En ce qui concerne les PCC, y ont droit les personnes qui remplissent les conditions de l'art. 2 LPCC (que sont notamment la perception d'une rente de l'assurance-vieillesse et survivants [al. 1 let. b]) et dont le revenu annuel déterminant n'atteint pas le revenu minimum cantonal d'aide sociale applicable (art. 4 LPCC).

Le montant annuel de la prestation complémentaire cantonale correspond à la part des dépenses reconnues qui excède le revenu annuel déterminant de l'intéressé (art. 15 al. 1 LPCC).

À teneur de l'art. 6 LPCC, les dépenses reconnues sont celles énumérées par la LPC et ses dispositions d'exécution, à l'exclusion du montant destiné à la couverture des besoins vitaux, remplacé par le montant destiné à garantir le revenu minimum cantonal d'aide sociale défini à l'art. 3 LPCC.

6.6 Pour les personnes vivant à domicile, l'art. 3 LPCC prévoit un revenu minimum cantonal d'aide sociale garanti par année et le montant de ce revenu, qui est régulièrement adapté, figure à l'art. 3 du règlement relatif aux prestations cantonales complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité du 25 juin 1999 (RPCC-AVS/AI - J 4 25.03). Aussi, conformément à l'art. 3 al. 1 let. a RPCC-AVS/AI, le revenu minimum cantonal d'aide sociale garanti, pour la période du 1er janvier 2021 au 31 décembre 2022, s'élève à CHF 26'087.- s'il s'agit d'une personne célibataire, veuve, divorcée, dont le partenariat enregistré a été dissous, ou qui vit séparée de son conjoint ou de son partenaire enregistré.

Pour une personne invalide vivant dans un *home*, l'art. 2A al. 1 LPCC prévoit, en application de l'art. 7 al. 1 de la loi fédérale sur les institutions destinées à promouvoir l'intégration des personnes invalides du 6 octobre 2006 (LIPPI - RS 831.26), qu'elle peut toucher des PCC si : elle est domiciliée dans le canton de Genève (let. a) et à défaut de pouvoir toucher des prestations complémentaires, elle doit faire appel à l'aide sociale (let. b). Les prestations des personnes vivant dans un *home*, accordées en vertu de l'al. 1, sont calculées selon les règles prévues pour les prestations complémentaires fédérales (art. 2A al. 2 LPCC).

L'art. 18 al. 1 LPCC reprend en substance le contenu de l'art. 12 al. 1 LPC, l'art. 18 al. 2 LPCC ajoutant que, si la demande d'une prestation est faite dans les six mois à compter de la notification d'une décision de rente de l'AVS ou de l'AI, le droit prend naissance le mois au cours duquel la formule de demande de rente a été déposée, mais au plus tôt dès le début du droit à la rente.

7. En droit cantonal, la loi sur la gestion des établissements pour personnes âgées du 4 décembre 2009 (LGEPA - J 7 20) vise à assurer, à toutes les personnes âgées, des conditions d'accueil, d'hébergement et de soins de qualité dans les EMS, subventionnés et reconnus d'utilité publique, ainsi que dans les résidences pour personnes âgées (art. 1). Elle définit notamment les conditions de délivrance des autorisations d'exploitation et les modalités de surveillance des EMS et des résidences pour personnes âgées (art. 2 let. a LGEPA), dont la surveillance relève, pour les domaines de gestion et de gouvernance, de la compétence du département de la cohésion sociale, soit pour lui le SeSPA (art. 32 al. 1 let. b LGEPA ; art. 2 al. 1 du règlement d'application de la LGEPA du 16 mars 2010 [RGEPA - J 7 20.011]).

Selon l'art. 33 LGEPA, les résidences pour personnes âgées sont des structures de séjour (al. 1), qui peuvent avoir un but lucratif (al. 2), ne bénéficient pas de

subvention cantonale et ne figurent pas dans la planification cantonale (al. 3). Toute résidence soumise à la LGEPA doit être au bénéfice d'une autorisation d'exploitation (art. 34 al. 1 LGEPA), laquelle est délivrées à la personne morale : qui dispose de locaux appropriés, répondant aux conditions légales d'hygiène, de salubrité et de sécurité (art. 34 al. 2 let. a LGEPA) ; qui fournit des prestations d'hébergement, de restauration et d'animation de qualité (art. 34 al. 2 let. b LGEPA) ; lorsque les professionnels de santé qui interviennent dans la résidence et qui dispensent des prestations ambulatoires sont agréés (art. 34 al. 2 let. c LGEPA). Pour les domaines médicaux et de soins, la surveillance des résidences et l'instruction des réclamations est assurée par le département de la santé (art. 35 LGEPA ; loi sur la santé du 7 avril 2006 [LS - K 1 03]).

Il ressort des travaux préparatoires relatifs à la LGEPA (TP 10401) que le législateur genevois a voulu opérer une distinction, dans le type d'intervention de l'État qui est prévu, entre les EMS et les résidences pour personnes âgées. Ainsi, les EMS sont des institutions qui, tout en restant, pour la plupart d'entre eux, des institutions de droit privé (par ailleurs à but non lucratif) sont soumises à des exigences inhérentes au subventionnement direct, par la subvention cantonale prévue par la loi, et indirect, par la prise en charge des frais de pension pour les bénéficiaires des prestations complémentaires. Les résidences pour personnes âgées, qui peuvent être des structures privées poursuivant un but lucratif, ne bénéficieront pas, de fait, d'un subventionnement de l'État. En opérant un résumé des effets de cette distinction, le législateur a alors expressément indiqué, concernant le financement de ces deux types d'institution, qu'en matière de prestations complémentaires, les résidences sont considérées comme « domicile » et non pas comme « *home* », contrairement aux EMS.

8. 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).

9. En l'espèce, en calculant le droit aux PCF et PCC de la recourante, l'intimé a considéré cette dernière comme une personne vivant à domicile, ne reconnaissant pas la résidence dans laquelle elle vit comme un *home* au sens des dispositions de la LGEPA ; le SPC a ainsi conclu qu'elle n'avait pas droit aux prestations complémentaires, ses dépenses reconnues étant inférieures à ses revenus déterminants.

La recourante conteste cette position et sollicite, dans le calcul de son droit, la prise en compte dans les dépenses reconnues de l'ensemble des frais qui lui sont facturés par la résidence où elle vit depuis novembre 2021. Elle fait valoir que cette résidence est un établissement médicalisé pour personnes âgées et handicapées et explique qu'elle ne peut pas rester seule à domicile et qu'elle a dû recourir, en urgence, à l'hébergement dans cet établissement, à défaut de place en EMS. Elle allègue que le délai d'attente pour avoir une place dans une institution publique est de deux ans. Enfin, elle expose avoir eu l'information selon laquelle, sur le montant total payé à la résidence, la quotité correspondant au loyer s'élève à CHF 779.- par mois et relève que le solde correspond donc aux prestations de base, telles que l'aide à l'habillage et à la douche, le ménage, *etc*. Par ailleurs, elle réclame la prise en compte encore de toute la période où elle a été hospitalisée avant son entrée dans la résidence.

9.1 Il convient donc de vérifier si la résidence dans laquelle vit la recourante peut être considérée comme un *home*, ou non, pour le calcul des prestations complémentaires.

Il sied de rappeler qu'en matière de prestations complémentaires, la notion de *home* se fonde sur des critères formels, lesquels sont la reconnaissance cantonale en tant que *home* ou l'autorisation d'exploitation cantonale correspondante.

Comme relevé précédemment, le législateur genevois a fixé un cadre en matière d'établissement pour personnes âgées et prévu, notamment, que les EMS et les résidences pour séniors devaient être munis d'autorisation d'exploiter, dont la délivrance est de la compétence du SeSPA.

Or, ce service s’est clairement déterminé en considérant que la résidence dans laquelle vit la recourante n'entre pas dans le champ d'application de la législation en matière d'établissements pour personnes âgées.

En outre, le législateur genevois a expressément exclu, en matière de prestations complémentaires, les résidences pour personnes âgées de la notion de *home*.

Dès lors, force est de constater que la résidence où vit la recourante n'est pas soumise à autorisation cantonale d'exploiter et n'est pas reconnue par le canton comme un *home*.

Partant, c’est à juste titre que l'intimé a retenu que la recourante devait être considérée comme une personne vivant à domicile pour le calcul de son droit aux PCF et PCC.

Quoi qu'en dise la recourante, il n'y a pas d'élément permettant de remettre en cause la décision litigieuse.

9.2 La distinction invoquée, pour le calcul du droit aux prestations, entre la part de loyer effectif mensuel, s'élevant à CHF 779.-, de celle des autres prestations mensuelles fournies par la résidence, soit CHF 3'021.- pour des frais qui correspondraient aux repas, à l'aide à l'habillage et à la douche, au ménage, *etc*.,

ne changerait pas la situation de la recourante. En effet, comme l'a relevé l'intimé dans ses écritures, le montant destiné à la couverture des besoins vitaux est fixé dans la loi et aucune dérogation n'est prévue en matière de prestations complémentaires pour tenir compte des besoins spécifiques d'un assuré.

Par ailleurs, le fait que la résidence en question serait médicalisée ne suffit pas pour lui reconnaitre un statut de *home*. De même, les arguments consistant à dire qu'elle a dû entrer en urgence dans cette résidence ou qu'il y aurait un long délai d'attente pour pouvoir trouver une place en EMS, outre qu'ils ne sont pas démontrés, ne sont pas des motifs permettant d'étendre la notion de *home* à la résidence C_____.

10. Dans un second grief, la recourante sollicite la prise en compte, pour le calcul du droit aux prestations complémentaires, de la période durant laquelle elle a été hospitalisée, avant son entrée en résidence.

En l'occurrence, il ressort des pièces versées à la procédure par la recourante, en particulier de l'avis de sortie du 4 octobre 2021 établi par les Hôpitaux universitaires de Genève, que celle-ci a été hospitalisée du 7 septembre au 4 octobre 2021 en raison de son AVC.

Or, non seulement la demande de prestations complémentaires de la recourante a été déposée le 1er avril 2022, soit plus de six mois après son admission à l'hôpital (le 7 septembre 2021), de sorte qu'il n'y aurait, en tout cas pas de droit rétroactif au premier jour du mois de son hospitalisation, mais surtout, elle est restée moins de trois mois à l'hôpital, soit une période trop courte pour retenir un statut de personne vivant dans un hôpital, ce qui exclut en principe le calcul du droit rétroactif (*cf.* art. 12 LPC et 18 LPCC).

En conséquence, ce grief est également mal fondé.

11. Compte tenu de ce qui précède, la chambre de céans n'a d'autre choix que de rejeter le recours.

12. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. fbis 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	Le président
Véronique SERAIN	Philippe KNUPFER

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