

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3673/2025

ATAS/632/2026

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 25 juin 2026

En la cause

A _____
représentée par B _____, curatrice

recourante

contre

SERVICE DES PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES

intimé

**Siégeant : Valérie MONTANI, présidente; Joanna JODRY, Eleanor MCGREGOR,
Philippe KNUPFER et Marine WYSSENBAACH, juges ;
Antonio Massimo DI TULLIO et Dana DORDEA, juges assesseurs.**

EN FAIT

- A.** **a.** A _____ (ci-après : l'intéressée), née le _____ 1944, de nationalité suisse, est mariée à C _____ depuis le 9 août 1991.
- b.** À teneur de l'extrait Calvin de l'office cantonal de la population et des migrations (ci-après : l'OCPM), l'intéressée et son mari (ci-après : les époux) résident à Genève depuis le 22 mai 2021 et séjournaient auparavant à Saint-Genis-Pouilly (France).
- c.** Par ordonnance du 31 mai 2022, le Tribunal de protection de l'adulte et de l'enfant (ci-après : TPAE) a institué une curatelle de représentation et de gestion en faveur de l'intéressée, en confiant à B _____ la tâche de la représenter dans ses rapports avec les tiers, en particulier en matière d'affaires administratives et juridiques, de gérer ses revenus et ses biens, d'administrer ses affaires courantes, de veiller à son bien-être social et de la représenter pour tous les actes nécessaires dans ce cadre.
- d.** L'intéressée séjourne dans un établissement médico-social (ci-après : EMS) depuis le 13 octobre 2022.
- B.** **a.** En date du 13 février 2025, les époux ont déposé une demande de prestations complémentaires, laquelle a été reçue par le Service des prestations complémentaires (ci-après : SPC) le 17 février suivant. L'intéressée a indiqué, dans le cadre de cette demande, qu'elle percevait un montant de CHF 24'132.- par an au titre de rente AVS et qu'elle était affiliée à l'assurance-maladie du Bureau international du travail (ci-après : BIT). Le prix de pension journalier de l'EMS de l'intéressée s'élevait à CHF 248.50 par jour.
- b.** À la demande du SPC, l'intéressée lui a transmis, par courrier du 30 avril 2025, le certificat du 28 avril 2025 établi par la Caisse d'Assurance pour la Protection de la Santé (ci-après : CAPS), mentionnant qu'elle était couverte par l'assurance-maladie et accidents du BIT depuis le 1^{er} janvier 2001, sans aucune restriction ni limite temporelle. La CAPS fournissait une couverture santé aux fonctionnaires et anciens fonctionnaires du BIT ainsi qu'aux membres de leur famille. Elle était auto-administrée et financée par les cotisations des assurés, calculées sur la base de leur rémunération ou de leur pension, ainsi que par les cotisations du BIT. La CAPS fournissait une couverture d'assurance médicale complète, valable dans le monde entier, 24 heures sur 24, en lieu et place des systèmes de sécurité nationaux et des régimes d'assurance-maladie complémentaires locaux.
- c.** Par décision du 27 août 2025, le SPC a constaté que l'intéressée n'avait pas droit à des prestations complémentaires fédérales (ci-après : PCF) rétroactivement au 1^{er} février 2025 et pour l'avenir, dès lors que ses revenus déterminants excédaient ses dépenses.

Le SPC a retenu, au titre des dépenses reconnues, un prix de pension de CHF 90'702.50 et un forfait pour les dépenses personnelles de CHF 3'600.-. S'agissant du revenu déterminant, il a tenu compte d'une rente AVS de CHF 13'446.-. Il a également imputé à l'intéressée une épargne de CHF 12'519.65 et une « rente viagère partagée » de CHF 131'403.70.

S'agissant des prestations complémentaires cantonales (ci-après : PCC), le SPC a relevé que l'intéressée n'en remplissait pas les conditions légales, au motif qu'elle résidait en Suisse et dans le canton de Genève depuis le 22 mai 2021, soit une durée de séjour insuffisante. Il lui était loisible de déposer une nouvelle demande de PCC en date du 1^{er} mai 2026, date à laquelle cette condition serait réalisée.

d. Par courrier du 5 septembre 2025, le directeur de l'EMS dans lequel séjournait l'intéressée a formé opposition à l'encontre de cette décision, en indiquant que sa critique portait sur le montant retenu par le SPC au titre de rente viagère. Il expliquait que l'époux de l'intéressée et cette dernière ne percevaient pas de rente de l'Organisation internationale du Travail (ci-après : OIT), mais que les montants figurant à ce titre sur le relevé bancaire UBS étaient des remboursements de l'assurance-maladie. Les seules rentes que l'intéressée et son époux percevaient étaient leurs rentes AVS et la rente versée par l'ONU à son époux.

À l'appui de son opposition, le directeur de l'EMS a produit le relevé bancaire de l'époux de l'intéressée pour l'année 2024 ainsi que le relevé de la CAPS s'agissant des montants remboursés pour les soins prodigués aux époux en 2024. Il a également joint à son opposition l'attestation de la caisse commune des pensions du personnel des Nations-Unies, mentionnant que les prestations de pension versées à l'époux de l'intéressée en 2024 s'élevaient à CHF 59'835.66.

e. Par courriel du 18 septembre 2025, la CAPS a adressé au SPC un décompte de remboursement du 3 septembre 2025, lequel mentionnait notamment le versement d'un montant de USD 6'029.93 pour chaque époux durant le mois de juillet 2025, au titre de « *Inst. Long Term Care* ».

f. Par décision du 24 septembre 2025, le SPC a rejeté l'opposition formée par le directeur de l'EMS de l'intéressée, en précisant qu'à teneur des informations figurant au dossier, le montant des rentes viagères partagées retenu dans le calcul se composait de CHF 59'835.65 au titre de rente de la caisse commune des pensions du personnel de l'ONU et de CHF 202'971.75 au titre de rente de l'OIT. La somme de la rente de l'OIT avait été déterminée par l'addition de tous les montants versés par cette organisation sur le compte bancaire de l'intéressé en 2024. Au cours de l'instruction de l'opposition, il était apparu que ces remboursements incluaient une participation aux frais de pension du couple à hauteur de CHF 195.- par jour et par personne, ce qui représentait un montant annualisé de CHF 71'175.-. Le SPC avait ainsi repris le calcul des prestations complémentaires, en tenant compte uniquement du montant de CHF 59'835.65 au titre de rente viagère partagée, celui de CHF 202'971.75 étant supprimé, et en

tenant compte d'un montant annualisé de CHF 71'175.- dans la rubrique des prestations périodiques. Ces nouveaux calculs ne permettraient toutefois pas à l'intéressée de bénéficier de prestations complémentaires, dès lors que ses revenus demeuraient supérieurs à ses dépenses.

C. a. Par acte du 12 octobre 2025, l'intéressée, par l'intermédiaire de sa curatrice, a formé recours contre cette décision auprès de l'intimé, en indiquant qu'elle maintenait l'opposition formée précédemment. L'assurance-maladie versait CHF 195.- par jour et par personne, étant précisé que ce montant incluait les frais de pension et le « forfait OPAS ». Il manquait une somme annuelle de CHF 21'019.04, laquelle était prélevée sur l'argent des époux.

b. Le 20 octobre 2025, l'intimé a transmis à la chambre des assurances sociales de la Cour de justice le courrier de la recourante du 12 octobre 2025, comme objet de sa compétence.

c. Par courriel du 7 novembre 2025, l'EMS dans lequel séjournait la recourante a adressé à l'intimé les relevés du « compte pension » et les « factures pension » de janvier à septembre 2025, ainsi que les extraits de compte « Forfait CM » pour la période de janvier à octobre 2025. Il ressortait notamment de ces documents que le montant journalier de CHF 115.20 était facturé au titre de « forfait OPAS », que celui de CHF 248.50 était facturé au titre de frais de pension et qu'une participation aux coûts des soins de CHF 10.- par jour était à la charge de la recourante.

d. Par réponse du 17 novembre 2025, l'intimé a conclu au rejet du recours, en rappelant que la recourante était couverte par l'assurance-maladie de l'OIT, qui participait au financement du prix de pension à hauteur de CHF 195.- par jour selon le décompte qui lui avait été transmis durant l'instruction de l'opposition. Afin de tenir compte de cette participation dans le calcul des prestations complémentaires, l'intimé avait intégré le montant annualisé de CHF 71'175.- sous la rubrique de prestations périodiques. Contrairement à ce que soutenait la recourante, il ne pouvait pas être retenu que le montant de CHF 195.- incluait une participation au « forfait OPAS » facturé par l'EMS, dès lors que les décomptes de l'assureur-maladie ne contenaient aucune précision à ce propos, la recourante ne produisant en outre aucun justificatif appuyant sa thèse. L'intimé relevait également que le « forfait soins OPAS », facturé par l'EMS, était pris en charge par l'assurance obligatoire de soins pour les personnes affiliées à la LAMal, de sorte que ce type de frais faisait l'objet d'une facture séparée, adressée en principe directement à l'assureur par l'EMS. S'agissant des personnes non affiliées à la LAMal, la législation en vigueur en matière de prestations complémentaires ne prévoyait pas la prise en compte d'un tel montant dans la liste exhaustive des dépenses, ni son remboursement au titre de frais médicaux. Or, une déduction systématique de l'ensemble des coûts liés au forfait OPAS sur le montant journalier de CHF 195.- reviendrait à faire supporter au régime des prestations complémentaires le financement de ces frais. Il appartenait à la recourante de

produire la décision de la caisse statuant sur la participation de CHF 195.- par jour et une copie de ses statuts mettant en évidence le montant maximum pouvant être accordé pour les frais de pension.

e. Par courrier du 8 décembre 2025, la recourante a indiqué que la CAPS l'avait informée que le forfait journalier de CHF 195.- comprenait les frais de pension et le forfait OPAS, sans qu'il fût possible d'établir des décomptes séparés.

Elle a notamment annexé à sa correspondance ses échanges de courriels avec la CAPS des 7 et 8 octobre 2025, lesquels confirmaient la teneur de son courrier.

f. Par pli du 16 janvier 2026, l'intimé a indiqué qu'au vu des circonstances du cas d'espèce, il s'en rapportait à justice, en rappelant que la législation en matière de prestations complémentaires ne permettait pas la prise en charge du forfait OPAS.

g. Ce courrier a été transmis à la recourante.

EN DROIT

1.

1.1 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.

1.2 Compte tenu de la curatelle dont la recourante fait l'objet, la chambre de céans rappelle ce qui suit.

1.2.1 La capacité d'être partie et la capacité d'ester en justice du recourant sont des conditions de recevabilité du recours, que le tribunal examine d'office. Pour le recourant majeur, privé de la capacité d'ester en justice par une mesure de curatelle, le consentement de l'autorité de protection de l'adulte est également nécessaire. Si une partie qui n'a pas l'exercice des droits civils interjette seule un recours, le juge impartira à son représentant un délai pour le ratifier, et si nécessaire, pour produire une décision d'approbation de l'autorité de protection de l'adulte (Jean METRAL *in* Commentaire romand LPGA, nn. 1 et 6 *ad* art. 59 LPGA).

L'art. 394 du Code civil suisse (CC - RS 210) prévoit qu'une curatelle de représentation est instituée lorsque la personne qui a besoin d'aide ne peut

accomplir certains actes et doit de ce fait être représentée (al. 1). L'autorité de protection de l'adulte peut limiter en conséquence l'exercice des droits civils de la personne concernée (al. 2). Même si la personne concernée continue d'exercer tous ses droits civils, elle est liée par les actes du curateur (al. 3).

Une curatelle de représentation n'entraîne ainsi pas une restriction *de jure* de la capacité civile de la personne concernée. Cette dernière continue donc à pouvoir effectuer seule tout acte juridique pour peu qu'elle soit capable de discernement. En dépit de cette curatelle, la personne capable de discernement conserve le pouvoir de prendre des engagements et de disposer de ses biens. Dans le champ de compétences du curateur, elle dispose de pouvoirs qui sont parallèles à ceux du curateur (Audrey LEUBA, Commentaire romand Code civil I, 2023, nn. 18 et 19 *ad art.* 394 CC).

La compétence du curateur découle de la loi, plus précisément de la décision de l'autorité reposant sur les dispositions de la loi. Le curateur n'a donc pas besoin d'une procuration supplémentaire de la personne pour pouvoir la représenter ou avoir accès aux informations nécessaires à l'exécution de ses tâches (Audrey LEUBA, *op. cit.*, n. 15 *ad art.* 394 CC). Le curateur institué devient le représentant légal de la personne concernée dans le cadre des tâches qui lui sont confiées ; il l'engage valablement par ses actes ou omissions. L'institution d'une curatelle de représentation n'entraîne pas automatiquement une limitation de l'exercice des droits civils de la personne concernée, à moins que l'autorité de protection de l'adulte n'en décide autrement (arrêt du Tribunal fédéral 8C_32/2024 du 4 novembre 2024 consid. 7.3). Les procurations (art. 32 ss de la loi fédérale complétant le Code civil suisse du 30 mars 1911 [CO - RS 220]) ou mandats (art. 394 ss CO) que la personne concernée a précédemment conférés à des tiers ne s'éteignent pas automatiquement lors de l'institution d'une curatelle de représentation qui ne comprend pas de limitation de l'exercice des droits civils. L'autorité ou le curateur peuvent en revanche les révoquer (Audrey LEUBA, *op cit.*, n. 21 *ad art.* 394 CC).

1.2.2 En l'occurrence, la recourante est au bénéfice d'une curatelle de représentation et de gestion. En effet, à teneur de l'ordonnance du TPAE du 31 mai 2022, B_____ a la tâche de la représenter dans ses rapports avec les tiers, en particulier en matière d'affaires administratives et juridiques, de gérer ses revenus et ses biens, d'administrer ses affaires courantes, de veiller à son bien-être social et de la représenter pour tous les actes nécessaires dans ce cadre.

Par conséquent, la recourante est valablement représentée par B_____ dans le cadre de la présente procédure.

1.3 Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA).

- 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). 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).

3. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations complémentaires dès le 1^{er} février 2025.

- 4.

4.1 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, ainsi que les conditions relatives à la fortune nette prévues à l'art. 9a LPC, ont droit à des prestations complémentaires. Ont ainsi droit aux prestations complémentaires 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.

4.2 Sur le plan cantonal, l'art. 2 al. 1 let. a LPCC soumet le droit aux prestations complémentaires cantonales à la condition du domicile et de la résidence habituelle sur le territoire de la République et canton de Genève.

Par ailleurs, le requérant suisse, le requérant ressortissant de l'un des États membres de l'Association européenne de libre-échange ou de l'Union européenne, auquel l'accord du 21 juin 1999 entre la Confédération suisse d'une part, et la Communauté européenne et ses États membres, d'autre part, sur la libre circulation des personnes (ALCP - RS 0.142.112.681) s'applique, doit avoir été domicilié en Suisse ou sur le territoire d'un État membre de l'Association européenne de libre-échange ou de l'Union européenne auquel l'ALCP s'applique et y avoir résidé effectivement 5 ans durant les 7 années précédant la demande (art. 2 al. 2 LPCC).

Dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 1998, la LPCC imposait une durée de séjour immédiat pour les Genevois, de sept ans pour les Confédérés et de dix ans pour les étrangers. Afin de se conformer à la liberté d'établissement pour tous les citoyens suisses, le législateur cantonal a défini un délai de séjour identique - qu'il a ramené à cinq ans - pour tous les ressortissants suisses, qu'ils soient Genevois ou Confédérés (Mémorial du Grand-Conseil [MGC] 1998/VIII pp. 7550 et 7551). L'art. 2 al. 2 LPCC a encore été modifié en 2004 afin de respecter le principe d'égalité de traitement avec les ressortissants de l'UE, compte tenu de l'entrée en vigueur de l'ALCP. Le législateur a alors décidé de s'en tenir aux délais de carence prévus par la disposition et de les appliquer de la même manière pour les ressortissants suisses et pour les ressortissants de l'UE (MGC 2002-2003 V A 2361). Il ressort en outre des commentaires relatifs à l'entrée en vigueur du nouvel art. 2 al. 2 LPCC qu'il convenait d'appliquer, conformément aux art. 8 let. c ALCP et 10^{bis} par. 2 du Règlement (CEE) n° 1408/71, le principe de totalisation des périodes prises en considération par les différentes législations nationales pour l'ouverture du droit aux prestations, de sorte qu'il devait être tenu compte, pour la réalisation du délai de carence, des

périodes de résidence accomplies en Suisse et dans un État membre de l'Union européenne ou de l'AELE (MGC 2002-2003 V A 2361, p. 2371). Au fil de ces modifications successives, il appert que l'exigence du délai de carence a toujours eu pour seul rôle de permettre de prouver le lien exigible intense avec la Suisse, tout en assurant un traitement identique entre Confédérés, d'une part, et entre ressortissants Suisse et ressortissants UE/AELE, d'autre part (*cf.* ATAS/394/2017 du 22 mai 2017 consid. 13 et les références citées).

La législation cantonale établit ainsi une distinction en fonction du lieu de séjour du requérant suisse ou du ressortissant de l'un des États membres de l'UE/AELE avant le dépôt de sa demande de prestations complémentaires cantonales. Si le requérant a séjourné en Suisse ou sur le territoire d'un État membre de l'UE/AELE durant les cinq ans précédant la demande, alors le droit aux prestations cantonales sera immédiat. Si, en revanche, l'intéressé a séjourné dans un État tiers – non membre de l'UE/AELE –, il sera soumis au délai de carence de cinq ans dès sa prise de domicile en Suisse (ATAS/504/2020 du 23 juin 2020 consid. 6.d).

5.

5.1 L'art. 9 LPC prévoit que 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 (al. 1 let. a) ; 60% du montant forfaitaire annuel pour l'assurance obligatoire des soins au sens de l'art. 10 al. 3 let. d LPC (al. 1 let. b). Les dépenses reconnues et les revenus déterminants des conjoints et des personnes qui ont des enfants ayant droit à une rente d'orphelin ou donnant droit à une rente pour enfant de l'AVS ou de l'AI sont additionnés. Il en va de même pour des orphelins faisant ménage commun (al. 2). Pour les couples dont l'un des conjoints ou les deux vivent dans un home ou dans un hôpital, la prestation complémentaire annuelle est calculée séparément pour chacun des conjoints sur la base des principes suivants : les dépenses reconnues sont prises en compte pour le conjoint auquel elles se rapportent ; si la dépense concerne les deux conjoints, elle est prise en compte à raison de moitié pour chacun d'eux (al. 3 let. a) ; les revenus déterminants sont soumis au partage par moitié, à l'exception de l'imputation de la fortune ; le Conseil fédéral peut prévoir d'autres exceptions pour les revenus qui ne concernent qu'un conjoint (al. 3 let. b) ; la fortune est prise en compte à raison de moitié pour chacun des conjoints ; si un couple ou un des conjoints est propriétaire d'un immeuble qui sert d'habitation à l'un des conjoints tandis que l'autre vit dans un home ou dans un hôpital, la fortune est prise en compte à raison de trois quarts pour le conjoint vivant dans le home ou l'hôpital et à raison d'un quart pour le conjoint vivant à domicile (al. 3 let. c).

5.2 Selon l'art. 4 OPC-AVS/AI, les revenus déterminants des deux époux sont additionnés. Le montant total ainsi obtenu est ensuite réparti par moitié entre

chacun d'eux (al. 1). Sont exclus de l'addition et de la répartition par moitié les revenus suivants : les prestations aux coûts de séjour dans un home ou dans un hôpital versées par l'assurance-maladie ou par l'assurance-accidents (al. 4 let. a) ; les allocations pour impotent, dont la prise en compte peut intervenir en vertu de l'art. 15b (al. 4 let. b) ; la valeur locative de l'immeuble habité par l'un des conjoints (al. 4 let. c) ; l'imputation de la fortune (al. 4 let d). Les revenus mentionnés à l'al. 4 sont pris en compte pour le conjoint directement concerné par eux (al. 5).

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

- la taxe journalière pour chacune des journées facturées par le home ou l'hôpital ; 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), intitulé « Séjour dans un home ou dans un établissement médico-social », 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, et à la loi sur l'intégration des personnes handicapées, du 16 mai 2003 (al. 1). Le forfait pour dépenses personnelles s'élève à CHF 3'600.- par an pour les personnes âgées (al. 2 *in initio*, dans sa teneur de 2025).

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 ; 131 V 256 consid. 5.5).

5.4 L'art. 11 LPC dispose notamment que les revenus déterminants comprennent un quinzième de la fortune nette, un dixième pour les bénéficiaires de rentes de vieillesse, dans la mesure où elle dépasse CHF 50'000.- pour les couples (al. 1 let. c). Pour les personnes vivant dans un home ou dans un hôpital, les cantons peuvent fixer le montant de la fortune qui sera pris en compte en dérogeant à l'art. 11 al. 1 let. c LPC. Les cantons sont autorisés à augmenter, jusqu'à concurrence d'un cinquième, ce montant (al. 2).

Le canton de Genève a fait usage de cette possibilité puisqu'il a prévu, à l'art. 2 al. 2 LPFC, que la part de la fortune nette prise en compte dans le calcul du revenu déterminant est d'un cinquième pour les bénéficiaires de rentes de vieillesse, après déduction des franchises prévues par l'art. 11 al. 1 let. c LPC.

Selon l'art. 11 al. 3 let. g LPC, entré en vigueur le 1^{er} janvier 2021, ne sont pas prises en compte dans les revenus déterminants les contributions de l'assurance obligatoire des soins aux coûts des soins dispensés dans un home, lorsque la taxe journalière ne comprend pas les coûts des soins au sens de la LAMal.

6.

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

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

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

L'al. 5, en vigueur depuis le 1^{er} 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 (...).

6.3 Les art. 7 et 7a 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).

6.4 En résumé, l'art. 25a LAMal, entré en vigueur le 1^{er} 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 1^{er} janvier 2020 ; cf. art. 7a al. 3 OPAS, sur délégation de l'art. 33 let. b et i de l'ordonnance fédérale sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 [OAMal - RS 832.102]) [part de l'assureur].

Deuxièmement, les coûts des soins qui ne sont pas pris en charge par les assurances sociales peuvent, les cantons étant libres d'adopter une solution plus favorable aux assurés, être répercutés sur la personne assurée. Pour éviter qu'une charge démesurée ne pèse sur celle-ci, l'art. 25a al. 5 LAMal a limité sa part à 20% au plus de la contribution maximale versée par l'assureur social, soit à 20% de CHF 108.- (CHF 115.20 depuis le 1^{er} janvier 2020) ou CHF 21.60 (CHF 23.05 depuis le 1^{er} janvier 2020) par jour [part de l'assuré].

Troisièmement, le financement des frais qui ne sont couverts ni par l'assureur, ni par l'assuré est à régler par le canton, selon l'art. 25a al. 5 *in fine* LAMal (arrêt du Tribunal fédéral 2C_728/2011 du 23 décembre 2011 consid. 3.2) [part résiduelle].

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

6.5 Dans la mesure où la réglementation du financement résiduel incombe aux cantons, ceux-ci disposent d'une large marge de manœuvre en la matière et ils ont notamment la possibilité de réduire ou de supprimer la participation aux soins des personnes résidant en EMS (ATF 138 I 410 consid. 4.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 2C_728/2011 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 10.- 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 22 janvier 2025 par le Conseil d'État genevois, entré en vigueur le 1^{er} janvier 2025 ; ATAS/1131/2022 consid. 6.5).

7. 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 ; 126 V 353 consid. 5b ; 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).
8. Par décision du 27 août 2025, confirmée sur opposition le 24 septembre suivant, l'intimé a dénié à la recourante le droit à des PCF, au motif que ses revenus déterminants excédaient ses dépenses. Il a également considéré que la recourante ne remplissait pas les conditions légales lui permettant de prétendre à des PCC, dès lors qu'au moment du dépôt de sa demande de prestations, elle ne résidait pas dans le canton de Genève depuis cinq ans.

8.1 S'agissant des PCC, il n'est pas contesté que la recourante, qui séjourne dans un EMS genevois depuis le 13 octobre 2022, avait sa résidence habituelle et son domicile à Genève au moment où elle a déposé sa demande de prestations complémentaires, à savoir le 13 février 2025.

L'intimé estime toutefois qu'à cette date la recourante n'avait pas résidé cinq ans en Suisse au cours des sept dernières années. Il lui a ainsi indiqué qu'elle ne remplissait pas les conditions légales pour prétendre à des PCC, en l'informant qu'il lui était loisible de renouveler sa demande au mois de mai 2026, moment auquel elle compterait cinq ans de résidence en Suisse.

La chambre de céans observe qu'il ressort de l'extrait Calvin de l'OCPM, lequel figure au dossier de l'intimé, que durant les sept années ayant précédé le dépôt de sa demande de prestations, la recourante ne s'était établie en Suisse, plus particulièrement à Genève, qu'au mois de mai 2021, de sorte qu'elle ne comptait

pas cinq ans de résidence et de séjour effectif en Suisse au moment du dépôt de sa demande.

Cela étant, l'extrait Calvin de l'OCPM mentionne que la recourante a quitté la Suisse en date du 1^{er} juin 1997 pour Saint-Genis-Pouilly, en France, et qu'elle y séjournait avant de s'installer à nouveau en Suisse. Par ailleurs, il ressort des avis de taxation immobilière des 15 février 2023 et 17 janvier 2024 que les époux étaient propriétaires d'un bien à Saint-Genis-Pouilly (01630). Ceci est du reste confirmé par leur « déclaration des propriétés immobilières », dans laquelle ils indiquent avoir vendu un appartement situé dans cette ville le 31 août 2022, étant relevé que la quote-part du prix de vente attribuée à la recourante est mentionnée sur son relevé de compte du 2 septembre 2022 (*cf.* pièce 1).

Il appert ainsi que différents éléments suggèrent que les époux ont vécu en France avant de s'installer en Suisse au mois de mai 2021.

Or, conformément à l'art. 2 al. 2 LPCC, l'intimé aurait dû examiner si la recourante, au moment du dépôt de sa demande de prestations, avait résidé suffisamment de temps en France, pays soumis à l'ALCP, pour pouvoir satisfaire aux conditions légales lui permettant de prétendre à des PCC, puisqu'il convient à cet égard de tenir compte des séjours réalisés en Suisse et dans les États membres de l'ALCP.

Par conséquent, la décision querellée sera annulée sur ce point et la cause renvoyée à l'intimé pour qu'il instruisse cette question et rende une nouvelle décision sur le droit de la recourante à des PCC à compter du 1^{er} février 2025.

8.2 En ce qui concerne les PCF, la chambre de céans observe tout d'abord que l'intimé a, à raison, calculé la prestation complémentaire séparément pour chacun des conjoints, dès lors que ceux-ci vivent dans un home.

S'agissant ensuite des différents éléments retenus par l'intimé dans le cadre du calcul des PCF de la recourante, il appert que le montant de CHF 3'600.- retenu au titre de forfait de dépenses personnelles est conforme à l'art. 4 al. 2 RPFC et que celui de CHF 90'702.50, retenu au titre du prix de pension, correspond au montant annualisé de la taxe journalière de séjour de l'EMS de la recourante, laquelle s'élève à CHF 248.50 à teneur du dossier (*cf.* pièce 19).

Le montant de CHF 13'446.-, imputé à la recourante au titre de rente AVS, est également correct au vu des pièces du dossier, dès lors qu'il correspond à la moitié des rentes AVS perçues par la recourante et son époux, rentes s'élevant à CHF 24'828.-, respectivement CHF 2'064.- (*cf.* pièce 3).

La fortune, dont le montant total de CHF 175'196.65 retenu par l'intimé n'est pas contesté par la recourante, a par ailleurs été répartie à parts égales entre les époux, puis pris en compte à hauteur de 20% après déduction de la franchise de CHF 25'000.-, de sorte que le montant de CHF 12'519.65 ainsi obtenu est correct ($\{[175'196.65 / 2] - 25'000\} / 5$; art. 11 al. 2 LPC cum art. 2 al. 2 LPFC).

La « rente viagère partagée » de CHF 59'835.65, dont le montant n'est pas contesté par la recourante et est établi par l'attestation de la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies en date du 2 janvier 2025 (*cf.* pièce 10), a quant à elle été répartie à parts égales entre les époux ($59'835.65 / 2 = 29'917.825$; art. 4 al. 1 OPC-AVS/AI).

Concernant le montant de CHF 71'175.- retenu à titre de prestations périodiques, il n'est pas contesté que l'assurance-maladie de la recourante prend en charge, en lien avec son séjour en EMS, le montant journalier de CHF 195.-, soit le montant annuel de CHF 71'175.- (195×365). Ce montant provient des « Statuts et règlement administratif » de la CAPS, dans son édition de 2024, qui prévoient à leur article 2.5 que les prestations relatives aux séjours en maison de retraite sont prises en charge à hauteur de 80%, sous réserve du plafond journalier et des autres conditions fixées par le Règlement administratif (Règlement de la caisse, p. 38). Il est également mentionné que les dépenses maximales afférentes au séjour dans un établissement médicalisé sont fixées à USD 150 et que le taux de change de référence à compter du 1^{er} janvier 2009 est de 1.30 CHF pour 1 USD (Règlement de la caisse, pp. 51 et 59). Le montant de CHF 195.- provient ainsi de cette conversion (150×1.3).

Les parties divergent s'agissant des prestations couvertes par ce montant forfaitaire.

La recourante fait grief à l'intimé d'avoir retenu que le montant journalier pris en charge par son assurance-maladie en lien avec son séjour en EMS, à savoir CHF 195.-, n'incluait pas de participation au « forfait OPAS ». Elle est d'avis que ce montant englobe des prestations de soins au sens des art. 7 et 7a OPAS, de sorte qu'il ne devrait pas en être tenu compte dans ses revenus déterminants.

L'intimé soutient qu'il n'est pas démontré, à teneur du dossier, que le forfait journalier de CHF 195.- couvrirait des prestations de soins au sens des art. 7 et 7a OPAS dispensés dans l'EMS de la recourante, de sorte que le montant de CHF 71'175.- devrait être retenu dans ses revenus déterminants. Par pli du 16 janvier 2026, l'intimé a toutefois indiqué qu'au vu des circonstances du cas d'espèce, il s'en rapportait à justice, en rappelant que la législation en matière de prestations complémentaires ne permettait pas la prise en charge du forfait OPAS.

La chambre de céans constate que le dossier de l'intimé contient les éléments suivants.

Les relevés bancaires de l'époux de la recourante pour l'année 2024 ne permettent pas de déterminer à quel titre l'OIT a versé aux époux les différents montants mentionnés, lesquels varient du reste sensiblement tout au long de l'année (*cf.* pièce 13, annexe 1).

Par ailleurs, il ressort de l'extrait de compte de la recourante auprès de l'EMS (« forfait CM ») que le montant journalier dont elle doit s'acquitter au titre de

prestations de soins (« forfait OPAS 12 ») s'élève à CHF 115.20, ce qui correspond à un montant annuel de CHF 42'048.-.

Il appert en outre qu'en sus de la taxe journalière de séjour de CHF 248.50, un montant journalier de CHF 10.- est facturé à la recourante au titre de participation aux soins qui lui sont prodigués dans l'EMS, ce conformément à l'arrêté du Conseil d'État du 22 janvier 2025.

Il ressort enfin des courriels échangés entre la recourante et son assurance-maladie que cette dernière ne peut pas préciser, s'agissant du montant forfaitaire de CHF 195.-, quelle part concerne les prestations de soins au sens des art. 7 et 7a OPAS, respectivement celle qui couvre les frais de pension.

8.3 Avant de déterminer quelle part du forfait journalier de CHF 195.- correspond aux soins prodigués en vertu de l'OPAS, respectivement aux frais de séjour, il convient d'examiner si les prestations de la CAPS sont susceptibles d'entrer dans le champ d'application de l'art. 11 al. 3 let. g LPC, qui prévoit que les contributions de « l'assurance obligatoire des soins » aux coûts des soins dispensés dans un home ne sont pas prises en compte dans les revenus déterminants lorsque la taxe journalière ne comprend pas les coûts des soins au sens de la « LAMal ».

Pour mémoire, la recourante est affiliée auprès de l'assurance-maladie CAPS de l'OIT, en lieu et place d'une assurance-maladie obligatoire suisse.

Il ressort du dossier qu'elle bénéficie de cette couverture par le biais de son époux, qui travaillait au sein de l'OIT. Les époux ont ainsi très vraisemblablement été exceptés de l'assurance obligatoire en vertu de l'art. 6 al. 3 et 4 OAMal, au motif que leur couverture auprès de l'assurance-maladie de l'OIT a été jugée équivalente à celle de la LAMal, ce que confirme d'ailleurs la teneur de la dernière écriture de la recourante.

Partant, il n'est pas certain que les prestations versées par cette assurance puissent être exclues du revenu déterminant de la recourante, dès lors que l'art. 11 al. 3 let. g LPC se réfère aux contributions d'une assurance obligatoire des soins, et non à celles d'une assurance d'un bénéficiaire institutionnel au sens de l'art. 6 al. 3 OAMal.

Il convient dès lors de procéder à l'interprétation de l'art. 11 al. 3 let. g LPC afin de déterminer si les prestations versées par l'assurance de la recourante, pour la part afférente aux soins, doivent ou non être prises en compte dans ses revenus déterminants.

8.4 La loi s'interprète en premier lieu selon sa lettre (interprétation littérale). Si le texte n'est pas absolument clair, si plusieurs interprétations sont possibles, il convient de rechercher quelle est la véritable portée de la norme, en la dégagant de tous les éléments à considérer, soit notamment des travaux préparatoires (interprétation historique), du but de la règle, de son esprit, ainsi que des valeurs

sur lesquelles elle repose, singulièrement de l'intérêt protégé (interprétation téléologique) ou encore de sa relation avec d'autres dispositions légales (interprétation systématique). Le Tribunal fédéral ne privilégie aucune méthode d'interprétation, mais s'inspire d'un pluralisme pragmatique pour rechercher le sens véritable de la norme ; il ne se fonde sur la compréhension littérale du texte que s'il en découle sans ambiguïté une solution matériellement juste (ATF 148 II 299 consid. 7.1 ; 147 V 35 consid. 7.1). Il y a lieu de déroger au sens littéral d'un texte clair, lorsque des raisons objectives permettent de penser que le texte ne restitue pas le sens véritable de la disposition en cause et conduit à des résultats que le législateur ne peut avoir voulus et qui heurtent le sentiment de la justice et le principe de l'égalité de traitement. De tels motifs peuvent découler des travaux préparatoires, du but de la règle, de son esprit, ainsi que des valeurs sur lesquelles elle repose, singulièrement de l'intérêt protégé ou encore de sa relation avec d'autres dispositions légales (ATF 150 V 33 consid. 5.1 ; 148 V 256 consid. 5.3.3 ; 138 II 557 consid. 7.1).

L'interprétation de la loi peut conduire à la constatation d'une lacune. Une lacune proprement dite suppose que le législateur s'est abstenu de régler un point qu'il aurait dû régler et qu'aucune solution ne se dégage du texte ou de l'interprétation de la loi. En revanche, si le législateur a renoncé volontairement à codifier une situation qui n'appelait pas nécessairement une intervention de sa part, son inaction équivaut à un silence qualifié. Quant à la lacune improprement dite, elle se caractérise par le fait que la loi offre certes une réponse, mais que celle-ci est insatisfaisante. D'après la jurisprudence, seule l'existence d'une lacune proprement dite appelle l'intervention du juge, tandis qu'il lui est en principe interdit, selon la conception traditionnelle qui découle notamment du principe de la séparation des pouvoirs, de corriger les silences qualifiés et les lacunes improprement dites, à moins que le fait d'invoquer le sens réputé déterminant d'une norme ne soit constitutif d'un abus de droit, voire d'une violation de la Constitution (ATF 150 I 80 consid. 3.1 et les références citées).

Selon le texte de l'art. 11 al. 3 let. g LPC, les contributions de l'assurance obligatoire des soins aux coûts des soins dispensés dans un home ne sont pas prises en comptes dans les revenus déterminants, lorsque la taxe journalière ne comprend pas les coûts des soins au sens de la LAMal. Les versions allemande (« *obligatorischen Krankenpflegeversicherung* ») et italienne (« *assicurazione obbligatoria* ») ne fournissent pas davantage d'informations s'agissant de ce que recouvre le concept des contributions de l'assurance obligatoire des soins.

Sous l'angle historique et téléologique, il convient de relever que l'ancien article 11 LPC prévoyait que toutes les prestations périodiques devaient être prises en compte au titre de revenus dans le calcul de la PC, y compris la contribution de l'assurance obligatoire des soins aux coûts des soins dispensés dans un home (art. 11 al. 3 aLPC *a contrario* ; Message du Conseil fédéral relatif à la

modification de la loi sur les prestations complémentaires (Réforme des PC) du 16 septembre 2016, FF 2016 7249, 7299).

À teneur du Message du Conseil fédéral relatif à la modification de la loi sur les prestations complémentaires (Réforme des PC) du 16 septembre 2016, « dans le cadre du nouveau régime de financement des soins, la plupart des cantons ont dissocié les coûts des soins des PC et ne les considèrent plus comme un élément de la taxe journalière dans le calcul de la PC. Afin d'éviter toute distorsion lors de la détermination du montant de la PC, la contribution de l'assurance obligatoire des soins aux coûts des soins ne sera plus, dans de tels cas, prise en compte dans le calcul de la PC » (FF 2016 7249, 7299).

Dans son message du 16 septembre 2016, le Conseil fédéral précise encore qu'avec « l'entrée en vigueur du nouveau régime de financement des soins, la plupart des cantons ont dissocié le financement des soins selon la LAMal du régime des PC. Par conséquent, le calcul individuel de la PC ne tient plus compte des contributions aux soins de l'assurance obligatoire des soins ni de la part de soins comprise dans la taxe journalière du home. Trois cantons seulement (SZ, ZG, SO, uniquement SZ depuis 2013) intègrent la totalité des frais des soins dans le calcul de la PC. C'est la raison pour laquelle ces cantons enregistrent les plus fortes augmentations des dépenses pour les PC » (FF 2016 7249, 7263).

S'agissant du nouveau régime de financement des soins, celui-ci est entré en vigueur en 2011. « Il règle la répartition des coûts pour les soins ambulatoires, les soins dispensés dans un home, ainsi que les soins aigus et de transition. Les frais de soins sont répartis entre les caisses-maladie, les patients et les pouvoirs publics. Ne sont pas concernés par la répartition les frais ordinaires d'hébergement et d'assistance, qui interviennent également lors d'un séjour dans un home. 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 structures de soins de jour ou de nuit, ou dans des établissements médico-sociaux (art. 25a, al. 1, de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance maladie [LAMal]). Le montant de la contribution dépend du besoin quotidien de soins. Quant aux frais des soins non couverts, ils peuvent être répercutés sur les assurés à hauteur de 20% au plus de la contribution maximale aux soins de l'assurance obligatoire des soins, soit, aujourd'hui, 21,60 francs par jour = 7862 francs par année (art. 25a, al. 5, LAMal). Les cantons, qui doivent dans ce cadre régler le financement résiduel, ont procédé à des adaptations en ce qui concerne le niveau des PC. Comme les cantons ont pris des mesures divergentes, l'évolution de leurs dépenses au titre des PC pour les résidents de home est très hétérogène. La plupart des cantons ont dissocié du régime des PC le financement des soins visé par la LAMal » (FF 2016 7249, 7259 et 7260).

L'un des buts poursuivis par l'instauration du nouveau régime de financement des soins était d'éviter de charger davantage financièrement l'assurance-maladie qui, dans l'ancien système, prenait en charge un nombre croissant de prestations de

soins liées à la vieillesse (Message du Conseil fédéral relatif à la loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins du 16 février 2005, FF 2005 1911, 1912).

Il ressort de ce qui précède que la modification de l'art. 11 al. 3 let. g LPC, intervenue en 2021, a pour objectif de tenir compte du nouveau régime de financement des soins entré en vigueur dix ans plus tôt. En effet, dans la mesure où les cantons ont dissocié les coûts des soins des PC et ne les considèrent plus comme un élément de la taxe journalière dans le calcul de la PC, ces coûts ne sont plus intégrés dans les dépenses. L'art. 11 al. 3 let. g LPC vise ainsi à ne pas prendre en considération un revenu qui ne trouverait pas d'équivalent dans les dépenses reconnues en matière de PC s'agissant des résidents d'un home, raison pour laquelle cette disposition prévoit que les contributions de l'assurance obligatoire des soins aux coûts des soins dispensés dans un home ne sont pas prises en compte dans les revenus de la personne assurée lorsque la taxe de séjour n'inclut que le forfait socio-hôtelier, à l'exclusion des coûts des soins au sens de la LAMal.

La réglementation en matière de prestations complémentaires ne contient toutefois aucune disposition spécifiquement applicable à la situation du cas d'espèce, dans laquelle une assurance-maladie, qui n'est pas une AOS, prend en charge les traitements et les soins prodigués par l'EMS de la recourante.

Il appert en outre que cette configuration particulière n'a pas été évoquée par le Conseil fédéral dans son message du 16 septembre 2016, ni par les parlementaires au cours des débats ayant précédé la modification de la LPC du 22 mars 2019, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2021. Aucun élément ne démontre ainsi que le législateur se serait sciemment abstenu de régler cette question et qu'il aurait considéré que des prestations de ce genre devraient être prises en compte au titre de revenus sans être reconnues dans les dépenses.

Par ailleurs, jusqu'en 2021, l'art. 11 aLPC prévoyait que toutes les prestations périodiques devaient être prises en compte au titre de revenus dans le calcul de la PC, y compris la contribution de l'AOS aux coûts des soins dispensés dans un home. Dans cette configuration, l'absence de précision quant à la prise en charge de ces prestations par une assurance-maladie jugée équivalente à une AOS n'engendrait aucune difficulté dans la mesure où toutes les prestations de ce type devaient être prises en compte dans les revenus, quelle que soit l'assurance-maladie qui les prenait en charge.

Il en va différemment s'agissant de la réglementation actuelle, laquelle prévoit désormais expressément que les contributions de l'AOS aux coûts des soins dispensés dans un home ne sont pas prises en compte dans les revenus déterminants lorsque la taxe journalière ne comprend pas les coûts des soins au sens de la LAMal, de sorte qu'une précision quant à la prise en compte de ces prestations lorsqu'elles ne sont pas fournies par une AOS aurait été souhaitable.

Il convient également d'évoquer l'ATF 123 V 184, dans lequel le Tribunal fédéral a indiqué que les contributions aux frais de séjour dans un EMS payées périodiquement par une caisse-maladie en vertu d'une assurance pour soins de longue durée sont des prestations périodiques devant être prises en considération (ATF 123 V 184 consid. 3). La situation du cas d'espèce diffère de cet arrêt pour plusieurs raisons. Tout d'abord, il appert que la recourante n'a pas contracté une assurance pour soins de longue durée en sus de son assurance obligatoire de soins. En outre, à teneur des informations fournies par la CPAS et figurant au dossier, les prestations versées par cette assurance visent tant les frais de séjour en EMS que les frais relatifs aux soins médicaux qui y sont administrés et qui sont d'ordinaire pris en charge par l'AOS. Enfin, l'ATF précité a été rendu sous l'empire de la LPC du 19 mars 1965, dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 1997, laquelle ne prévoyait pas non plus, tout comme la LPC du 6 octobre 2006 dans sa version jusqu'au 31 décembre 2020, que les contributions de l'assurance obligatoire des soins aux coûts des soins dispensés dans un home devaient être exclues des revenus déterminants (art. 3 al. 3 aLPC). Ainsi, si cette jurisprudence demeure pertinente quant à la prise en compte des contributions aux frais de séjour dans un EMS dans les revenus, elle ne fournit toutefois aucun élément de réponse s'agissant de la situation dans laquelle une assurance-maladie qui n'est pas une AOS prend en charge les soins dispensés dans un home sous le régime du nouveau droit.

Il convient dès lors de constater l'existence d'une lacune proprement dite dans la loi, qu'il appartient à la chambre de céans de combler pour les motifs suivants.

Dans l'hypothèse où la recourante aurait été soumise au régime ordinaire de la LAMal, son assurance-maladie obligatoire prendrait en charge les traitements et les soins effectués par son EMS, conformément aux art. 7 et 7a OPAS et dans la limite des montants prévus par cette dernière disposition.

Or, dès lors que la couverture de la recourante par la CAPS a dû être reconnue comme étant équivalente à celle d'une assurance obligatoire de soins, sa situation est comparable – si ce n'est plus avantageuse – à celle dans laquelle elle se trouverait si elle était soumise au régime ordinaire de la LAMal du point de vue de la prise en charge des traitements et des soins effectués par son EMS.

À cet égard, la couverture d'assurance de la recourante inclut un forfait journalier s'agissant du séjour en EMS. Dans la mesure où la CAPS a indiqué que ce forfait avait également pour vocation de prendre en charge les soins prodigués à la recourante en vertu de l'OPAS, il convient d'assimiler cette participation aux contributions de l'assurance obligatoire des soins, telles que mentionnées par l'art. 11 al. 3 let. g LPC. Cette solution se justifie d'autant plus que les soins prodigués à la recourante sont facturés conformément à l'OPAS (*cf.* art. 7 al. 1 let. c et art. 7a al. 3 let. l OPAS).

Une approche contraire aurait pour conséquence de désavantager sensiblement la recourante par rapport à des assurés soumis au régime de l'assurance obligatoire, dès lors que l'ensemble du forfait journalier prévu par son assurance-maladie devrait alors être pris en compte dans ses revenus déterminants, ce qui ne conduirait pas à un résultat satisfaisant. En effet, les contributions aux soins prodigués dans son EMS, non prises en compte dans le montant annuel retenu au titre de taxe de séjour, seraient prises en considération dans ses revenus déterminants.

Partant, il y a lieu de déduire du montant de CHF 71'175.- les montants relatifs aux soins médicaux facturés selon l'OPAS et qui s'élèvent, dans le cas de la recourante, à CHF 115.20 par jour (art. 7 al. 1 let. c et 7a al. 3 let. l OPAS), soit à CHF 42'048.- par an. En effet, la taxe journalière retenue dans les dépenses ne comprenant pas les coûts de soins au sens de la LAMal, il n'y a pas lieu de les prendre en compte dans les revenus (*cf.* art. 11 al. 3 let. g LPC).

En revanche, il convient de retenir au titre de revenu la différence entre les deux montants susmentionnés, laquelle constitue une participation de l'assurance de la recourante aux frais de séjour dans son EMS. Le montant de CHF 29'127.- (71'175 – 42'048) doit ainsi être retenu au titre de prestations périodiques, ce qui est du reste conforme à l'ATF 123 V 184 concernant la prise en compte des contributions d'une assurance-maladie aux frais de séjour.

8.5 La décision querellée sera ainsi également annulée sur ce point et la cause sera renvoyée à l'intimé pour qu'il revoie les calculs des PCF à l'aune de ce qui précède.

- 9.** Au vu de ces éléments, le recours est partiellement admis.

La décision querellée doit ainsi être annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour nouveaux calculs au sens des considérants.

- 10.** Il ne sera pas alloué d'indemnité de procédure à la recourante, qui n'est pas assistée d'un conseil et qui n'a pas fait valoir de frais engendrés par la procédure (art. 61 let. g LPGA).

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

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

Statuant

Conformément à l'art. 133 al. 2 LOJ

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision sur opposition du 24 septembre 2025.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour nouvelle décision dans le sens des considérants.
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 (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

Laurine CHAPUIS

Valérie MONTANI

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