

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/660/2009

ATAS/1219/2010

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 3

du 25 novembre 2010

En la cause

Madame M _____, domiciliée c/o Tribunal tutélaire; rue des
Chaudronniers 5, 1204 GENEVE, représentée par Maître Philippe
JUVET

recourante

contre

SERVICE DES PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES, sis rte de
Chêne 54, Genève

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Violaine LANDRY ORSAT et Claudiane
CORTHAY, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame M_____ (ci-après la bénéficiaire) a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité (OAI) en octobre 2002.

A l'issue d'une longue procédure ayant donné lieu à deux arrêts du Tribunal cantonal des assurances sociales (ATAS/517/2006 et ATAS/692/2007), elle s'est vu reconnaître le droit à une rente entière à partir du 1^{er} octobre 2001 (décision de l'OAI du 11 octobre 2007).

2. Le curateur de la bénéficiaire a alors déposé une demande de prestations auprès du SERVICE DES PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES (alors encore dénommé OFFICE CANTONAL DES PERSONNES AGEES, ci-après SPC).

Par courrier du 22 octobre 2007, le curateur de l'intéressée a adressé au SPC le formulaire ad hoc en précisant que l'assurée était hospitalisée et en soulignant qu'il n'était pas en mesure de régler ses frais d'hospitalisation, faute de ressources. Outre le formulaire, il a produit des décomptes bancaires faisant état d'une fortune de 2'546 fr. au 31 décembre 2006, ainsi que les bordereaux de taxation des années 2003, 2004 et 2005, dont il ressortait que la bénéficiaire avait réalisé un salaire brut de 1'966 fr. en 2003, de 2'570 fr. en 2004, de 2'079 fr. en 2005 et que sa fortune s'élevait à 2'714 fr. en 2004 et à 1'508 fr. en 2005.

3. Le 29 janvier 2008, le SPC a rendu deux décisions d'octroi de prestations complémentaires ayant effet rétroactif au 1^{er} octobre 2002.

La première décision concernait la période du 1^{er} octobre 2002 au 31 mars 2007 et concluait à l'octroi de prestations à hauteur de 109'743 fr., étant précisé que ce montant serait versé à l'Hospice général en compensation de ses avances. Le SPC avait pris en compte, à titre de dépenses reconnues, les forfaits destinés à la couverture des besoins vitaux selon la législation fédérale et cantonale. Etaient comptabilisés dans les revenus les prestations de l'assurance-invalidité, ainsi qu'un gain de 543 fr. 35 (correspondant aux deux tiers d'un gain brut de 1'815 fr. après déduction de 1'000 fr.) pour 2003, de 919 fr. 35 (correspondant aux deux tiers d'un gain brut de 2'379 fr. après déduction de 1'000 fr.) pour 2004 et de 612 fr. 65 par année (correspondant aux deux tiers d'un gain brut de 1'919 fr. après déduction de 1000 fr.) pour 2005, 2006 et 2007.

La deuxième décision octroyait à l'assurée, pour la période du 1^{er} avril 2007 au 31 janvier 2008, des prestations d'un montant de 44'560 fr., dont 35'672 fr. étaient destinés à l'Hospice général. Quant à la période postérieure au 31 janvier 2008, le montant mensuel des prestations accordées avait été fixé à 4'456 fr. Le SPC avait pris en compte, au nombre des dépenses reconnues, une pension de 51'100 fr. ainsi qu'un montant forfaitaire pour les dépenses personnelles de 4'800 fr. ; quant aux

revenus déterminants, ils étaient composés de la rente d'invalidité (1'812 fr.), de 612 fr. 65 de gain (correspondant aux deux tiers d'un gain brut de 1'919 fr. après déduction de 1000 fr.) et de 4 fr. 95 d'intérêts de l'épargne.

4. Le 4 février 2008, le curateur de la bénéficiaire s'est opposé à ces décisions. Il faisait grief au SPC de ne consentir à prendre en charge les frais de pension de sa pupille qu'à hauteur de 51'100 fr. alors que l'intéressée se trouvait à l'hôpital de Loëx, lequel facturait son séjour 73'000 fr. Il a également contesté que le droit aux prestations ne soit calculé qu'à partir du 1^{er} octobre 2002, alors que le droit à une rente d'invalidité avait été admis à titre rétroactif dès le 1^{er} octobre 2001. Le curateur a fait valoir qu'il avait dû saisir le Tribunal cantonal des assurances sociales pour obtenir une rente d'invalidité pour sa pupille et soutenu que la péremption ne pouvait être opposée à la bénéficiaire dans ces conditions. Il a également allégué que l'Hospice général avait déjà été partiellement remboursé par la compensation des rentes d'invalidité versées à titre rétroactif. Selon lui, il fallait réserver à l'Hospice général la somme de 109'743 fr. pour la période du 1^{er} octobre 2002 au 31 mars 2007, puis les prestations dues du 1^{er} avril jusqu'au 31 octobre 2007 d'un montant total de 29'932 fr., soit au total 139'675 fr. et non 171'218 fr. Le curateur de l'assurée contestait par ailleurs le montant retenu par le SPC à titre de fortune, faisant valoir que les comptes de sa pupille au 31 décembre 2007 affichaient un solde de 1'315 fr. et non de 2'546 fr. 25. Il s'interrogeait enfin sur la prise en compte de 612 fr. 65 de gain, rappelant que sa pupille était totalement incapable de travailler.
5. Par courrier du 29 avril 2008, le curateur de la bénéficiaire a informé le SPC qu'il avait appris que les frais d'hospitalisation de sa pupille avaient en réalité été pris en charge dès le 1^{er} décembre 2007 par son assurance-maladie, laquelle limiterait cependant sa prise en charge à 70 fr. par jour dès le 1^{er} juin 2008 au motif que l'état de santé de l'intéressée ne justifierait plus de traitement en milieu hospitalier dès le 1^{er} mai 2008. Le courrier de l'assurance-maladie était joint à celui du curateur, qui a demandé à ce qu'il soit procédé à un nouveau calcul des prestations complémentaires dès le 1^{er} décembre 2007.
6. Par courrier du 14 mai 2008, le curateur de la bénéficiaire a sollicité l'intégration du forfait pour dépenses personnelles dans le calcul des prestations.
7. Le 21 août 2008, le curateur de la bénéficiaire a relancé le SPC, auquel il a transmis un courrier de l'assurance-maladie dont il ressortait que la couverture des frais d'hospitalisation serait réduite à 70 fr. par jour dès le 1^{er} octobre 2008. Le curateur a requis une nouvelle décision tenant compte des frais d'hospitalisation de 200 fr. par jour dont la bénéficiaire devrait s'acquitter dès cette date.
8. Par courrier du 30 septembre 2008, le SPC a demandé au curateur des précisions sur le lieu de résidence de sa pupille en l'informant du fait qu'un protocole

particulier s'appliquait dans les cas d'hospitalisation en attente de placement en établissement médical. Le SPC a demandé que soient produites les attestations de salaire de l'intéressée des années 2006 et 2007.

9. Le 6 octobre 2008, le curateur a répondu au SPC que sa pupille résidait à l'Hôpital de Loëx et qu'il n'était pas envisageable pour l'instant qu'elle retourne à la résidence des Pâquis. Il a précisé que sa pupille n'avait jamais travaillé.
10. Par courrier du 11 novembre 2008 au SPC, le curateur a rappelé que son opposition du 4 février 2008 n'avait toujours pas été traitée, particulièrement la question de la prise en compte d'un montant de 51'100 fr. à titre de pension au lieu de 73'000 fr. Etaient jointe à ce courrier la facture de l'Hôpital de Loëx pour le mois d'octobre 2008, d'un montant de 6'200 fr.
11. Le 10 décembre 2008, le SPC a rendu une décision recalculant le droit aux prestations dès le 1^{er} janvier 2009 et reconnaissant à l'assurée le droit à 4'452 fr. à titre de prestations complémentaires cantonales. Cette décision était basée sur des calculs prenant en compte à titre de dépenses une pension de 51'100 fr., un forfait pour les dépenses personnelles de 4'800 fr et, à titre de revenus, la rente d'invalidité, un gain de 612 fr. 65 et des intérêts sur la fortune de 4 fr. 95.
12. Le curateur de l'intéressée s'est opposé à cette décision par courrier du 23 décembre 2008. Il contestait le montant retenu à titre de pension, au motif que celui réellement facturé par l'Hôpital de Loëx était bien plus élevé, d'une part, et la fortune attribuée à sa pupille, d'autre part.
13. Le 15 janvier 2009, le curateur de l'assurée a relancé le SPC.
14. Le 26 janvier 2009, celui-ci lui a répondu qu'il entendait réformer au détriment de la bénéficiaire les décisions contre lesquelles opposition avait été formée en ce sens qu'à compter du 1^{er} novembre 2007, il ne retiendrait à titre de dépenses que le montant correspondant aux besoins personnels de la bénéficiaire et non celui de la pension dont elle devait s'acquitter. Le SPC a accordé au curateur de l'assurée un délai au 16 février 2009 pour retirer son opposition.
15. Le curateur s'est déterminé par courrier du 28 janvier 2009. Il a fait valoir que l'Hôpital de Loëx avait facturé ses prestations 200 fr. par jour dès le 1^{er} octobre 2008. S'agissant en revanche de la situation envers l'Hospice général, il a admis qu'elle était clarifiée au 31 octobre 2007. Pour le reste, il a persisté à contester le montant retenu à titre de fortune et le fait que ne soit pas pris en compte le forfait "dépenses personnelles". Le curateur de l'assurée a en outre produit une liasse de factures médicales pour un montant de 5'321 fr. 60 à titre de participation aux frais d'hospitalisation de sa pupille du 1^{er} novembre 2007 au 31 décembre 2008.

16. Le 24 février 2009, le SPC a rendu une décision sur opposition au terme de laquelle il a modifié ses calculs. Alléguant que le curateur de l'assurée ne s'était pas déterminé dans le délai imparti sur le principe d'une *reformatio in pejus*, le SPC a exposé que, lorsqu'un retour en pension n'est pas prévu après une hospitalisation, le montant admis à titre de dépenses correspond à celui accordé aux bénéficiaires séjournant à domicile. En conséquence de quoi, le SPC a reconnu à l'assurée le droit à des prestations complémentaires de 34'746 fr. pour la période du 1^{er} novembre 2007 au 28 février 2009. Constatant que l'intéressée avait déjà reçu 71'288 fr. pour cette période, le SPC a réclamé la restitution de 36'542 fr. Pour le reste, il a fixé le montant des prestations complémentaires à 2'232 fr. par mois dès le 1^{er} mars 2009.
17. Par écriture du 26 février 2009, le curateur de la bénéficiaire (ci-après la recourante) a interjeté recours auprès du Tribunal de céans. Il conclut à l'annulation de la décision du 24 février 2009, à ce que le SPC soit enjoint de rapidement reprendre ses calculs en prenant en compte les frais réels de sa pupille depuis le 1^{er} novembre 2007, à ce que l'arrêt du Tribunal soit communiqué aux HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENÈVE (HUG) afin que ceux-ci comprennent pour quelle raison leurs factures n'ont pas été payées et à ce qu'une indemnité de dépens de 5'000 fr. soit accordée eu égard à l'ampleur du travail administratif déployé.

Le curateur de la recourante fait grief à l'intimé de ne pas tenir compte du montant réel du séjour à l'hôpital. Il rappelle que sa pupille est lourdement invalide et qu'elle se déplace en fauteuil roulant. Il allègue en outre que le montant de 5'321 fr. 60 payé en 2008 à titre de participation de sa pupille aux frais médicaux ne lui a pas été remboursée. Il conteste le montant retenu à titre de fortune, au motif qu'il ne correspond pas aux pièces. Enfin, il fait grief à l'intimé de n'avoir pas inclus le forfait "dépenses personnelles" dans le calcul de ses prestations.

18. L'intimé s'est déterminé le 27 mars 2009 en concluant au rejet du recours.

S'agissant de la prise en compte des frais d'hospitalisation, il fait valoir qu'un protocole particulier est applicable aux bénéficiaires de prestations séjournant à l'hôpital dans l'attente d'un placement et que dans ce cas, c'est le forfait correspondant aux personnes à domicile qui est appliqué.

Quant au montant à prendre en compte à titre de fortune, l'intimé déclare en avoir tenu compte dans son calcul dès le 1^{er} février 2008, soit dès le mois durant lequel le curateur l'en a informé.

19. Le 6 avril 2009, le curateur de la bénéficiaire a répliqué en reprenant les griefs formulés dans son recours.
20. Dans sa duplique du 6 mai 2009, l'intimé a persisté dans ses conclusions en relevant que la question du protocole de calcul "à domicile" pour les personnes en attente de

placement faisait l'objet d'un recours pendant devant le Tribunal cantonal des assurances sociales dans une autre affaire.

21. Une audience s'est tenue en date du 9 juillet 2009.

Le curateur de la recourante s'est déclaré abasourdi par l'absurdité de la situation : sa pupille nécessitait une assistance permanente, ce qui justifiait une hospitalisation dont elle ne pouvait payer les frais, sa rente d'invalidité ne s'élevant qu'à 1'860 fr. par an. Elle ne pouvait dès lors être considérée comme vivant à domicile.

L'intimé a souligné quant à lui qu'il en était conscient mais ne faisait que suivre les instructions qui lui étaient données. Certes, le Tribunal cantonal des assurances avait rendu un arrêt sur cette question de principe le 19 juin 2009 et avait conclu que le bénéficiaire de prestations complémentaires hospitalisé ne pouvait se voir imputer les seules dépenses du forfait « à domicile », même lorsqu'il était hospitalisé dans l'attente d'un placement, mais cet arrêt n'était pas encore entré en force.

22. Par ordonnance du 9 juillet 2009, le Tribunal de céans a suspendu l'instance dans l'attente de l'issue définitive de la procédure portant sur la même question.

23. Après l'entrée en force de son arrêt sur les dépenses à prendre en compte pour les bénéficiaires de prestations complémentaires séjournant à l'hôpital dans l'attente d'un placement (ATAS/757/2009), le Tribunal de céans a repris l'instance.

24. Par écriture du 22 septembre 2009, le curateur de la recourante a demandé l'application *mutatis mutandis* des principes dégagés par l'arrêt précité en rappelant que sa pupille séjournait à l'hôpital de Loëx depuis le 1^{er} octobre 2008. Il a conclu à ce que ses frais d'hospitalisation soient pris en compte. Il a rappelé qu'au surplus, son recours portait sur un deuxième objet, à savoir la prise en considération des participations à l'assurance-maladie payées par sa pupille en 2008 à hauteur de 5'321 fr. 60. Il a également maintenu sa demande de dépens.

25. Le 5 octobre 2009, l'intimé a annoncé son intention de rendre une nouvelle décision en conformité avec les considérants de l'arrêt du Tribunal cantonal, décision qui établirait un calcul "pension" en lieu et place d'un calcul "domicile".

26. Par courrier du 9 octobre 2009, le curateur de la recourante a persisté dans ses conclusions et demandé qu'un arrêt soit rendu sur le principe.

27. Le 27 novembre 2009, l'intimé a rendu une nouvelle décision prenant en compte dans le calcul des prestations dues pour la période du 1^{er} octobre 2008 au 30 novembre 2009 le coût de la pension en établissement hospitalier (200 fr./jour) et un forfait de dépenses personnelles de 4'800 fr. Quant au montant des prestations complémentaires reconnues à l'assurée dès le 1^{er} décembre 2009, il a été fixé à

6'378 fr. par mois. A l'issue de ses calculs, le SPC est arrivé à la conclusion qu'il en résultait un solde en faveur de la recourante de 88'854 fr., dont il a déduit un montant de 67'583 fr. pour se rembourser d'une dette de l'intéressée envers lui.

L'intimé a expliqué que ce montant de 67'583 fr. correspondait aux montants de 31'041 fr. et 36'542 fr. qu'il avait déjà versés.

Pour le reste, il a expliqué avoir dû procéder, en raison des impératifs de son système informatique, en trois étapes :

- a. restitution des prestations versées depuis le mois de novembre 2007, soit 31'041 fr. (correspondant au calcul effectué à tort selon le barème "domicile");
- b. calcul de la différence entre les prestations versées et les prestations dues pour la période du 1^{er} novembre 2007 au 30 septembre 2008, soit 0 fr. en raison du fait que le montant dû correspondait au montant versé;
- c. calcul de la différence entre les prestations versées et les prestations dues depuis le 1^{er} octobre 2008.

L'intimé a accompagné ses décisions du 30 novembre 2009, d'un courrier précisant que la décision en restitution du 24 février 2009 (réclamant 36'542 fr.) était annulée par les nouveaux calculs. Dans la mesure où ce montant avait été versé à la recourante, il devait être déduit de celui de 88'854 fr. Les prestations déjà versées de novembre 2007 à novembre 2009, soit 31'041 fr., devaient également être déduites de cette somme. L'intimé aboutissait ainsi à la conclusion que seuls 21'271 fr. devaient encore être versés à la recourante.

Pour le surplus, l'intimé a demandé à être informé des démarches effectuées en vue du placement en institution de la recourante.

28. Invité à se déterminer, le curateur de la recourante a d'abord relevé que les nouvelles décisions rendues par l'intimé portaient non seulement sur la période litigieuse mais également sur la période postérieure. Il a dès lors formellement interjeté recours pour la période postérieure au 24 février 2009 et, en tant que de besoin, a formé opposition contre les nouvelles décisions du SPC.

Il conclut à l'annulation des décisions du 24 février 2009, à la prise en compte des frais médicaux de sa pupille, à ce que seule la somme effectivement perçue par cette dernière (soit 42'360 fr.) soit déduite du montant de 88'854 fr. et à l'octroi d'une indemnité de 6'500 fr. à titre de participation aux dépens.

Le curateur de la recourante souligne que les nouvelles décisions de l'intimé n'abordent toujours pas la question des participations à l'assurance-maladie payées par sa pupille pour l'année 2008 (5'321 fr. 60) dont il demande qu'elles soient comptabilisées comme charges.

Quant aux retenues de 31'041 fr. et 36'542 fr. auxquelles le SPC a procédé, il s'en étonne et fait valoir que, du 1^{er} octobre 2008 au 30 novembre 2009, il n'a reçu au nom de sa pupille que 42'360 fr. à titre de prestations complémentaires. Dès lors, il ne s'explique pas le raisonnement du SPC, lequel se réfère à des calculs relatifs à la période du 1^{er} novembre 2007 au 30 novembre 2009. Le curateur de l'assurée fait valoir que la prétendue créance de l'intimé de 36'542 fr. correspond aux prestations mensuelles déjà versées d'octobre à décembre 2008 (4'406 fr.), de janvier à février 2009 (4'452 fr.) et de mars à novembre 2009 (2'232 fr.), lesquelles sont déjà comprises dans le montant de 31'041 fr. évoqué et ne peuvent dès lors être déduites une deuxième fois. Il en conclut que, du montant de 88'854 fr. fixé par les nouvelles décisions, seule la somme de 42'360 fr., déjà versée à sa pupille peut être déduite.

Enfin, il rappelle le montant dû aux HUG pour la période du 1^{er} octobre 2008 au 30 novembre 2009 : 85'200 fr.

29. Par courrier du 7 décembre 2009, le curateur a transmis copie de ses observations à l'intimée en indiquant qu'elles valaient opposition à ses décisions du 27 novembre 2009.
30. Le 4 janvier 2010, l'intimé s'est référé aux explications données dans son écriture du 30 novembre 2009. Il a ajouté que le subside d'assurance-maladie de l'année 2008 avait été versé à la recourante et qu'il ne voyait dès lors pas pour quelle raison cette dernière s'était parallèlement acquittée des primes auprès de sa caisse d'assurance-maladie à laquelle il lui appartenait le cas échéant d'en réclamer le remboursement. Pour le surplus, l'intimé a joint à son écriture des plans de calcul et un tableau récapitulatif des prestations dues et versées, duquel il ressort qu'il aurait versé 31'041 fr. à la recourante entre octobre 2008 et novembre 2009.
31. Le 20 janvier 2010, le curateur de la recourante a persisté dans ses conclusions.
32. Une seconde audience s'est tenue en date du 8 juillet 2010.

Le curateur de la recourante a une nouvelle fois expliqué que le montant de 5'321 fr. 60 correspondait aux frais d'hospitalisation restés à la charge de sa pupille.

L'intimé a indiqué que ce montant n'avait pas encore été payé car il n'avait pas été transmis au service compétent, ce qu'il s'est engagé à faire, assurant que le paiement interviendrait d'ici la fin du mois. L'intimé a convenu que le litige, sur ce point, résultait d'un malentendu, désormais éclairci.

S'agissant des retenues opérées à hauteur de 31'041 fr. et de 36'542 fr., l'intimé a expliqué qu'entre novembre 2007 et novembre 2009, 67'583 fr. ont été versés à l'assurée et s'est référé à cet égard à ses écritures des 30 novembre 2009 et 4 janvier 2010, suggérant pour le surplus l'audition d'un des collaborateurs de son service comptable.

A l'issue de l'audience, un délai échéant le 30 juillet 2010 a été imparti à l'intimé pour régler le montant dû à titre de participation aux frais d'hospitalisation et pour produire un relevé des montants effectivement versés à la recourante.

33. L'intimé a transmis les documents requis par courrier du 20 juillet 2010.

Les relevés de paiement montrent que les prestations complémentaires mensuelles se sont élevées au total à 203'319 fr. pour la période du 1^{er} janvier 2008 au 31 décembre 2008, y compris un versement à titre rétroactif de 158'759 fr. pour les années précédentes. Pour la période d'octobre à décembre 2008, trois mensualités de 4'456 fr. (soit 13'368 fr. au total) ont été versées.

Pour la période du 1^{er} janvier au 30 novembre 2009, 24'540 fr. ont été versés à la recourante (6'684 fr./mois de janvier à mars 2009, puis 2'232 fr./ dès avril 2009).

Selon les tableaux récapitulatifs produits par l'intimé, les prestations mensuelles versées en 2008 se sont élevées à 53'472 fr. (en plus d'un montant rétroactif pour les années précédentes de 149'847 fr.) et à 29'004 fr. de janvier à novembre 2009. Un montant rétroactif de 30'282 fr. a été versé pour les années précédentes. S'y est ajouté un remboursement de frais de maladie de 2'356 fr. Le tableau fait état d'une compensation de créance de 30'294 fr., ce qui donne un total net intitulé "prestations à payer moins retenues" de 31'348 fr.

Le tableau "dettes et remboursements" de 2009 indique dans la rubrique "dettes période courante" un montant total de 97'877 fr., correspondant à un poste libellé "restitutions PC et assistance". Dans la rubrique "diminution de la dette", figure un montant de 30'294 fr. à titre de retenue sur les prestations, ainsi qu'un montant de 21'041 fr. sous le libellé "régularisation / autres". Le solde de dette en fin de période s'établit ainsi à 36'542 fr.

34. Quant au curateur de la recourante, il s'est déterminé par courrier du 30 juillet 2010. Il allègue avoir reçu pour le compte de sa pupille la somme totale de 86'896 fr. pour la période du 1^{er} novembre 2007 au 30 novembre 2009, dont 42'360 fr. du 1^{er} octobre 2008 au 30 novembre 2009. Il fait part de sa perplexité devant les calculs de l'intimé et conteste avoir perçu 67'583 fr. pour la période du 1^{er} octobre 2008 au 30 novembre 2009. Il produit en annexe la comptabilité établie pour le compte de la recourante, dont il ressort qu'il a reçu de l'intimée la somme de 48'992 fr. du 1^{er} février 2008 au 31 octobre 2008 et celle de 37'904 fr. du 1^{er} novembre 2008 au 30 novembre 2009.
35. Par courrier du 10 août 2010, l'intimé a informé le Tribunal de céans qu'il ne pouvait procéder au versement du montant dû à titre de participation aux frais médicaux pour des raisons informatiques liées à l'effet suspensif du recours.

-
36. Le curateur de la recourante s'est exprimé une nouvelle fois en date du 11 août 2010. Il rappelle que les prestations dues pour la période du 1^{er} octobre 2008 au 30 novembre 2009 sont de 88'554 fr. (*recte*: 88'854 fr.) et en tire la conclusion que l'intimé doit encore 46'494 fr. à sa pupille après déduction des 42'360 fr. déjà perçus. Pour la période du 1^{er} novembre 2007 au 30 septembre 2008 - dont le curateur souligne qu'elle ne fait pas l'objet du recours - l'intimé doit les prestations mensuelles de 1'361 fr. dues selon la décision du 24 février 2009, soit 14'971 fr., qui, additionnés au montant de 88'854 fr., conduisent à un total de 103'825 fr.

Selon la comptabilité établie par le curateur, celui-ci aurait reçu pour sa pupille 42'360 fr. pour la période du 1^{er} octobre 2008 au 30 novembre 2009, 35'648 fr. pour celle de février à septembre 2008 (soit huit mensualités de 4'456 fr.) et 4'083 fr. pour celle de novembre 2007 à janvier 2008 (soit trois mensualités de 1'361 fr.), soit 82'091 fr. au total. Il en découlerait un solde en faveur de la recourante de 21'734 fr. pour la période du 1^{er} novembre 2007 au 30 novembre 2009.

Le curateur de la recourante conclut au paiement du solde dû, soit 46'494 fr. pour la période du 1^{er} octobre 2008 au 30 novembre 2009, subsidiairement à celui de 21'734 fr. si la période prise en compte court du 1^{er} novembre 2007 au 30 novembre 2009, et à l'octroi d'une indemnité de dépens de 7'500 fr.

37. Par courrier du 16 août 2010, le curateur de la recourante a encore conclu à ce que l'intimé soit en outre condamné à verser le montant dû à titre de participation aux frais médicaux.
38. Par courrier du 18 août 2010, l'intimé a allégué que la différence entre les montants reçus par le curateur de la recourante (86'896 fr. pour la période du 1^{er} novembre 2007 au 30 novembre 2009) et ceux dus pour la période du 1^{er} octobre 2008 au 30 novembre 2009 (42'360 fr.) représente 44'536 fr. et correspond aux prestations versées pour la période du 1^{er} novembre 2007 au 30 novembre 2008.

L'intimé rappelle qu'il ressort du tableau remis au Tribunal de céans que les prestations versées du 1^{er} octobre 2008 au 30 novembre 2009 se sont élevées à 31'041 fr., que le droit aux prestations pour cette même période a été reconnu de 88'854 fr., ce qui conduit à un solde de 57'813 fr. Selon l'intimé, il convient d'en déduire le montant de 36'542 fr. correspondant à la décision du 24 février 2009, laquelle a été annulée mais néanmoins exécutée, de sorte qu'il n'a pas à être porté au crédit de la recourante une nouvelle fois.

39. Par écriture du 30 août 2010, le curateur de la recourante a réaffirmé que, selon lui, la créance de sa pupille envers l'intimé s'élevait à 46'494 fr. pour la période du 1^{er} octobre 2008 au 30 novembre 2009, ou à 21'734 fr. pour la période du 1^{er} novembre 2007 au 30 novembre 2009. Il soutient que les tableaux établis par l'intimé ne correspondent pas à la réalité. Selon lui, l'intimé confond les chiffres de bilan et les chiffres de pertes et profits et ne tient en outre pas compte du fait qu'une partie des

montants versés à titre rétroactif concerne une période antérieure au 1^{er} novembre 2007.

40. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Le Tribunal cantonal des assurances sociales institué par la loi sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 (LOJ; E 2 05) statue, conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 3 LOJ, en instance unique sur les 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) et à l'art. 43 de la loi cantonale du 25 octobre 1968 sur les prestations cantonales complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité (LPCC, J 7 15), conformément à l'art. 56V al. 2 let. a LOJ. Sa compétence pour juger du cas d'espèce est donc 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 ; RS J 7 15) ouvre les mêmes voies de droit.

c) En l'espèce, le recours a été déposé dans les forme et délai prévus 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 LPCC n'y déroge expressément (art. 1 al. 1 LPC).

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

4. Le litige portait initialement sur la question du forfait à appliquer pour calculer le montant des besoins de la recourante, le forfait pour dépenses personnelles, la prise en charge de la participation aux frais médicaux et le montant de la fortune retenu.

Formellement, le recours est interjeté contre la décision prise sur opposition par l'intimé le 24 février 2009, décision qui portait expressément sur la période courant dès le 1^{er} novembre 2007 mais était censée, selon l'intimé, écarter les oppositions formées par la recourante aux décisions initiales du 29 janvier 2008 portant sur son droit aux prestations complémentaires depuis le 1^{er} février 2002, ainsi qu'à la décision subséquente de l'intimé du 10 décembre 2008. C'est donc l'ensemble de la période durant laquelle des prestations complémentaires ont été versées qui entre dans le cadre de l'objet du recours.

On ajoutera que les nouvelles décisions rendues par l'intimé en date du 27 novembre 2009 ont partiellement rendu le recours sans objet puisque l'intimé y a admis d'une part, que le calcul des prestations complémentaires dès le 1^{er} octobre 2008 devait se fonder non pas sur les dispositions applicables aux personnes vivant à domicile, mais sur celles relatives aux personnes séjournant dans un home ou un hôpital, d'autre part, qu'il devait à l'assurée le montant de 5'321 fr. 60 correspondant à sa participation aux frais médicaux, tout en sursoyant au paiement de ce montant.

Conformément à l'art. 53 al. 3 LPGA, l'assureur peut reconsidérer une décision ou une décision sur opposition contre laquelle un recours a été formé jusqu'à l'envoi de son préavis à l'autorité de recours (reconsidération *pendente lite*). En l'espèce on relèvera que les nouvelles décisions de l'intimé sont intervenues bien après le premier échange d'écritures. En principe, la voie de la reconsidération ne lui était donc plus ouverte (Ueli KIESER, ATSG-Kommentar: Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, Zurich 2003, n. 30 ad art. 53), de sorte que ses décisions doivent être considérées comme de simples propositions faites au juge (ATF du 3 octobre 2007, 9C_159/2007, consid. 2; ATF 109 V 234, consid. 2).

Les "décisions" du 27 novembre 2009 ne sauraient donc revêtir la force matérielle de décisions administratives et doivent donc être considérées comme nulles (ATF du 10 novembre 2003, C 90/03, consid. 4.2; ATF du 24 juin 2002, I 278/02, consid. 2; SVR 1999 AIV n°21 p. 51). Il y a cependant lieu de relever que le Tribunal de céans pourra statuer sur le droit aux prestations durant le laps de temps qu'elles couvrent, puisque cette période fait également l'objet de la décision sur opposition du 24 février 2009, qui portait sur le montant des prestations complémentaires du 1^{er} novembre 2007 au 28 février 2009 et dès le 1^{er} mars 2009.

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

Les personnes qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse et qui remplissent les conditions (personnelles) prévues aux art. 4, 6 et 8 LPC ont droit à des prestations complémentaires. Y ont ainsi droit, notamment, les personnes qui

bénéficient d'une rente de l'assurance-invalidité, conformément à l'art. 4 al. 1 let. c et d LPC.

Les prestations complémentaires 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.

6. Pour établir le montant 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) L'art. 10 al. 1^{er} let. a LPC prévoit, pour les personnes qui ne vivent pas en permanence ni pour une longue période dans un home ou dans un hôpital (personnes vivant à domicile), que les dépenses reconnues comprennent les montants destinés à la couverture des besoins vitaux, soit, par année 18'140 fr. pour les personnes seules (ch. 1) - ce montant ayant été adapté à 18'720 fr. en vertu de l'art. 1 al. 1 let. a de l'ordonnance 09 sur les adaptations dans le régime des prestations complémentaires à l'AVS/AI. Les dépenses reconnues comprennent en outre le loyer d'un appartement et les frais accessoires y relatifs, le montant annuel maximal reconnu est de 13'200 fr. pour les personnes seules (art. 10 al. 1 let. b ch. 1 LPC). Aux termes de l'art. 11 al. 1^{er} let. d LPC, les revenus déterminants comprennent les rentes de l'AI.

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

Conformément à l'art. 11 al. 1^{er} LPC, les revenus déterminants comprennent notamment :

- 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 ;
- 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 ;
- les rentes, pensions et autres prestations périodiques, y compris les rentes de l'AVS et de l'AI (let. d),

- les allocations familiales (let. f),
- les ressources et parts de fortune dont un ayant droit s'est dessaisi (let. g)
- les pensions alimentaires prévues par le droit de la famille (let. h).

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

Pour les prestations complémentaires cantonales, le montant correspondant à la couverture des besoins vitaux est remplacé par le celui destiné à garantir le revenu minimum vital cantonal d'aide sociale défini (art. 6 LPCC), lequel est fixé à 28'642 fr. pour un invalide dont le taux d'invalidité est de 70 % ou plus par l'art. 3 al. 1 let. 3 du règlement d'application de la loi sur les prestations cantonales complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité (RPCC; J 7 15.01).

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

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; J 7 10.01) prévoit que 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 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.

7. a) Ni la loi, ni la jurisprudence ne définissent ce qu'il faut entendre par un séjour de longue durée ou permanent dans un home ou dans un hôpital. Selon les directives établies par l'OFAS concernant les prestations complémentaires à l'AVS/AI, le séjour dans un home ou dans un hôpital doit être considéré comme durable lorsque le bénéficiaire de prestations complémentaires a résilié son appartement ou si un retour à la maison apparaît comme très improbable (DPC n°4010). En outre, lorsqu'un retour à la maison est encore possible et qu'il y a maintien simultané de l'appartement, le calcul des prestations complémentaires s'opère selon les dispositions applicables aux personnes vivant dans un home ou dans un hôpital en cas de séjour jusqu'à une année. Les frais de loyer et des frais accessoires y relatifs sont pris en compte comme dépenses supplémentaires (DPC n°4012). Lorsque le séjour dans un home ou dans un hôpital dépasse une année, plus aucune dépense de loyer ne peut être prise en compte pour l'appartement (DPC n°4013).

Les directives de l'OFAS font partie des ordonnances administratives, qui ne lient pas le juge des assurances sociales. Celui-ci a la faculté de s'en écarter s'il les estime contraires à la loi ou à l'ordonnance (ATF du 28 janvier 2003, I 327/02, consid. 4.1; ATF 125 V 377 consid. 1c). S'agissant des directives reproduites ci-dessus, le Tribunal de céans retient qu'il est adéquat de considérer le séjour comme permanent lorsque le retour à domicile est improbable, compte tenu par exemple des besoins d'assistance ou de soins d'une personne. Il semble également raisonnable de considérer un séjour en hôpital à partir d'une année comme un long séjour. La directive n°4012 de l'OFAS semble en revanche difficilement compatible avec le texte de la loi. En effet, en assimilant les personnes dont le séjour à l'hôpital est inférieur à une année à des personnes vivant dans un home ou un hôpital même si un retour à domicile n'est pas exclu, elle fait fi de la condition légale du caractère long ou permanent du séjour en home ou en hôpital. On ne saurait donc admettre que l'hospitalisation ou le placement en home entraîne automatiquement dès le début du séjour le calcul en fonction des dispositions applicables aux personnes ne vivant pas à domicile, et ce quelles que soient la durée probable du traitement et les chances de l'intéressé de réintégrer son domicile. En réalité, il faut considérer que le séjour a un caractère permanent dès le moment où un retour à domicile n'est plus envisageable du point de vue médical, en raison du besoin d'assistance de la personne concernée.

b) Dans son arrêt ATAS/757/2009, le Tribunal cantonal des assurances sociales s'est penché sur la pratique qui consistait à assimiler à des personnes résidant à domicile les bénéficiaires de prestations complémentaires vivant à l'hôpital dans l'attente d'un placement. En substance, le Tribunal cantonal a considéré que la législation cantonale réglementant le séjour dans un home ou dans un établissement médico-social doit également s'appliquer en cas de séjour de longue durée dans un hôpital dans l'attente d'un placement, et ce même si l'état de santé du bénéficiaire de prestations ne nécessite plus de soins hospitaliers. Il y a lieu ici de confirmer cette jurisprudence.

8. a) En ce qui concerne le montant de la fortune dont il y a lieu de tenir compte dans le calcul des prestations complémentaires, les dispositions légales prévoient ce qui suit.

Aux termes de l'art. 23 de l'ordonnance sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité du 15 janvier 1971 [OPC-AVS/AI ; RS 831.301]), sont pris en compte en règle générale pour le calcul de la prestation complémentaire annuelle les revenus déterminants obtenus au cours de l'année civile précédente et l'état de la fortune le 1^{er} janvier de l'année pour laquelle la prestation est servie. Peut également entrer en considération comme période de calcul celle sur laquelle se fonde la dernière taxation fiscale (art. 23 al. 1 et 2 OPC-AVS/AI).

La fortune doit être évaluée selon les règles de la législation sur l'impôt cantonal direct du canton du domicile (art. 17 al. 1 OPC-AVS/AI).

Aux termes de l'art. 25 OPC-AVS/AI, la prestation complémentaire annuelle doit être augmentée, réduite ou supprimée lorsque les dépenses reconnues, les revenus déterminants et la fortune subissent une diminution ou une augmentation pour une durée qui sera vraisemblablement longue; sont déterminants les dépenses nouvelles et les revenus nouveaux et durables, convertis sur une année, ainsi que la fortune existant à la date à laquelle le changement intervient; on peut renoncer à adapter la prestation complémentaire annuelle, lorsque la modification est inférieure à 120 fr. par an (art. 25 al. 1 let. c OPC-AVS/AI).

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). A la suite d'une diminution de fortune, un nouveau calcul de la prestation complémentaire annuelle ne peut être effectué qu'une fois par an (art. 25 al. 3 OPC-AVS/AI).

b) En l'espèce, les décisions du 29 janvier 2008 tenaient compte du montant de la fortune indiqué par la recourante dans sa demande de prestations du 28 octobre 2008 et attesté par des décomptes bancaires. Les nouvelles décisions prises par l'intimé le 24 février 2009 retiennent la diminution de la fortune dès le mois de février 2008, soit dès le début du mois où cette diminution a été annoncée, comme le prévoient les dispositions légales. Sur ce point, les décisions de l'intimé ne prêtent donc pas flanc à la critique. Quoi qu'il en soit, la fortune de la recourante ne dépasse pas la franchise prévue par la loi, de sorte que seuls ses intérêts sont pris en compte dans le calcul des prestations complémentaires. En d'autres termes, ce point n'a pas une grande portée sur le montant des prestations dues à la recourante.

9. Pour les personnes vivant à l'hôpital ou dans un home, les dépenses retenues dans le calcul des prestations complémentaires comprennent un montant dévolu à leurs dépenses personnelles.

L'art. 4 al. 3 aRCF, dans sa teneur jusqu'au 30 juin 2009, fixait ce montant à 4'800 fr. pour les personnes invalides. Ce montant est passé à 5'400 fr. pour les invalides selon le texte en vigueur depuis le 1^{er} juillet 2009 (art. 4 al. 2 RPCF, dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} juillet 2009). Il s'agit là d'un forfait, qui doit être pris en compte quel que soit l'état de santé du bénéficiaire dès que celui-ci vit en permanence ou pour une longue période dans un home ou dans un hôpital, au sens de la législation fédérale. Il doit dès lors être intégré au calcul des prestations même si le bénéficiaire n'en a pas fait la demande expresse.

10. La LPC distingue, en plus de la prestation complémentaire annuelle au sens de l'art. 3 al. 1 let. a LPC, le remboursement des frais de maladie et d'invalidité (art. 3 al. 1 let. b en relation avec l'art. 3d LPC). Aux termes de l'art. 14 al. 1 let. g LPC, les

cantons remboursent aux bénéficiaires d'une prestation complémentaire annuelle les frais payés au titre de la participation aux coûts selon l'art. 64 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal ; RS 832.10), s'ils sont dûment établis. Le remboursement doit être demandé dans les quinze mois à compter de la facturation (art. 15 LPC).

11. A la lumière des considérants qui précèdent, il y a lieu de se pencher sur les calculs effectués par l'intimé et les différents griefs de la recourante.

En préambule, le Tribunal de céans rappelle que le recours porte sur l'ensemble de la période pour laquelle des prestations complémentaires ont été versées, soit dès le 1^{er} février 2002, et sur la date du début du droit aux prestations complémentaires.

a) S'agissant du début du droit, la recourante fait grief à l'intimé de ne lui avoir accordé des prestations qu'à partir du 1^{er} octobre 2002.

Or, l'art. 22 OPC-AVS/AI prévoit que si la demande de prestations 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.

En l'espèce, la demande de prestations initiale à l'assurance-invalidité remonte au 22 octobre 2002, de sorte que c'est à juste titre que l'intimé n'a reconnu le droit aux prestations qu'à partir de ce mois. A cet égard, l'argument de la recourante selon lequel l'intimé, en ne lui reconnaissant le droit aux prestations complémentaires qu'en octobre 2002 aurait méconnu le fait que le délai nécessaire pour se voir reconnaître le droit à une rente de l'assurance-invalidité était imputable aux lenteurs de l'OAI doit être écarté. S'il est vrai que ce n'est qu'au terme de longues procédures ayant donné lieu à deux arrêts rendus du Tribunal cantonal que la recourante a finalement obtenu une rente d'invalidité, le droit à une rente ne constitue pas une condition *sine qua non* à l'obtention de prestations complémentaires. En effet, il ressort des dispositions légales que les prestations complémentaires sont également octroyées aux personnes qui, bien que présentant un taux d'invalidité ouvrant en soi le droit à une rente, n'en perçoivent pas en raison d'une période de cotisation insuffisante. Dans un tel cas, il appartient à l'OAI d'évaluer l'invalidité des personnes qui sollicitent l'octroi d'une prestation complémentaire (art. 41 al. 1 let. k du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI; RS 831.201]). En l'espèce, les procédures intentées par la recourante à l'encontre des décisions de l'OAI ne portaient pas sur le taux d'invalidité mais sur les autres conditions du droit à la rente. Il eut donc été loisible à la recourante de s'adresser à l'intimé pour que celui-ci statue sur son droit aux prestations complémentaires avant même l'obtention d'une rente d'invalidité, de sorte qu'elle ne peut se prévaloir de la durée de la procédure qui l'a opposée à l'OAI pour exiger le paiement de prestations complémentaires avant le 1^{er} octobre 2002.

b) S'agissant de la période du 1^{er} octobre 2002 au 1^{er} octobre 2008, le Tribunal de céans relève qu'il est impossible de reconstituer, sur la base des éléments du dossier, les dates auxquelles la recourante a été hospitalisée et les périodes durant lesquelles elle a vécu en foyer. On ignore également à quelle date il est apparu que la recourante ne pourrait plus réintégrer son domicile. Or, dans ses décisions initiales, l'intimé a calculé les prestations selon les règles applicables aux bénéficiaires vivant à domicile du 1^{er} octobre 2002 au 31 mars 2007, selon celles applicables aux personnes vivant en milieu hospitalier dès le 1^{er} avril 2007. Par ailleurs, il est curieux que, du 1^{er} octobre 2002 au 31 mars 2007, l'intimé ait tenu compte à titre de dépenses du seul forfait pour les besoins personnels des bénéficiaires vivant à domicile pour le calcul des prestations, à l'exclusion d'un loyer ou des frais de résidence en foyer de la recourante. Enfin, l'intimé a retenu que la recourante avait réalisé un gain pour les années 2006, 2007 et 2008, alors que l'existence de tels revenus n'est nullement établie.

Partant, s'agissant des prestations complémentaires dues du 1^{er} octobre 2002 au 30 septembre 2008, il y a lieu d'annuler les décisions de l'intimé et de lui renvoyer la cause pour instruction complémentaire afin qu'il détermine les frais de logement et les frais de pension de la recourante, en établissant à quelles périodes la recourante a séjourné en milieu hospitalier et dès quelle date il convient de calculer le droit aux prestations en fonction du barème applicable aux personnes ne vivant pas à domicile.

c) Il est en revanche établi que la recourante a séjourné à l'Hôpital de Loëx en tout cas dès le 1^{er} octobre 2008 dans le cadre d'un séjour permanent. Les frais de pension dès cette date sont également connus.

Il convient donc de calculer le montant des prestations complémentaires dès cette date et jusqu'au 31 décembre 2008.

	PCF	PCC
Pension	98'550 fr.	98'550 fr.
Forfait dépenses personnelles	4'800 fr.	4'800 fr.
Total des dépenses reconnues	103'350 fr.	103'550 fr.
Report de prestations		75'983 fr.
Rente AI annuelle	1'812 fr.	1'812 fr.
Fortune	0 fr.	0 fr.
Produit de la fortune	5 fr. 10	5 fr. 10
Participation assurance-maladie	25'550 fr.	25'550 fr.
Total des revenus	27'367 fr.	103'350 fr.
Différence dépenses-revenu	75'983 fr.	0 fr.
Montant des prestations complémentaires	6'332 fr.	0 fr.

Quant au montant des prestations complémentaires dès le 1^{er} janvier 2009, compte tenu de la légère hausse de la rente d'invalidité de la recourante, il se calcule comme suit.

	a)	b)
Pension	98'550 fr.	98'550 fr.
Forfait dépenses personnelles	4'800 fr.	4'800 fr.
Total des dépenses reconnues	103'350 fr.	103'550 fr.
Report de prestations		75'935 fr.
Rente AI annuelle	1'860 fr.	1'860 fr.
Fortune	0 fr.	0 fr.
Produit de la fortune	5 fr. 10	5 fr. 10
Participation assurance-maladie	25'550 fr.	25'550 fr.
Total des revenus	27'415 fr.	103'350 fr.
Différence dépenses-revenu	75'935 fr.	0 fr.
Montant des prestations complémentaires	6'328 fr.	0 fr.

Dès le 1^{er} juillet 2009, le forfait pour les dépenses personnelles des bénéficiaires de prestations complémentaires est passé à 5'400 fr. Le calcul dès cette date est dès lors le suivant:

Prix de pension	98'550 fr.	98'550 fr.
Forfait dépenses personnelles	5'400 fr.	5'400 fr.
Total des dépenses reconnues	103'950 fr.	103'950 fr.
Report de prestations		76'535 fr.
Rente AI annuelle	1'860 fr.	1'860 fr.
Fortune	0 fr.	0 fr.
Produit de la fortune	5 fr. 10	5 fr. 10
Participation assurance-maladie	25'550 fr.	25'550 fr.
Total des revenus	27'415 fr.	103'950 fr.
Différence dépenses-revenu	76'535 fr.	0 fr.
Montant des prestations complémentaires	6'378 fr.	0 fr.

Selon les calculs qui précèdent, le droit rétroactif aux prestations s'établit comme suit:

1 ^{er} octobre au 31 décembre 2008:	18'996 fr.
1 ^{er} janvier au 30 juin 2009:	37'968 fr.
1 ^{er} juillet au 30 novembre 2009:	31'890 fr.
Total:	88'854 fr.

Le calcul contenu dans la « décision » du 27 novembre 2010 s'avère ainsi correct, s'agissant du droit aux prestations complémentaires du 1^{er} octobre 2008 au 30 novembre 2009. Il y a lieu d'en déduire les prestations effectivement versées pour déterminer le solde dû à la recourante.

d) A cet égard, les documents remis par l'intimé s'avèrent confus et contradictoires. S'il en ressort qu'un montant total de 31'041 fr. aurait été versé du 1^{er} octobre 2008 au 30 novembre 2009 selon le tableau récapitulatif du 4 janvier 2010, l'intimé allègue que ce montant correspond à l'ensemble des prestations versées entre novembre 2007 et novembre 2009 dans son écriture du 27 novembre 2009. Quant aux décomptes fournis le 20 juillet 2010, ils font état de prestations mensuelles de 4'456 fr. d'octobre à décembre 2008 et de 2'540 fr. pour janvier à novembre 2009 (soit 6'684 fr. en tout pour janvier à mars et 2'232 fr. par mois dès avril 2009), ce qui amène à un total de 37'908 fr pour les mois d'octobre 2008 à novembre 2009. Le tableau récapitulatif accompagnant ces décomptes mentionne, lui, des prestations versées à hauteur de 29'004 fr. de janvier à novembre 2009. Force est de constater que l'intimé est dans l'incapacité de fournir des chiffres clairs et sans ambiguïté sur les prestations qu'il a versées.

Faute de pouvoir dégager un montant concordant des divers tableaux fournis par l'intimé, il y a lieu de se référer à la comptabilité fournie par la recourante, dont l'intimé n'a d'ailleurs pas contesté la véracité. Il en ressort les montants suivants: 4'456 fr. par mois d'octobre à décembre 2008, 4'452 fr. par mois de janvier 2009 à février 2009, et 2'232 fr. de mars à novembre 2009, soit un total de 42'360 fr d'octobre 2008 à novembre 2009.

S'agissant des déductions que l'intimé entend opérer sur ce montant, le Tribunal de céans se doit de relever que les explications données par l'intimé sur les montants des retenues envisagées sont pour le moins sibyllines et qu'il lui a fallu pour cela recourir aux explications de son service comptable. Quoi qu'il en soit, on ne saurait suivre l'intimé lorsqu'il prétend déduire la somme de 36'542 fr. En effet, ce chiffre correspond aux prestations dont la restitution a été demandée par la décision sur opposition du 24 février 2009, qui établissait le droit aux prestations du 1^{er} novembre 2007 au 28 février 2009. S'il n'est pas contesté que ce montant a effectivement été versé, on ne saurait cependant le soustraire du droit aux prestations reconnu pour la période du 1^{er} novembre 2008 au 30 novembre 2009. Il est en effet évident que le solde des prestations encore dû pour une période donnée se détermine en déduisant les prestations versées pendant la même période.

S'agissant du montant de 31'041 fr. que l'intimé entend également soustraire du montant des prestations dues du 1^{er} octobre 2008 au 30 novembre 2009, il s'agit là des prestations que l'intimé indique avoir versées entre ces dates. Non seulement ce montant est inexact, comme on l'a vu plus haut, mais il porte partiellement sur les mêmes mois que la demande de restitution du 24 février 2009. Confirmer le calcul

de l'intimé reviendrait donc à défalquer deux fois les mensualités d'octobre 2008 à février 2009 pour obtenir le solde des prestations encore dues.

Ainsi, le solde encore dû à titre prestations complémentaires pour la période 1^{er} octobre 2008 au 30 novembre 2009 doit se calculer en déduisant du droit établi de 88'854 fr. les sommes versées pendant le même intervalle uniquement, soit 42'360 fr. Il en résulte un montant de 46'494 fr. en faveur de la recourante.

e) Il y a encore lieu de statuer formellement sur le remboursement des factures établies pour 5'321 fr. 60 par l'assurance-maladie de la recourante.

Celles-ci ont été transmises à l'intimé par courrier du 28 janvier 2009, soit dans le délai légal de quinze mois prévu à cet effet. La recourante a donc droit au remboursement de ces prestations, ce qui n'est au demeurant plus contesté par l'intimé. A cet égard, on ne peut que s'étonner du fait que l'intimé ne soit pas entré en matière plus tôt sur cette demande, laquelle a été formulée plusieurs fois de manière on ne peut plus claire par le curateur de la recourante, qui y a joint les factures en question. Le libellé de celles-ci ne laissait planer aucun doute sur la nature des prestations dont le remboursement a été requis.

12. Il découle de ce qui précède que le recours doit être partiellement admis au sens des considérants, et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouveau calcul des prestations pour la période du 1^{er} février 2002 au 30 septembre 2008.

La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de dépens doit lui être accordée (art. 61 let. g LPGA). Ceux-ci doivent être fixés en fonction de l'importance et de la difficulté du litige, ainsi que d'après le travail et le temps que les mandataires ont dû y consacrer (ATF du 23 janvier 2006, I 699/04, consid. 2).

En l'espèce, ce ne sont pas moins de neuf écritures et correspondances que le curateur de la recourante a dû déposer dans le cadre de la procédure de recours. Ce nombre exceptionnellement élevé d'actes de procédure ne relève pas de la prolixité, mais était commandé par les impératifs de la cause. De plus, deux audiences ont été tenues. Il y a donc lieu d'accorder à la recourante une indemnité de dépens de 6'500 fr.

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 lit. a LPGA).

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

Préalablement :

1. Constate la nullité des décisions de l'intimé du 27 novembre 2009.

A la forme :

2. Déclare le recours recevable.

Au fond :

3. L'admet partiellement.
4. Annule les décisions des 29 janvier 2008, 10 décembre 2008 et 24 février 2009.
5. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants pour la période du 1^{er} octobre 2002 au 30 septembre 2008.
6. Donne acte à l'intimé de ce qu'il reconnaît que le droit de la recourante aux prestations complémentaires s'établit dès le 1^{er} décembre 2009 à 6'378 fr. par mois.
7. Dit que le solde des prestations complémentaires dues à la recourante est de 46'494 fr. pour la période du 1^{er} octobre 2008 au 30 novembre 2009.
8. Dit que la recourante a droit au montant de 5'321 fr. 60 à titre de remboursement des frais de maladie.
9. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de 6'500 fr. à titre de participation à ses frais et dépens.
10. Dit que la procédure est gratuite.
11. 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 (LTF ; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Marie-Catherine SECHAUD

Karine STECK

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