RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/676/2023 **ATAS/936/2023**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 23 novembre 2023

En la cause

A_____ recourant

représenté par le service de protection de l'adulte (SPAd), soit pour lui B_____, curateur

contre

SERVICE DES PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES intimé

Siégeant : Valérie MONTANI, président ; Philippe KNUPFER, Karine STECK, Catherine TAPPONNIER et Eleanor McGREGOR, juges ; Michael RUDERMANN et Christine WEBER-FUX, juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'intéressé ou le recourant), ressortissant kosovar né en _____ 1994, est arrivé en Suisse le 5 juin 2011, respectivement à Genève le 29 juin 2011, accompagné de ses père et mère. Au bénéfice d'abord d'un permis N, délivré le 25 janvier 2016, puis d'un permis F à compter du 24 février 2016, il a été placé sous curatelle de portée générale en vertu d'une ordonnance du Tribunal de protection de l'adulte et de l'enfant du 5 octobre 2015.

b. Le 11 avril 2016, l'intéressé, agissant par l'entremise de son curateur, a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI).

c. Par décision du 16 mai 2017, l'OAI a considéré que l'intéressé était totalement invalide à compter du 1er juillet 2012 – mois qui suivait son 18ème anniversaire – mais qu'il ne remplissait pas les conditions d'octroi d'une rente ordinaire d'invalidité faute de compter, à cette date, trois années entières de cotisations AVS/AI/APG. Une rente extraordinaire ne pouvait pas non plus lui être octroyée dès lors que la Suisse n'avait pas conclu de convention de sécurité sociale avec la République du Kosovo (à l'époque de cette décision) et que ni lui, ni ses parents ne comptaient une année entière de cotisations ou dix ans de résidence ininterrompue en Suisse, au moment de la survenance de l'invalidité, soit le 1er juillet 2012. En outre, des mesures professionnelles n'apparaissaient pas indiquées.

B. **a.** Le 11 avril 2017, l'Hospice général a délivré une attestation selon laquelle l'aide financière versée à l'intéressé du 1er janvier au 31 décembre 2016 au titre de l'aide aux migrants s'élevait à CHF 1'433.80 mensuels, montant se composant des frais d'entretien (CHF 451.-), d'hébergement (CHF 450.-), de santé (CHF 499.-) et de transport (CHF 33.80).

b. En date du 5 avril 2022, l'intéressé a déposé auprès du service des prestations complémentaires (ci-après : le SPC ou l'intimé) une demande de prestations complémentaires (ci-après : PC), ainsi qu'une demande d'aide sociale.

c. Par décision du 29 avril 2022, la commission cantonale d'indication a confirmé l'admission de l'intéressé au sein du centre de jour C_____ des Établissements publics pour l'intégration (ci-après : EPI) dès le 30 mars 2022.

d. Par décision du 28 juin 2022, le SPC a octroyé à l'intéressé des prestations complémentaires fédérales (ci-après : PCF) en exposant que la République du Kosovo était partie à une convention de sécurité sociale avec la Suisse et qu'en tant que ressortissant kosovar, l'intéressé aurait droit, en vertu de cette convention, à une rente extraordinaire de l'assurance-invalidité s'il justifiait de la durée de cotisation minimale requise pour l'octroi d'une rente ordinaire d'invalidité. En outre, l'intéressé remplissait la condition du délai de carence

minimal de cinq ans pour pouvoir bénéficier de PCF. En effet, il avait résidé de manière ininterrompue en Suisse pendant les cinq années précédant immédiatement la date à laquelle il avait demandé des PC. Il ne pouvait cependant prétendre à des prestations complémentaires cantonales (ci-après : PCC), dans la mesure où il ne remplissait pas la condition d'un domicile et d'une résidence effective dans le canton de Genève, au cours des dix années précédant sa demande de PC. Sous réserve de modifications légales, une nouvelle demande de PCC pourrait donc être déposée dès que cette condition serait remplie. S'agissant des PCF, l'intéressé y avait droit rétroactivement, à compter du 1er avril 2022, mais le montant de la prestation complémentaire annuelle devait être plafonné à un montant équivalant au minimum de la rente ordinaire complète correspondante et ce, tant qu'il ne satisferait pas au délai de carence de dix ans. Selon les plans de calcul annexés à la décision, les dépenses reconnues, chiffrées à CHF 27'326.-, se composaient des besoins vitaux (CHF 19'610.-), des cotisations AVS (CHF 528.15), ainsi que de l'assurance obligatoire des soins (CHF 7'452.-). Étant donné qu'en l'absence de rente AI, le revenu déterminant de l'intéressé était nul, il n'y avait rien à déduire de ses dépenses reconnues, de sorte qu'en principe, les PCF annuelles étaient égales à la somme des dépenses reconnues. Cependant, compte tenu du plafonnement précité, le montant des PCF ne pouvait pas dépasser CHF 14'340.- par année (ou CHF 1'195.- par mois). Ce montant se composait de la part de prestation réservée au règlement des primes d'assurance-maladie (CHF 599.-) et d'un montant de CHF 596.- en faveur de l'intéressé.

e. Le 28 juin 2022, le SPC a rendu une deuxième décision mettant l'intéressé au bénéfice de prestations d'aide sociale à hauteur de CHF 659.- par mois.

f. Par courrier du 18 juillet 2022, l'intéressé a informé le SPC qu'il fréquentait le centre de jour C_____ des EPI (ci-après : CDJ-C_____) en tant que personne reconnue invalide. Il a également produit deux factures que les EPI avaient adressées au service de protection de l'adulte (ci-après : SPAd) pour les frais d'accueil de l'intéressé au CDJ-C_____ en juin (CHF 1'700.-) et juillet 2022 (CHF 1'600.-).

g. Par décision de frais de maladie du 26 septembre 2022, le SPC a indiqué que les « frais d'externat » à hauteur de CHF 1'700.- pour le mois de juin 2022 ne feraient l'objet d'aucune participation de sa part car le montant disponible pour le remboursement des frais médicaux de l'année civile en cours était épuisé.

C. **a.** Par décision du 19 octobre 2022, le SPC a également refusé toute participation aux frais d'externat du mois de juillet 2022 (CHF 1'600.-) en invoquant les mêmes motifs.

b. Par pli du 21 novembre 2022, l'intéressé a fait part de son désaccord avec cette décision. En effet, celle-ci ne précisait ni le montant maximal des frais de maladie et d'invalidité qui pouvaient être remboursés par le SPC par année civile, ni la liste de ces frais qui auraient été déjà remboursés pour l'année civile en

cours. En l'état lacunaire des informations fournies, il ne lui était pas possible de se déterminer sur le bien-fondé de la décision. Fort de ces éléments, l'intéressé a sollicité, préalablement, l'octroi d'un délai complémentaire pour compléter son opposition. Au fond, il a conclu, principalement, à l'annulation de la décision du 19 octobre 2022 et au remboursement des frais médicaux faisant l'objet de cette dernière.

c. Par décision du 6 décembre 2022, le SPC a fixé à CHF 1'225.- par mois la somme des prestations qui serait versée à l'intéressé à partir du 1er janvier 2023 (CHF 1'225.- pour les PCF et CHF 0.- pour les PCC). Sur ce montant, la part dévolue au règlement des primes d'assurance-maladie s'élevait à CHF 621.-. La différence de CHF 604.- (soit CHF 1'225.- moins CHF 621.-) serait versée au SPAd dès le 1er janvier 2023. Selon les plans de calcul annexés, les dépenses reconnues, d'un montant de CHF 28'092.-, se composaient des besoins vitaux (CHF 20'100.-), des cotisations AVS/AI/APG (CHF 539.70) et de l'assurance obligatoire des soins (CHF 7'452.-). Puisque le revenu déterminant était nul, il n'y avait aucun montant à déduire des dépenses reconnues, si bien qu'en principe, les PCF correspondaient à la somme des dépenses reconnues. Cependant, tant que la durée minimale de séjour en Suisse n'atteignait pas dix ans, le montant total de la PC annuelle ne pouvait pas dépasser le montant minimum de la rente ordinaire complète correspondante (prestations plafonnées) et se trouvait par conséquent limité à CHF 14'700.- par an, soit à CHF 1'225.- par mois.

d. Dans une deuxième décision du 6 décembre 2022, le SPC a fixé à CHF 672.- par mois (soit CHF 8'064.- par an) le montant des prestations mensuelles d'aide sociale dues à compter du 1er janvier 2023. Le total des dépenses reconnues, arrêté à CHF 22'764.-, résultait de l'addition du forfait de CHF 14'772.-, des cotisations AVS/AI/APG (CHF 539.70) et de l'assurance obligatoire des soins (CHF 7'452.-). En déduisant de ces dépenses le revenu déterminant, constitué des PCF à hauteur de CHF 14'700.-, les prestations d'assistance s'élevaient à CHF 8'064.- par an, respectivement CHF 672.- par mois.

e. Le 16 décembre 2022, le SPC a fait suite au courrier du 21 novembre 2022 de l'intéressé en lui fournissant les informations complémentaires suivantes : en tant que ressortissant du Kosovo et au bénéfice d'un permis de séjour depuis 2016, il pouvait prétendre seulement à des PCF plafonnées au montant minimal de la rente complète correspondante (CHF 14'340.- en 2022). En effet, il n'avait pas résidé de manière ininterrompue pendant les dix années précédant immédiatement la date à laquelle il avait formé sa demande de PC (délai de carence). Selon les plans de calcul joints à la décision du 28 juin 2022, il pouvait prétendre à un montant mensuel de CHF 596.- à titre de PC en espèces, le reste représentant une mensualité de CHF 599.- sous forme d'une réduction individuelle des primes de l'assurance obligatoire des soins. L'addition de ces deux montants représentait un total annualisé de CHF 14'340.- (CHF 596.00 + CHF 599.00 = CHF 1'195.00 x 12 mois = CHF 14'340.00). En conséquence, l'intéressé ne pouvait actuellement pas

prétendre au remboursement de ses frais de foyer de jour par le biais des PC. En revanche, puisqu'il était également bénéficiaire de prestations d'aide sociale, conformément à la décision de prestations d'aide sociale du 28 juin 2022, il avait droit, au titre de l'aide sociale, au remboursement de certains frais en application de la réglementation topique. Cette dernière excluait toutefois les frais d'un foyer de jour. C'était donc à juste titre que la décision du 19 octobre 2022 refusait le remboursement de la facture que les EPI avaient établie pour les frais d'accueil de l'intéressé en juillet 2022.

À la lumière de ces explications, le SPC a imparti un délai à l'intéressé pour compléter son opposition.

f. Le 19 janvier 2023, l'intéressé a déclaré qu'il maintenait son opposition du 21 novembre 2022. Il ne contestait pas que la PC annuelle fût sujette à un plafonnement de CHF 14'340.- en 2022. En revanche, s'agissant des frais de maladie et d'invalidité, le SPC semblait faire une application erronée de la loi dans la mesure où il n'en ressortait pas que ceux-ci fussent inclus dans la limite de CHF 14'340.- précitée. Sur la base de ces éléments, l'intéressé a maintenu ses conclusions en remboursement des frais de maladie et d'invalidité qui faisaient l'objet de la décision du 19 octobre 2022.

g. Par décision sur opposition du 26 janvier 2023, le SPC a rejeté l'opposition de l'intéressé en expliquant, en substance, que le remboursement des frais de maladie et d'invalidité était comptabilisé au même titre que la PC annuelle et, par conséquent, également visé par le plafonnement des prestations, à hauteur de CHF 14'340.- par an.

D. **a.** Le 27 février 2023, l'intéressé a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans) d'un recours contre cette décision, concluant à son annulation et au remboursement des frais de maladie et d'invalidité litigieux. À l'appui de sa position, il a réitéré, en substance, les arguments développés dans son complément d'opposition du 19 janvier 2023.

b. Par réponse du 27 mars 2023, l'intimé a conclu au rejet du recours. La PC annuelle était certes une prestation en espèces et le remboursement des frais de maladie et d'invalidité une prestation en nature. Cependant, la distinction entre ces deux types de prestations n'avait pas été établie dans le but de différencier leurs conditions d'octroi mais pour régir la répartition des compétences entre la Confédération et les cantons.

c. Par réplique du 20 avril 2023, le recourant a soutenu que les arguments avancés par l'intimé n'étaient pas pertinents. Ce qui l'était, en revanche, c'était l'absence de toute mention, que ce soit dans la loi ou les travaux préparatoires, d'un plafond concernant le remboursement des frais de maladie et d'invalidité.

d. Par courrier du 15 mai 2023, l'intimé a maintenu sa position.

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

f. Les autres faits seront exposés, en tant que de besoin, dans la partie « en droit » du présent arrêt.

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 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).

1.3 La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA – E 5 10).

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

Compte tenu du dépôt de la demande le 5 avril 2022, la question litigieuse doit être tranchée au regard des dispositions en vigueur à cette époque et jusqu'à la décision sur opposition du 26 janvier 2023 (ATF 130 V 445 consid. 1.2.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_38/2020 du 20 octobre 2020 consid. 5). Les dispositions législatives et réglementaires, entrées en vigueur le 1er janvier 2021, sont dès lors applicables.

3. Interjeté dans les forme et délai légaux, le recours est recevable (art. 56 al. 1 et 60 al. 1 LPGA ; art. 9 de la loi cantonale sur les prestations fédérales

complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité du 14 octobre 1965 [LPFC – J 4 20] ; art. 43 LPCC).

4. Le litige porte sur le droit du recourant à la prise en charge de ses frais d'accueil au CDJ-C_____ en juillet 2022, pour un montant de CHF 1'600.-.

5. Il y a lieu d'examiner dans un premier temps si le recourant remplit les conditions personnelles du droit aux PCF et/ou aux PCC.

5.1 En vertu de l'art. 4 al. 1 let. c et d LPC, les personnes qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse ont droit à des prestations complémentaires, dès lors qu'elles ont droit à une rente ou à une allocation pour impotent de l'assurance-invalidité (AI) ou auraient droit à une rente de l'AI si elles justifiaient de la durée de cotisation minimale requise à l'art. 36 al. 1 de la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI – RS 831.20).

Les étrangers doivent en plus séjourner de manière légale en Suisse et y avoir résidé de manière ininterrompue pendant les dix années précédant immédiatement la date à laquelle ils demandent la prestation complémentaire (délai de carence ; art. 5 al. 1 LPC). Cette condition est tempérée pour les étrangers qui auraient droit à une rente extraordinaire de l'AVS ou de l'AI en vertu d'une convention de sécurité sociale : le délai de carence est de cinq ans s'ils ont droit à une rente de l'AI ou qu'ils y auraient droit s'ils justifiaient de la durée de cotisation minimale requise à l'art. 36 LAI (art. 5 al. 3 let. a LPC).

S'agissant des prestations complémentaires cantonales, l'art. 2 al. 1 LPCC dispose qu'ont droit aux prestations les personnes qui sont, notamment, au bénéfice d'une rente de l'AVS ou de l'AI, voire d'une allocation pour impotent (let. b) ou qui ont droit à des prestations complémentaires fédérales sans être au bénéfice d'une rente de l'assurance-vieillesse et survivants ou de l'assurance-invalidité (let. c). Ils doivent en plus répondre aux autres conditions de la loi (let. d).

Quant aux requérants étrangers qui ne sont pas ressortissants d'un pays membre de l'Union européenne ou de l'Association européenne de libre-échange, il est nécessaire qu'ils aient été domiciliés dans le canton de Genève et y aient résidé effectivement, sans interruption, durant les dix années précédant la demande (art. 2 al. 3 LPCC).

5.2 En l'espèce, il convient de rappeler en premier lieu que l'invalidité totale du recourant a été reconnue par l'OAI (*cf.* décision du 16 mai 2017) et qu'en tant que ressortissant kosovar, celui-ci pourrait avoir droit à une rente extraordinaire de l'AI en vertu de la convention de sécurité sociale entre la Confédération suisse et la République du Kosovo du 8 juin 2018 (RS – 0831.109.475.1), entrée en vigueur le 1er septembre 2019 (ci-après : la convention) s'il comptait au moins cinq années de résidence en Suisse immédiatement avant la date à partir de laquelle il demandait la rente (art. 17 al. 1 de la convention). En l'occurrence, il est constant qu'au moment du dépôt de la demande de rente AI en 2016, la convention précitée n'existait pas encore et que le recourant ne remplissait pas

non plus les conditions d'assurance prévues à l'art. 6 al. 3 LAI, empêchant ainsi l'octroi d'une rente extraordinaire d'invalidité selon la décision de l'OAI du 16 mai 2017. En revanche, il est établi qu'au moment du dépôt de la demande de PC, soit le 5 avril 2022, la convention précitée était en vigueur et que le recourant résidait de manière ininterrompue en Suisse depuis au moins cinq ans. Dès lors que l'art. 5 al. 3 let. a LPC aménage également un droit aux PCF aux étrangers qui, à l'instar de l'intéressé, n'ont pas droit à une rente de l'AI mais y auraient droit en vertu d'une convention de sécurité sociale s'ils justifiaient de la durée de cotisation minimale requise à l'art. 36 al. 1 LAI, le recourant remplit à tout le moins les conditions personnelles du droit aux PCF (pour les conditions économiques : *cf.* ci-après : consid. 6). Ce point n'est au demeurant pas contesté.

En ce qui concerne, en revanche, les prestations cantonales complémentaires, il y a lieu d'observer qu'au moment du dépôt de la demande (5 avril 2022), le recourant ne comptait pas dix années de domicile et de résidence effective dans le canton de Genève.

On rappellera à cet égard qu'il ne faut prendre en compte, sauf si le principe de la bonne foi commande le contraire, que les périodes de séjour dûment autorisé (ATAS/748/2017 du 31 août 2017 consid. 8f). Étant donné qu'en l'espèce, le recourant s'est vu délivrer sa première autorisation de séjour le 25 janvier 2016, c'est à juste titre que les PCC lui ont été refusées. Cela n'est pas non plus contesté.

6. Il convient, à présent, d'examiner si les frais d'externat litigieux doivent être pris en charge au titre des PCF.

6.1 Selon l'art. 3 al. 1 LPC, les prestations complémentaires se composent de la prestation complémentaire annuelle (let. a) et du remboursement des frais de maladie et d'invalidité (let. b).

Aux termes de l'art. 3 al. 2 LPC, la prestation complémentaire annuelle est une prestation en espèces (art. 15 LPGA) ; le remboursement des frais de maladie et d'invalidité est une prestation en nature (art. 14 LPGA).

Selon l'art. 9 al. 1 LPC, le montant de la prestation complémentaire annuelle correspond à la part des dépenses reconnues qui excède les revenus déterminants, mais au moins au plus élevé des montants suivants :

- la réduction des primes la plus élevée prévue par le canton pour les personnes ne bénéficiant ni de prestations complémentaires ni de prestations d'aide sociale (let. a) ;
- 60% du montant forfaitaire annuel pour l'assurance obligatoire des soins au sens de l'art. 10 al. 3 let. d (let. b).

Introduite par la modification du 22 mars 2019, l'adjonction « mais au moins au plus élevé des montants suivants […] » s'explique par le fait que depuis le 1er janvier 2021, le montant minimal de la PC a été abaissé au niveau de la

réduction de primes la plus généreuse accordée aux personnes qui ne peuvent prétendre ni aux PC ni à l'aide sociale (FF 2016 7249, 7292). Il sied de préciser que pour les bénéficiaires de PC, il n'existe pas de droit distinct à des réductions de primes d'assurance-maladie. Celles-ci sont comprises dans le versement de la prestation complémentaire. Pour éviter que les personnes bénéficiant de PC d'un faible montant soient désavantagées par rapport à d'autres personnes qui n'en bénéficient pas (ou n'entreprennent pas les démarches nécessaires), les PC d'un montant même faible atteignent toujours, au moins, les minimas de l'art. 9 al. 1 let. a ou b LPC (*cf*. Erwin CARIGIET/ Uwe KOCH, *Ergänzungsleistungen zur AHV/IV*, 3ème éd. 2021, p. 19, n. 47).

Selon l'art. 9 al. 1bis LPC, les étrangers visés à l'art. 5 al. 3 peuvent prétendre au plus à une prestation complémentaire annuelle d'un montant équivalant au minimum de la rente ordinaire complète correspondante tant qu'ils ne satisfont pas au délai de carence visé à l'art. 5 al. 1.

L'art. 9 al. 1bis LPC, qui correspond à l'art. 5 al. 3 LPC en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020 (ci-après : art. 5 al. 3 aLPC), fixe le plafond de la PC annuelle à laquelle peuvent prétendre les ressortissants étrangers qui auraient droit à une rente extraordinaire de l'AVS ou de l'AI en vertu d'une convention de sécurité sociale. Étant donné que les autres dispositions du nouvel art. 5 LPC concernent les conditions du droit aux prestations et non leur montant, l'art. 5 al. 3 aLPC a été transféré, pour des raisons de systématique, au nouvel art. 9 al. 1bis LPC. Cette modification n'a pas de conséquences matérielles (FF 2016 7318).

Aux termes de l'art. 14 al. 1 LPC, les cantons remboursent aux bénéficiaires d'une prestation complémentaire annuelle notamment les frais d'aide, de soins et d'assistance à domicile ou dans d'autres structures ambulatoires de l'année civile en cours, s'ils sont dûment établis (let. b).

Par « autres structures ambulatoires », le législateur entend les structures de jour reconnues où séjournent des invalides, telles qu'un *home* de jour, un atelier d'occupation ou une structure de jour analogue (*cf*. arrêt du Tribunal fédéral 9C_802/2012 du 26 septembre 2013 consid. 3.2 ; Michel VALTERIO, Commentaire de la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI, 2015, p. 223 et la note de bas de page 769).

Selon le n° 2450.01 des Directives en matière de prestations complémentaires (ci-après : DPC), pour les ressortissants étrangers au sens de l'art. 5 al. 3 LPC, qui sont soumis à un délai de carence de cinq années, la PC doit être plafonnée jusqu'à la réalisation du délai de carence de dix années. Additionnées, la rente et la PC annuelle ne sauraient dépasser le montant minimum de la rente ordinaire complète correspondante. Le plafonnement intervient également lors du remboursement des frais de maladie et d'invalidité (*cf*. n° 5310.05 DPC).

À teneur du n° 5310.05 DPC, dans les cas prévus à l'art. 5 al. 3 let. a, b et c LPC, le remboursement des frais de maladie et d'invalidité, additionné aux montants de

la PC annuelle et de la rente AVS ou AI, ne saurait dépasser le montant minimum de la rente ordinaire complète correspondante.

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 dégageant 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 144 V 313 consid. 6.1 ; 137 IV 180 consid. 3.4).

6.2 Le recourant estime que c'est à juste titre que l'intimé limite son droit à une prestation complémentaire annuelle au montant minimum de la rente ordinaire complète correspondante, soit à CHF 14'340.-, en 2022, tant qu'il n'aura pas résidé en Suisse de manière ininterrompue durant dix ans.

En revanche, son interprétation de l'art. 9 al. 1bis LPC diverge de celle de l'intimé dans la mesure où selon lui, ce serait uniquement la « prestation complémentaire annuelle » des étrangers visés à l'art. 5 al. 3 LPC qui serait plafonnée et non pas les frais de maladie et d'invalidité. En effet, le législateur ferait une distinction entre « la prestation complémentaire annuelle » et « les prestations complémentaires » qui, elles, englobent la première ainsi que les frais de maladie et d'invalidité (*cf.* art. 3 al. 1 LPC). Qui plus est, le fait que les dispositions concernant « la prestation complémentaire annuelle » (*cf.* l'intitulé de la section 3 de la LPC) et celles relatives au « remboursement des frais de maladie et d'invalidité » (section 4) fassent l'objet de deux sections bien différentes démontrerait que le traitement de la prestation complémentaire annuelle et du remboursement des frais de maladie serait non moins différent.

Pour sa part, l'intimé fait valoir que la distinction entre la prestation en espèces et la prestation en nature (3 al. 2 LPC) a été établie, non pas pour différencier les conditions d'octroi de ces prestations, mais pour régir la répartition des compétences entre la Confédération et les cantons.

6.2.1 La chambre de céans constate que les critiques exprimées par le recourant au sujet d'une application large du plafonnement de l'art. 9 al. 1bis LPC (ci-dessus : consid. 6.2), incluant le remboursement des frais de maladie et d'invalidité, ne sauraient effectivement être réfutées au moyen du seul texte de cette disposition, celui-ci prévoyant précisément le plafonnement de la « prestation complémentaire annuelle ». Pour autant, on ne saurait considérer que l'aménagement de deux sections distinctes pour la prestation complémentaire annuelle, respectivement

le remboursement des frais de maladie et d'invalidité, suffirait à rendre suffisamment explicite l'étendue du plafonnement prévu par l'art. 9 al. 1bis LPC, que ce soit dans le sens d'une prise en compte du « montant équivalant au minimum de la rente ordinaire complète correspondante » uniquement pour la « prestation complémentaire annuelle » ou, comme cela est retenu par l'intimé, pour « les prestations complémentaires » au sens générique, celles-ci incluant la prestation complémentaire annuelle (art. 3 al. 1 let. a LPC) et le remboursement des frais de maladie et d'invalidité (art. 3 al. 1 let. b LPC). Il s'ensuit que la notion de « prestation complémentaire annuelle » doit être interprétée pour en dégager le sens.

La chambre de céans observe que, sous le régime de l'art. 5 al. 3 aLPC, la doctrine était d'avis que le plafonnement s'appliquait aussi au remboursement des frais de maladie et d'invalidité (Michel VALTERIO, *op. cit*., n. 10 *ad* art. 5 aLPC et la réf. au n° 2450.01 DPC (ci-dessus : consid. 6.1).

Le recourant objecte que le texte de l'art. 5 al. 3 aLPC parlait de « prestation complémentaire » et non pas de « prestation complémentaire annuelle » comme à l'art. 9 al. 1bis LPC. Il ajoute que le n° 2450.01 DPC et l'exemple de calcul figurant à l'annexe 4 de ces directives – que l'on retrouve sans changement significatif dans la version la plus récente des DPC (état au 1er janvier 2023) – semblent être fondés sur l'art. 5 al. 3 aLPC puisque l'exemple précité indique que « comme la PC est plafonnée, [il n'existe] aucune possibilité de rembourser des frais de maladie ».

La chambre de céans est cependant d'avis qu'on ne saurait déduire de l'ajout de l'adjectif « annuelle » à l'art. 9 al. 1bis LPC une volonté de changement qui prendrait la forme d'une limitation de la portée du plafonnement à la seule PC annuelle, à l'exclusion des frais de maladie et d'invalidité. En effet, le message du Conseil fédéral (Réforme des PC) précise bien que le transfert, pour des raisons de systématique, de l'art. 5 al. 3 aLPC au nouvel art. 9 al. 1bis LPC n'a pas de conséquences matérielles (FF 2016 7318). Par ailleurs, l'intitulé de l'annexe 4 DPC, dans sa teneur au 1er janvier 2020 (et donc relative à l'ancien droit), était déjà libellé de la manière suivante : « Plafonnement de la PC annuelle en cas de délai de carence de 5 ans ».

6.2.2 En l'absence de modification matérielle introduite par l'art. 9 al. 1bis LPC, il est nécessaire d'en déterminer le sens en élargissant le champ d'analyse. Comme indiqué plus haut, 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). La prestation complémentaire annuelle est une prestation périodique en espèces qui est versée mensuellement conformément à l'art. 19 al. 1 LPGA. En revanche, le remboursement des frais de maladie et d'invalidité a lieu lorsque des frais correspondants sont encourus par le bénéficiaire de PC. Jusqu'à la 3ème révision des PC, la disposition légale correspondante prévoyait d'inclure les frais de maladie et d'invalidité dans le

calcul de la prestation complémentaire courante à verser périodiquement. En d'autres termes, les frais de maladie et d'invalidité n'étaient qu'un des nombreux types de dépenses reconnues (*cf.* l'art. 3 al. 4 let. e LPC, en vigueur jusqu'au 31 décembre 1997). Le législateur partait donc du principe que la prestation complémentaire périodique serait adaptée à chaque fois. Mais la pratique administrative est rapidement passée au versement séparé du remboursement des frais de maladie et d'invalidité, car l'intégration de ceux-ci dans le calcul de la prestation complémentaire périodique et la mise en œuvre procédurale des modifications correspondantes du montant de la prestation complémentaire périodique s'étaient révélées beaucoup trop compliquées. La distinction légale entre la prestation complémentaire en tant que prestation périodique à verser mensuellement et le remboursement des frais de maladie et d'invalidité était donc uniquement due à la nécessité, du point de vue du droit procédural, de rendre une décision et de procéder à un versement séparé des frais de maladie. Cette simplification de la procédure n'a toutefois rien changé au caractère des frais de maladie et d'invalidité en tant que dépenses reconnues et au remboursement de ces frais à titre de prestation complémentaire (*cf.* Message du 20 novembre 1996 concernant la troisième révision de la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI ; FF 1997 1137 1152 ; Ralph JÖHL/ Patricia USINGER-EGGER, *Ergänzungsleistungen zur AHV/IV, Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht* [SBVR], 3ème éd. 2016, p. 1735, n. 37). C'est pourquoi le remboursement des frais de maladie et d'invalidité suppose toujours que les dépenses reconnues (qui incluent les frais de maladie et d'invalidité) dépassent le revenu déterminant. Jusqu'à l'entrée en vigueur de la LPC totalement révisée le 1er janvier 2008, dans le cadre de la nouvelle péréquation financière, la différence entre la prestation complémentaire en tant que prestation périodique en espèces et la prestation complémentaire en tant que remboursement des frais de maladie et d'invalidité ne résidait donc que dans une réglementation procédurale (au sens large du terme), c'est-à-dire dans la possibilité d'un versement séparé au titre du remboursement des frais de maladie et d'invalidité. Rien n'a changé à cet égard dans la LPC révisée (LPC du 6 octobre 2006, entrée en vigueur le 1er janvier 2008). Certes, selon l'art. 14 al. 1 LPC, introduit par cette révision, les cantons remboursent désormais les frais de maladie et d'invalidité. Mais cela signifie seulement que les cantons doivent en assumer seuls le financement. Le caractère de dépenses reconnues des frais de maladie et d'invalidité n'a donc pas changé. Cela se traduit également par le fait que les différentes catégories de frais de maladie et d'invalidité reconnus sont réglées de manière exhaustive aux art. 14 ss LPC. Selon l'art. 14 al. 2 LPC, les cantons ne disposent d'une marge de manœuvre autonome que pour la réglementation détaillée de chaque catégorie donnée. L'art. 3 al. 1 let. a et b LPC ne crée donc pas deux types de prestations complémentaires, même après la révision totale de la LPC, entrée en vigueur le 1er janvier 2008. Celle-ci n'a donc rien changé au fait que seule est aménagée une possibilité de versement séparé de la partie de la prestation complémentaire qui

n'est pas périodique (frais médicaux et d'invalidité) et qui ne peut donc pas être versée chaque mois pour le même montant (R. JÖHL/ P. USINGER-EGGER, *op. cit., ibidem*).

Selon l'art. 3 al. 2 LPC, la prestation complémentaire courante, qui doit être versée mensuellement, est une prestation en espèces au sens de l'art. 15 LPGA, tandis que le remboursement des frais de maladie et d'invalidité est une prestation en nature au sens de l'art. 14 LPGA. On peut se demander si cette qualification nécessite une distinction entre les prestations courantes et les frais de maladie et d'invalidité qui aille au-delà de l'octroi d'une possibilité de remboursement séparée. Ce serait par exemple le cas si l'adaptation d'une prestation permanente en cours à un état de fait qui s'est considérablement modifié par la suite n'était possible que pour les prestations en espèces, car dans ce cas, même les prestations en nature régulières et de même montant devraient toujours être remboursées au cas par cas.

Selon l'art. 17 al. 2 LPGA, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement.

L'art. 17 al. 2 LPGA se trouve certes dans la section relative aux prestations en espèces. La notion de prestation permanente doit toutefois être interprétée au sens large. Elle englobe toute prestation à fournir périodiquement (*cf.* Ueli KIESER, *ATSG-Kommentar*, 4ème éd. 2020, n. 81 *ad* art. 17 LPGA), donc également la prestation en nature versée périodiquement. Il est en conséquence possible d'inclure dans le calcul de la prestation complémentaire annuelle d'éventuels frais de maladie ou d'invalidité survenant régulièrement et pour le même montant, car ces prestations en nature périodiques peuvent également être adaptées en cas de modification importante de l'état de fait permanent sur lequel elles se fondent. Il en va par exemple ainsi de l'augmentation du forfait de soins en tant que partie de la taxe journalière d'un établissement médico-social (R. JÖHL/ P. USINGER-EGGER, *op. cit.*, p. 1736, n. 38).

6.2.3 Il résulte, en synthèse, de l'analyse historique de la LPC au travers de ses révisions successives qu'il n'existe pas deux types de prestations complémentaires et que la nécessité d'ordre pratique de pouvoir rembourser séparément les frais de maladie et d'invalidité sans devoir adapter simultanément la PC périodique n'a cependant rien changé, ni au caractère des frais de maladie et d'invalidité en tant que dépenses reconnues, ni au remboursement de ces frais à titre de prestation complémentaire.

S'agissant, en l'espèce, des frais d'accueil au CDJ-C_____ (CHF 1'600.- en juillet 2022), ils correspondent à des frais « d'autres structures ambulatoires » au sens de l'art. 14 al. 1 let. b LPC, dont le remboursement est réglé dans la mesure fixée par l'art. 17 du règlement relatif au remboursement des frais de maladie et

des frais résultant de l'invalidité en matière de prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité du 15 décembre 2010 (RFMPC – J 4 20.04). Compte tenu de leur caractère permanent depuis le 30 mars 2022 et de leur coût relativement constant d'un mois à l'autre selon les pièces
du dossier, il serait *a priori* concevable, au vu des considérations qui précèdent (ci-dessus : consid. 6.2.2), de les inclure dans le calcul de la prestation complémentaire annuelle. Par ce biais, il serait alors absolument clair que les frais de maladie et d'invalidité, dont relèvent les frais d'accueil au CDJ-C_____, sont concernés par le plafonnement prévu à l'art. 9 al. 1bis LPC. Cela étant, leur inclusion dans le calcul de la prestation complémentaire annuelle ne constitue pas une condition *sine qua non* pour que le plafonnement s'applique. Pour les raisons évoquées, ni le caractère de dépenses reconnues de ces frais, ni le fait que leur remboursement soit effectué à titre de prestation complémentaire ne sauraient être remis en cause par la particularité que constitue le versement séparé, effectué en exécution d'une décision de frais de maladie – qui dépend elle-même du fait que de tels frais soient effectivement encourus par le bénéficiaire de PC et présentés au SPC (art. 14 al. 1 LPC). En effet, le calcul séparé de la prestation complémentaire annuelle et du remboursement des frais de maladie et d'invalidité n'est effectué que pour simplifier la procédure (R. JÖHL/ P. USINGER-EGGER, *op. cit.*, p. 1924, n. 238 ; Erich GRÄUB, *Zusatzleistungen zur AHV und IV, in* STEIGER-SACKMANN/ MOSIMANN [éd.], *Recht der sozialen Sicherheit*, 2014, p. 925 ss, n. 26.106). Il est donc logique de prendre en compte les frais de maladie et d'invalidité de manière analogue aux dépenses reconnues selon l'art. 10 LPC (ATF 142 V 457 consid. 4.3 et les références). On relèvera enfin que pour les personnes qui, en raison de revenus excédentaires, n'ont pas droit à une prestation complémentaire annuelle mais peuvent tout de même prétendre au remboursement des frais de maladie et d'invalidité, le droit au remboursement de ceux-ci n'existe que dans la mesure où ils dépassent la part des revenus excédentaires (art. 14 al. 6 LPC). Cette dernière disposition illustre au besoin que le calcul du droit aux PC n'est complet que lorsque les éventuels frais de maladie et d'invalidité ont également été pris en compte en tant que dépenses reconnues (R. JÖHL/ P. USINGER-EGGER, *op. cit.*, p. 1924, n. 238 et la référence au n° 5310.05 DPC). Ainsi, en tant qu'il prévoit que le plafonnement de la PC annuelle prévu à l'art. 9 al. 1bis LPC s'applique aussi au remboursement des frais de maladie et d'invalidité, le n° 2450.01 DPC apparaît conforme au droit.

Il s'ensuit que pour les étrangers qui, à l'instar du recourant, sont ressortissants d'un pays ayant conclu une convention de sécurité sociale avec la Suisse, la prestation complémentaire annuelle, incluant les frais de maladie et d'invalidité, ne saurait dépasser le montant prévu à l'art. 9 al. 1bis LPC jusqu'à l'échéance du délai de carence de dix années visé à l'art. 5 al. 1 LPC. Étant donné que ce délai n'était pas échu au moment où le recourant (soit pour lui le SPAd) s'est vu facturer les frais d'accueil au CDJ-C_____ faisant l'objet de la décision

querellée, c'est à juste titre que celle-ci constate que le plafonnement des PCF à CHF 14'340.- par année (ou CHF 1'195.- par mois) ne laisse aucune marge pour le remboursement des frais d'accueil en question. En effet, le montant maximal de la PC annuelle était déjà atteint avec la part dévolue au règlement des primes d'assurance-maladie (CHF 599.-) ajoutée aux CHF 596.- mensuels.

7. Compte tenu de ce qui précède, le recours est rejeté.

8. 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. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public (art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 - LTF - RS 173.110). Le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	La présidente
Véronique SERAIN	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