

GE_GERICHTE A/1188/2024 vom 10. März 2025

GE Cour de justice, 2025-03-10, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1188_2024

FR: GE_GERICHTE A/1188/2024 du 10 mars 2025

IT: GE_GERICHTE A/1188/2024 del 10 marzo 2025

Erwägungen

E. 14

novembre 2019, il se justifiait de retenir un tel montant dans le revenu déterminant de l'intéressée. Cette dernière était pour le surplus invitée, dans l'hypothèse où la procédure l'opposant à l'OAI lui serait favorable, à saisir le SPC d'une demande de révision en vue du réexamen de la prise en compte d'un gain potentiel. f. Dans son arrêt ATAS/686/2021 du 28 juin 2021, désormais entré en force, la chambre de céans a partiellement admis le recours interjeté par l'intéressée contre la décision de l'OAI du 14 novembre 2019 et a modifié la décision querellée, en ce sens que la rente entière était réduite à une demi-rente avec effet au 1^{er} mars 2019, et non au 1^{er} mars 2018, au motif que l'état de santé de l'intéressée s'était sensiblement amélioré dès le mois de novembre 2018. g. Le 25 novembre 2021, le SPC a rendu une décision par laquelle il recalculait le droit de l'intéressée à des prestations complémentaires à l'aune de l'arrêt précité, de sorte qu'aucun revenu hypothétique n'était plus retenu jusqu'au 28 février 2019. À compter du 1^{er} mars 2019, un gain hypothétique de CHF 19'450.-, respectivement de CHF 19'610.- dès le 1^{er} janvier 2021, était à nouveau retenu. h. En date du 16 décembre 2021, l'OAI a rendu une décision, à la suite de l'arrêt ATAS/686/2021 du 28 juin 2021, octroyant à l'intéressée une rente entière jusqu'au 28 février 2019, puis une demi-rente à compter du 1^{er} mars suivant. i. En date du 26 octobre 2022, l'intéressée a informé le SPC qu'elle avait été hospitalisée en lits de crise aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) de la fin du mois de février au mois de mars 2022, puis au sein de la clinique de la B_____ de la fin du mois de mars à la fin du mois d'août 2022. j. Par correspondance du 4 janvier 2023, l'intéressée a communiqué au SPC différents certificats médicaux, desquels il ressortait notamment qu'elle avait été hospitalisée aux HUG du 22 février au 2 mars 2022, puis au sein de la clinique de la B_____ du 29 mars au 27 août 2022. k. Par décision du 20 janvier 2023, le SPC a informé l'intéressée qu'il ne prendrait pas en charge le montant de CHF 2'265.- au titre de taxe hospitalière. l. Par décision du 1^{er} février 2023, le SPC a recalculé le droit aux prestations complémentaires de l'intéressée s'agissant de la période du 1^{er} avril au 31 juillet 2022, en tenant compte de son entrée en institution du 29 mars au 27 août 2022. Le SPC a retenu, d'une part, un revenu hypothétique de CHF 19'610.- et, d'autre part, une épargne de CHF 18'874.55. L'intéressée n'avait pas droit à des prestations complémentaires durant cette période, hormis une réduction individuelle des primes mensuelles de CHF 359.-. m. Par une deuxième décision du même jour, le SPC a constaté qu'en raison du séjour en institution de l'intéressée, son droit aux prestations complémentaires, calculées selon le barème des personnes à domicile, devait être interrompu dès le 31 mars 2022. L'intéressée était ainsi débitrice d'un montant de CHF 17'018.- envers le SPC au titre des prestations versées du 1^{er} avril 2022 au 28 février 2023. n. Par une troisième décision du même jour, le SPC a informé l'intéressée avoir interrompu le versement de ses prestations rétroactivement au 31 juillet 2022, calculées selon le barème des personnes en institution, à la suite de son retour à

domicile. o. Par une quatrième décision du même jour, le SPC a recalculé le droit aux prestations complémentaires de l'intéressée s'agissant de la période du 1^{er} août 2022 au 28 février 2023, en appliquant le barème des personnes à domicile. Un rétroactif de CHF 10'834.- était dû à l'intéressée pour cette période, lequel a été déduit par le SPC de la dette de CHF 17'018.- de l'intéressée, si bien que cette dernière restait lui devoir le montant de CHF 6'184.-. Dès le 1^{er} mars 2023, l'intéressée avait droit à des prestations complémentaires s'élevant à CHF 1'552.-, après déduction du montant de CHF 523.20 au titre de part de prestation réservée au règlement des primes d'assurance-maladie. Le SPC continuait de retenir un revenu hypothétique de CHF 19'610.- en 2022, respectivement de CHF 20'100.- en 2023. p. Par décision du 7 février 2023, le SPC a annulé la quatrième décision qu'il avait rendue le 1^{er} février précédent, en déduisant, s'agissant du mois d'août 2022, des frais de nourriture de CHF 6'966.- du montant des besoins vitaux de l'intéressée. Le droit rétroactif de l'intéressée à des prestations complémentaires s'élevait ainsi, pour la période du 1^{er} août 2022 au 28 février 2023, à CHF 10'254.-, de sorte que sa dette envers le SPC se montait désormais à CHF 6'764.-. q. Par une deuxième décision du même jour, le SPC a calculé le droit rétroactif aux prestations complémentaires de l'intéressée s'agissant de la période du 1^{er} avril au 31 juillet 2022, sans qu'aucun changement ne soit constaté par rapport à la décision rendue en date du 1^{er} février 2023 pour cette même période. Dans ses deux décisions du 7 février 2023, le SPC a pris en compte le même revenu hypothétique que dans ses décisions précédentes. r. Par courrier daté du 24 février 2023, reçu le 8 mars suivant par le SPC, l'intéressée a formé opposition à l'encontre des décisions des 1^{er} et 7 février 2023, en soulignant que sa fortune était inférieure à celle qui avait été prise en compte par le SPC. Par ailleurs, ce dernier avait retenu à tort un revenu hypothétique durant son hospitalisation, alors qu'elle se trouvait en incapacité de travail totale pour cause de maladie. En outre, elle avait eu des frais s'élevant à CHF 8'827.85 s'agissant de la période d'avril à août 2022, lesquels étaient récapitulés dans une liste jointe à son courrier d'opposition. Le SPC n'avait pas tenu compte du loyer relatif à son garage et avait refusé, dans sa décision du 20 janvier 2023, de prendre en charge ses frais de nourriture. Ceux-ci étaient pourtant déduits du montant de ses besoins vitaux concernant ses prestations complémentaires du mois d'août 2022, de sorte qu'elle les prenait en charge deux fois. À l'appui de son opposition, l'intéressée a notamment produit une attestation de l'OAI mentionnant qu'une révision de son droit aux prestations était actuellement en cours ainsi qu'une attestation de l'office cantonal de l'emploi, selon laquelle elle avait été inscrite à l'assurance-chômage du 23 décembre 2014 au 14 avril 2015, sans avoir jamais perçu d'indemnités. s. Par décision du 1^{er} décembre 2023, le SPC a calculé le montant des prestations complémentaires de l'intéressée à partir du 1^{er} janvier 2024, lesquelles s'élevaient à CHF 1'552.- par mois, après déduction de la somme de CHF 594.20 au titre de part de prestation réservée au règlement des primes d'assurance-maladie. Le SPC continuait à tenir compte d'un revenu hypothétique de CHF 20'100.-. t. Le 6 mars 2024, le SPC a rendu une décision par laquelle il informait l'intéressée qu'il remboursait les montants de CHF 1'830.- et de CHF 390.- au titre de taxe hospitalière. u. Par décision sur opposition du 8 mars 2024, le SPC a partiellement admis l'opposition formée par l'intéressée en date du 24 février 2023. S'agissant du montant de l'épargne pris en compte, le SPC a indiqué à l'intéressée que, dans la mesure où ce montant était inférieur à la déduction légale de CHF 30'000.- devant être appliquée sur la fortune d'une personne seule, cette question pouvait demeurer ouverte, dès lors que le montant retenu au titre de fortune était de CHF 0.-. Par ailleurs, le revenu hypothétique de l'intéressée avait été retiré des calculs relatifs à

la période du 1^{er} avril au 31 août 2022, le SPC considérant qu'elle ne pouvait pas exercer une activité professionnelle durant son hospitalisation. Un revenu hypothétique correspondant à un taux d'invalidité de 50% avait toutefois été imputé à l'intéressée dès le 1^{er} septembre 2022, ce montant correspondant au montant maximum destiné à la couverture des besoins vitaux. Bien qu'une procédure de révision de la rente AI de l'intéressée fût en cours, la décision la plus récente dont le SPC avait connaissance, datant du 16 décembre 2021, faisait état d'un taux d'invalidité de 50% depuis le 1^{er} mars 2019. Dans l'hypothèse où la procédure de révision conduisait l'OAI à rendre une nouvelle décision, il appartiendrait à l'intéressée de la communiquer au SPC afin que ce dernier procède, le cas échéant rétroactivement, aux éventuelles modifications quant au calcul de ses prestations. Concernant les contributions aux frais de séjour hospitalier, le SPC a informé l'intéressée que de nouvelles décisions lui seraient prochainement notifiées, en remplacement de la décision du 20 janvier 2023, de sorte que son opposition était devenue sans objet sur ce point. Il découlait des nouveaux calculs établis par le SPC que la dette de l'intéressée s'élevait désormais à CHF 2'306.- pour la période du 1^{er} avril 2022 au 28 février 2023. C. a. Par acte daté du 7 avril 2024, posté le 10 avril suivant, l'intéressée a interjeté recours contre la décision sur opposition du 8 mars 2024 auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans), en expliquant qu'à la suite d'une longue hospitalisation, l'intimé lui avait réclamé le remboursement d'un montant important. L'opposition qu'elle avait effectuée avait conduit l'intimé à retirer le revenu hypothétique de ses calculs et à lui rembourser une partie de ses frais hospitaliers. Le montant de CHF 2'306.- lui était toutefois toujours réclamé. La rente AI de la recourante, initialement entière, avait été réduite à un taux de 50% en 2019, de sorte que l'intimé lui imputait désormais un revenu hypothétique. Ne pouvant faire appel à l'aide sociale, ni à l'assurance-chômage, elle avait dû drastiquement réduire ses frais. Du mois d'avril au mois d'août 2022, elle avait eu des frais pour un montant de CHF 8'827.85, lesquels étaient récapitulés dans un tableau annexé à son recours. En sus de ses frais hospitaliers, elle avait également dû régler directement, lors de ses quelques permissions de sortie, ses frais alimentaires ainsi que l'hôtel lorsqu'elle était incapable de rentrer chez elle. De plus, cela faisait plusieurs années qu'elle était éligible à l'aide sociale mais que ses prestations demeuraient non versées malgré ses rappels. À l'appui de son recours, la recourante a notamment produit un certificat médical de CLINIQUE PRIVÉE LA B _____ SÀRL (ci-après : la B _____) du 19 mars 2024, établi par la docteure C _____, spécialiste FMH en psychiatrie et physiothérapie, lequel fait état de la présence de la recourante à l'hôpital de jour de la clinique à raison de trois jours par semaine du 29 août 2022 au 24 janvier 2023, à raison de deux jours par semaine du 25 janvier au 15 août 2023 et à raison d'un jour par semaine depuis le 16 août 2023. La recourante a également joint à son recours le projet de décision rendu par l'OAI en date du 15 décembre 2023, par lequel celui-ci lui annonçait que sa rente d'invalidité serait entière du 1^{er} août au 30 novembre 2022, avant de correspondre à nouveau à une demi-rente à compter du 1^{er} décembre 2022. À l'appui de son projet de décision, l'OAI faisait valoir que ce projet de décision intervenait dans le contexte de la procédure de révision sollicitée par la recourante en date du 2 août 2022. Il ressortait des constatations de l'OAI que la recourante se trouvait en incapacité de gain totale du 2 mars au 30 août 2022, de sorte que le taux d'invalidité s'élevait à 100% durant cette période. Dans la mesure où, conformément aux dispositions légales en vigueur, la rente ne pouvait être augmentée que trois mois entiers après la manifestation de l'aggravation de l'état de santé et au plus tôt le mois où la demande de révision avait été présentée, l'augmentation de

la rente d'invalidité prenait effet au 1^{er} août 2022. Sa capacité de gain s'étant améliorée à compter du mois d'août 2022, le droit à une demi-rente lui était à nouveau reconnu dès le 1^{er} décembre 2022. La recourante a également produit ses déterminations du 1^{er} février 2024 relatives au projet de décision de l'OAI, dans lesquelles elle précisait, d'une part, que la détérioration de son état de santé remontait au printemps 2021, période durant laquelle elle avait été admise à plusieurs reprises aux urgences, et, d'autre part, que sa première hospitalisation aux lits d'intervention de crise des HUG datait du 22 février 2022, et non du 2 mars suivant. À sa sortie de la B_____, elle avait continué à se rendre trois fois par semaine à l'hôpital de jour de cette clinique jusqu'au 24 janvier 2023, puis deux fois par semaine jusqu'au 15 août 2023. Depuis, elle ne s'y rendait plus qu'une fois par semaine, car elle avait trouvé des soins extérieurs, en précisant que ceux-ci étaient incompatibles avec une activité professionnelle. Elle souffrait de maladies chroniques, évolutives et stressantes, ayant une grande incidence sur sa vie quotidienne, ainsi que de douleurs constantes. S'agissant de ses soins actuels, la recourante a indiqué qu'elle effectuait notamment des séances hebdomadaires de physiothérapie pour une subluxation de la mâchoire et pour la connectivité, deux heures de massage hebdomadaires par une thérapeute, une longue séance d'acupuncture par un médecin toutes les deux semaines et qu'elle se rendait un jour par semaine auprès de l'hôpital de jour à la B_____ avec un groupe de parole sur les addictions. Elle avait également repris les antidépresseurs et avait commencé un traitement par cryothérapie. Au niveau de ses limitations fonctionnelles, les douleurs abdominales aiguës la pliaient en deux, les raideurs au niveau des doigts l'empêchaient de taper sur un clavier ou de tenir un volant, le syndrome myofascial de luxation discale la bloquait, et l'anémie ferrique l'épuisait. Depuis qu'elle avait arrêté le cannabis en juillet 2022, elle souffrait de douleurs intenses et incapacitantes et était gênée par une importante prise de poids. Ses fasciites plantaires l'entravaient pour marcher et pour tenir la position debout, les dorsalgies limitaient sa capacité d'être en position assise, les spasmes des jambes et des bras la déstabilisaient. Elle était également gênée par ses menstruations irrégulières et abondantes, par les blocages réguliers de sa nuque et du haut de son dos, par son hypersensibilité aux bruits et à la lumière, par ses acouphènes, par ses migraines et par ses symptômes psychosomatiques. Ces limitations faisaient obstacle à l'exercice d'une activité contractuelle. Enfin, le projet de décision de l'OAI la mettait dans un état de stress et d'angoisse tel qu'elle ne pouvait pas s'imaginer se confronter à la recherche d'emploi. b. Dans sa réponse du 8 mai 2024, l'intimé a indiqué que la recourante ne produisait aucun élément nouveau et n'invoquait aucun argument susceptible de le conduire à une appréciation différente du dossier, en maintenant qu'il appartenait à la recourante de lui communiquer la nouvelle décision rendue par l'OAI au terme de la procédure de révision de son taux d'invalidité afin qu'il puisse, le cas échéant rétroactivement, procéder à la correction des calculs effectués. L'intimé informait toutefois la chambre de céans que l'Office cantonal des assurances sociales (ci-après : OCAS) lui avait communiqué un décompte de compensation faisant état d'une légère modification du taux d'invalidité de la recourante, dès lors que celle-ci était reconnue invalide à 100% du 1^{er} août au 30 novembre 2022. L'intimé concluait ainsi au rejet du recours et au maintien de la décision querellée, hormis s'agissant de la période courant du 1^{er} septembre au 30 novembre 2022, durant laquelle le revenu hypothétique de la recourante pouvait être retiré. S'agissant des arguments de la recourante relatifs à des prestations d'aide sociale, ceux-ci étaient sans objet avec son recours dans la mesure où la décision querellée avait été rendue à la suite d'une opposition à des décisions concernant des prestations complémentaires

exclusivement. La chambre de céans n'était en tout état de cause pas compétente en la matière. c. Alors qu'un délai avait été imparti à la recourante pour consulter le dossier de la procédure et faire part de ses éventuelles observations, l'intimé a, par pli du 24 mai 2024, spontanément communiqué à la chambre de céans deux décisions rendues en date du 17 mai précédent, relatives aux droits de la recourante en matière de prestations complémentaires et d'aide sociale. L'intimé recalculait le droit aux prestations complémentaires de la recourante rétroactivement au 1^{er} août 2022 et jusqu'au 31 mai 2024, en retirant tout revenu hypothétique de la période du 1^{er} août au 30 novembre 2022, de sorte qu'un solde rétroactif de CHF 698.- était dû à la recourante. d. Sur interpellation de la chambre de céans, l'intimé a indiqué, en date du 5 juin 2024, que la dette de CHF 2'036.- (sic !) ressortant de la décision sur opposition du 8 mars 2024 était toujours due par la recourante dans la mesure où le montant de CHF 698.- avait directement été versé à la recourante, sans compenser partiellement sa dette. e. Par courrier du 10 juin 2024, la chambre de céans a invité la recourante à lui indiquer si elle avait encore des griefs à faire valoir, en particulier si elle contestait le revenu hypothétique pris en compte du 1^{er} décembre 2022 au 28 février 2023. Le cas échéant, il était requis de la recourante qu'elle explique précisément pour quels motifs elle n'était pas capable de travailler, en quoi avait consisté sa présence à la B_____ et pour quel motif une activité à un taux partiel ne pouvait pas être exercée du 1^{er} décembre 2022 au 28 février 2023. f. Le 19 juin 2024, la recourante a adressé un courrier à l'intimé, dont une copie a été adressée à la chambre de céans, en s'opposant aux décisions de prestations complémentaires et d'aide sociale rendues par l'intimé en date du

E. 17

mai 2024, au motif que le montant de sa fortune n'avait pas été corrigé. g. Dans sa correspondance du 25 juin 2024, la recourante a maintenu qu'elle contestait la prise en compte de tout revenu hypothétique. Elle a expliqué que sa présence au sein de la clinique de la B_____ consistait en un traitement ambulatoire régulier, qui durait toute la journée. En raison de la fragilité de son état de santé et du nombre de ses soins, une activité à temps partiel ne pouvait pas être exercée durant la période du 1^{er} décembre 2022 au 28 février 2023. Elle souffrait d'une fibromyalgie, d'une connectivité indifférenciée, d'une endométriose, de fibromes utérins, de troubles hormonaux, d'hyper- et dysménorrhées, de dorsalgies récurrentes, d'une bursite à chaque épaule, d'apnées du sommeil avec des insomnies, d'une fatigue chronique, d'une dysbiose, d'un syndrome du côlon irritable, d'un trouble anxiodépressif et d'un syndrome post-traumatique. Actuellement, elle souffrait également d'une lombalgie, d'un torticolis et de courbatures. Sa mobilité était limitée en raison de douleurs à son épaule droite, au sacrum, à la hanche et au pied gauche. Elle avait des douleurs au ventre avec beaucoup de ballonnements et son diaphragme était bloqué. Elle avait des vertiges et était très fatiguée. La recourante a enfin relevé que le montant de la dette mentionné dans le courrier de l'intimé du 5 juin 2024 était de CHF 2'036.-, alors que celui figurant dans sa décision sur opposition du 8 mars 2024 était de CHF 2'306.-. Elle a également informé la chambre de céans qu'elle avait reçu la décision de l'AI et que celle-ci ferait l'objet « d'une autre opposition ». h. Par courrier du 12 juillet 2024, l'intimé a déclaré que la recourante n'invoquait aucun argument susceptible de le conduire à une évaluation différente du dossier de la recourante. Il a ainsi réaffirmé qu'il convenait de maintenir dans les calculs un revenu hypothétique en raison de l'invalidité partielle de la recourante à compter du 1^{er} décembre 2022. À cet égard, l'intimé a joint à ses déterminations les décisions de l'OCAS du 28 mai 2024, desquelles il ressort qu'une rente d'invalidité entière avait été octroyée à la recourante du 1^{er} août au 30 novembre 2022, puis une demi-rente

d'invalidité à compter du 1^{er} décembre 2022. L'intimé a rappelé que dans sa décision du 17 mai 2024, le revenu hypothétique avait déjà été supprimé du calcul des prestations de la recourante s'agissant de la période du 1^{er} septembre au 30 novembre 2022. Enfin, une erreur de plume s'était glissée dans l'écriture de l'intimé du 5 juin 2024, dès lors que la dette due par la recourante s'élevait bien à CHF 2'306.-, et non à CHF 2'036.-. i. La recourante a interjeté recours contre la décision de l'OAI du 28 mai 2024, par laquelle celui-ci lui octroyait une demi-rente à compter du 1^{er} décembre 2022. La procédure est actuellement pendante par-devant la chambre de céans (A/2226/2024). j. Le 7 août 2024, la recourante a indiqué avoir compris que l'intimé ne pouvait se fier qu'aux décisions de l'OAI s'agissant de son état de santé mais qu'elle avait réalisé, avec le dernier courrier de l'intimé, que même les faits n'étaient pas de leur ressort. Elle a également précisé qu'elle n'était pas en mesure de rembourser le montant qu'elle devait à l'intimé. k. À la demande de la chambre de céans, l'OAI lui a communiqué le dossier AI de la recourante, dans lequel figuraient notamment les éléments suivants concernant la période litigieuse. Dans son rapport médical du 22 décembre 2022, la Dre C_____ a indiqué que la recourante présentait toujours des symptômes dépressifs et des troubles du sommeil. Elle souffrait d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques chronique, en rémission partielle (F33.2), d'un trouble hyperkinétique (F90.0), d'une polyarthrite rhumatoïde, d'une apnée du sommeil et une d'hypothyroïdie nouvellement diagnostiquée, ces diagnostics ayant tous un effet sur sa capacité de travail. La recourante se rendait alors trois fois par semaine à la B_____. Selon la Dre C_____, la capacité de travail de la recourante était nulle dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Selon le rapport médical du 6 mars 2023, établi par la docteure D_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, l'hospitalisation de la recourante en 2022 était due à une décompensation anxieuse et dépressive sur épuisement psychique prolongé. La capacité de travail de la recourante était fortement limitée, étant précisé qu'elle ne pouvait pas adopter la position assise, ni debout, de façon prolongée, ni effectuer un travail prolongé devant un écran. Elle ne pouvait pas non plus effectuer plus d'une heure d'activité sans repos. Le dossier produit par l'OAI comportait également plusieurs avis médicaux du service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR). Dans son avis du 7 juin 2023, le SMR estimait qu'il ne pouvait pas suivre l'avis des médecins traitants de la recourante et qu'il convenait de diligenter une expertise bidisciplinaire comportant des volets rhumatologique et psychiatrique, notamment afin d'établir les atteintes à la santé ayant un impact sur la capacité de travail de la recourante et d'évaluer sa capacité de travail résiduelle. Cette expertise a été effectuée par les docteurs E_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et F_____, spécialiste FMH en rhumatologie. Le 6 novembre 2023, les experts rhumatologue et psychiatre ont communiqué leur rapport d'expertise à l'OAI. L'expert rhumatologue a retenu les diagnostics de fibromyalgie et d'une possible connectivité indifférenciée stable sans aucun traitement depuis des années. Selon l'expert, ces diagnostics n'avaient pas d'impact sur la capacité de travail de la recourante, celle-ci étant entière dans son activité habituelle ou adaptée. L'expert psychiatre a quant à lui retenu que la recourante souffrait d'une perturbation de l'activité et de l'attention et qu'elle avait des antécédents de troubles mentaux, sans impact sur sa capacité de travail. Sa capacité de travail avait toujours été entière jusqu'en mars 2022, avant d'être nulle jusqu'au 30 août 2022, puis à nouveau entière dès le 1^{er} septembre 2022. Dans son avis médical du 13 novembre 2024, le SMR a estimé, après examen de la totalité des pièces versées au dossier, que l'état de santé de la recourante s'était aggravé durant une courte période pour des

raisons psychiques durant sa prise en charge par la B_____, durant laquelle il convenait d'exclure toute capacité de travail. Dès le 1^{er} septembre 2022, le SMR a estimé que les diagnostics retenus par les experts rhumatologue et psychiatre, de même que celui d'endométriose III-IV (que le SMR avait retenu dans son avis du 4 septembre 2019), pouvaient être considérés comme non-incapacitants lorsqu'ils étaient pris séparément, mais que leur combinaison justifiait de retenir une capacité de travail exigible de 50% seulement. Par conséquent, le SMR ne retenait pas une amélioration notable et durable de l'état de santé de la recourante.

1. Par courrier du 9 décembre 2024, l'intimé, déférant à une demande de la chambre de céans, a explicité les calculs relatifs au montant de CHF 6'966.-, retenu au titre de frais de nourriture s'agissant du mois d'août 2022, et au montant de CHF 79'205.-, retenu au titre de frais de pension pour la période du 1^{er} avril au 31 juillet 2022. Le montant annualisé de CHF 6'966.- était obtenu par la multiplication des frais de nourriture journaliers prévus à l'art. 11 du règlement sur l'assurance-vieillesse et survivants du 31 octobre 1947 (RAVS - RS 831.101) par le nombre de jours d'hospitalisation. Le montant annualisé de CHF 92'205.- était quant à lui fondé sur le tarif hospitalier journalier de CHF 217.- pratiqué par les HUG.

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 PCC du 25 octobre 1968 (LPCC - J 4 25). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

1.2 En matière de PCF, les décisions sur opposition sont sujettes à recours dans un délai de 30 jours (art. 56 al. 1 et 60 al. 1 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 [LPFC - J 4 20]) auprès du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré (art. 58 al. 1 LPGA). S'agissant des PCC, l'art. 43 LPCC ouvre les mêmes voies de droit. L'art. 38 al. 4 let. a LPGA prévoit que les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 7^e jour avant Pâques au 7^e jour après Pâques inclusivement. En 2024, le dimanche de Pâques était le 31 mars, de sorte que le délai de recours était suspendu du 24 mars au 7 avril 2024. En l'espèce, la recourante a formé recours contre la décision sur opposition du 8 mars 2024, par acte daté du 7 avril mais expédié le 10 avril suivant, contre la décision sur opposition du 8 mars 2024. Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA).

2. Les dispositions de la LPGA s'appliquent aux PCF à moins que la LPC n'y déroge expressément (art. 1 al. 1 LPC). En matière de PCC, la LPC et ses dispositions d'exécution fédérales et cantonales, ainsi que la LPGA et ses dispositions d'exécution, sont applicables par analogie en cas de silence de la législation cantonale (art. 1A LPCC).

3. Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} 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 du 15 janvier 1971 sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité ; RS 831.301], modification du 29 janvier 2020, RO 2020 599). Conformément à l'al. 1 des dispositions transitoires de la modification du 22 mars 2019, l'ancien droit reste applicable trois ans à compter de l'entrée en vigueur de cette modification aux bénéficiaires de prestations complémentaires pour lesquels la réforme des PC entraîne, dans son ensemble, une

diminution de la prestation complémentaire annuelle ou la perte du droit à la prestation complémentaire annuelle. Par ailleurs, selon la circulaire concernant les dispositions transitoires de la réforme des PC (C-R PC), valable dès le 1^{er} janvier 2021, il n'est nécessaire d'établir un calcul comparatif durant le délai transitoire que pour les cas dans lesquels le calcul de la prestation complémentaire se fonde sur l'ancien droit. Dès que le calcul est établi selon le nouveau droit, ce dernier reste applicable pour le reste de la période transitoire (ch. 3104). En l'occurrence, les calculs effectués par l'intimé dans sa décision du 5 décembre 2020, entrée en force, révèlent que l'application du nouveau droit aux prestations complémentaires de la recourante n'entraînait ni une perte du droit à la prestation complémentaire annuelle ni une diminution de celle-ci, raison pour laquelle les dispositions applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

4. Il convient tout d'abord de déterminer quelle est, pour la chambre de céans, la nature de la décision rendue le 17 mai 2024 par l'intimé, rendue en cours de procédure, laquelle porte en partie sur la période litigieuse concernée par la décision querellée, plus précisément si ladite chambre doit se contenter d'en prendre acte ou si elle doit en vérifier la conformité au droit.

4.1 L'art. 53 al. 3 LPGA dispose que jusqu'à l'envoi de son préavis à l'autorité de recours, l'assureur peut reconsidérer une décision ou une décision sur opposition contre laquelle un recours a été formé. Il reprend ainsi le contenu de l'art. 58 al. 1 de la loi fédérale sur la procédure administrative du 20 décembre 1968 (PA - RS 172.021), à teneur duquel l'autorité inférieure peut, jusqu'à l'envoi de sa réponse, procéder à un nouvel examen de la décision attaquée. Si la nouvelle décision rendue pendente lite par l'assureur fait entièrement droit aux conclusions du recourant, en d'autres termes donne entière satisfaction à celui-ci, le recours devient sans objet et la cause doit être radiée du rôle, la décision y afférente de l'autorité de recours devant au surplus statuer sur les frais et dépens en tenant compte de l'intervention des deux parties. Dans le cas contraire, la procédure se poursuit à propos de ce qui reste litigieux, sans qu'il soit nécessaire de recourir contre la nouvelle décision (ATF 127 V 228 consid. 2b/bb ; 113 V 237 ; 107 V 250 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_22/2019 du 7 mai 2019 consid. 3.1 ; 8C_1036/2012 consid. 3.3 ; 8C_18/2009 du 31 juillet 2009 consid. 3 et I 278/02 du 24 juin 2002 consid. 2 ; ATAS/393/2021 du 29 avril 2021 consid. 3c ; ATAS/173/2021 du 1^{er} mars 2021 consid. 7b). Dans un arrêt de principe du 29 avril 2021, la chambre de céans a modifié sa pratique relative à la reconsidération pendente lite en ce sens qu'une nouvelle décision de l'autorité intimée rendue après sa première réponse ou premier préavis, mais dans le cadre d'un échange d'écritures prévu par le droit de procédure ou ordonné par la chambre de céans, doit être considérée comme une décision dont il n'y a pas à contrôler la conformité au droit si elle donne entière satisfaction à la partie recourante (ATAS/393/2021 consid. 3f).

4.2 En l'occurrence, dans sa décision sur opposition du 8 mars 2024, l'intimé a partiellement admis l'opposition de la recourante en ce qui concerne l'imputation d'un gain potentiel pour invalide partiel, en retirant ce montant des calculs du 1^{er} avril au 31 août 2022, dès lors qu'elle était prise en charge à la B_____ durant cette période. Cependant, un gain potentiel pour invalide à un taux de 50% a été maintenu dans le calcul des prestations complémentaires de la recourante, ce dès le 1^{er} septembre 2022. À la suite du recours interjeté par la recourante contre cette décision, l'intimé a rendu une nouvelle décision en date du 17 mai 2024, par laquelle il a recalculé le droit aux prestations complémentaires de la recourante rétroactivement au 1^{er} août 2022, en retirant tout revenu hypothétique des calculs relatifs à la période du 1^{er} août au 30 novembre 2022. Un revenu hypothétique pour invalide partiel était à nouveau pris en compte dès le 1^{er} décembre suivant. Interpellée par la chambre de céans, la recourante a

déclaré qu'elle persistait à contester la prise en compte de tout revenu hypothétique. Compte tenu de ce qui précède, il appert que la nouvelle décision rendue par l'intimé ne fait pas entièrement droit aux conclusions de la recourante dans la mesure où un revenu hypothétique est retenu à compter du 1^{er} décembre 2022, ce que la recourante conteste. La décision du 17 mai 2024, rendue après la première réponse de l'intimé devant la chambre de céans, est intervenue dans le délai imparti par la chambre de céans à la recourante pour consulter le dossier et faire toutes observations utiles. En outre, dans sa réponse du 8 mai 2024, l'intimé avait déjà pris acte de la modification du taux d'invalidité de la recourante s'agissant de la période du 1^{er} août au 30 novembre 2022 et avait admis que le revenu hypothétique pour invalide partiel de la recourante pouvait être retiré des calculs de cette période. En application de l'art. 53 al. 3 LPGA, interprété à la lumière de l'ATAS/393/2021, il convient, d'une part, d'admettre qu'il ne doit plus être tenu compte d'un revenu hypothétique jusqu'au 30 novembre 2022 et, d'autre part, d'examiner si un revenu hypothétique doit être pris en considération à compter du 1^{er} décembre 2022, dès lors que cette question demeure litigieuse. 5. Il sied également de déterminer l'objet du litige d'un point de vue temporel, dès lors que la nouvelle décision rendue par l'intimé en date du 17 mai 2024 concerne tant la période du 1^{er} août 2022 au 28 février 2023, qui faisait déjà l'objet de la décision sur opposition du 8 mars 2024, que la période courant du 1^{er} mars 2023 au 31 mai 2024, laquelle n'était pas couverte par la décision querellée. 5.1 Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1 ; 125 V 414 consid. 1a ; 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées). L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui – dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision – constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaquée. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 414 consid. 1b et 2 et les références citées). Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la procédure juridictionnelle administrative peut être étendue, pour des motifs d'économie de procédure, à une question en état d'être jugée qui excède l'objet du litige, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins (ATF 130 V 503 ; 122 V 36 consid. 2a et les références). Les conditions auxquelles un élargissement du procès au-delà de l'objet de la contestation est admissible sont donc les suivantes : la question (excédant l'objet de la contestation) doit être en état d'être jugée ; il doit exister un état de fait commun entre cette question et l'objet initial du litige ; l'administration doit s'être prononcée à son sujet dans un acte de procédure au moins ; le rapport juridique externe à l'objet de la contestation ne doit pas avoir fait l'objet d'une décision passée en force de chose jugée et les droits procéduraux des parties doivent être respectés (arrêt du Tribunal fédéral 9C_678/2011 du 4 janvier 2012 consid. 3.1). 5.2 En

l'occurrence, la nouvelle décision rendue par l'intimé en date du 17 mai 2024 a en partie trait à une période qui n'est pas couverte par la décision querellée, à savoir celle qui court du 1^{er} mars 2023 au 31 mai 2024, de sorte qu'il convient de déterminer s'il y a lieu d'élargir la présente procédure au-delà de son objet de contestation. L'intimé a imputé à la recourante, durant la période précitée, un revenu hypothétique d'invalidé partiel, ce que celle-ci conteste. Pour ce faire, l'intimé s'est fondé sur la décision de l'OAI la plus récente au moment du prononcé de la décision querellée, soit celle du 21 décembre 2021, laquelle reconnaissait à la recourante le droit à une demi-rente dès le 1^{er} mars 2019, sur la base d'un taux d'invalidité de 50%. Il convient toutefois de rappeler que la recourante a déposé une demande de révision de son dossier AI en date du 2 août 2022, au motif que son état de santé s'était aggravé. À l'issue de l'instruction de cette demande, l'OAI a rendu deux décisions, en date du 28 mai 2024, par lesquelles il a augmenté la rente de la recourante à hauteur d'une rente entière du 1^{er} août au 30 novembre 2022, avant de la réduire à nouveau à 50% dès le 1^{er} décembre 2022. La recourante a exercé un recours contre cette décision, étant précisé que la procédure y relative est pendante par-devant la chambre de céans (A/2226/2024). Au vu de ce qui précède, il appert que la question de l'imputation d'un revenu hypothétique à la recourante s'agissant de la période du 1^{er} mars 2023 au 30 mai 2024 n'est pas en état d'être jugée, dès lors qu'elle dépend en grande partie de l'arrêt que rendra la chambre de céans dans le cadre de la procédure opposant la recourante à l'OAI. En outre, l'état de fait concerné par la décision querellée diffère de celui qui a trait à la période du 1^{er} mars 2023 au 31 mai 2024, singulièrement en raison de la variation du suivi ambulatoire de la recourante auprès de la B _____, ce qui influence la prise en compte d'un gain hypothétique (cf. infra 7.3.2). La chambre de céans circonscrit donc son analyse à la période du 1^{er} août 2022 au 28 février 2023. Il convient toutefois de souligner que la recourante, par courrier du 19 juin 2024, s'est opposée à la décision rendue par l'intimé en date du 17 mai 2024, en remettant en cause le montant retenu au titre de fortune. En outre, dans la correspondance du 25 juin 2024 qu'elle a adressée à la chambre de céans, la recourante a persisté à contester toute prise en compte d'un revenu hypothétique, en énumérant diverses atteintes à la santé qui entravent, selon elle, sa capacité de travail. Les déclarations de la recourante doivent ainsi être comprises comme une contestation de la prise en compte d'un revenu hypothétique s'agissant de la période postérieure au 28 février 2023 également. Partant, il appartient à l'intimé de statuer sur l'opposition formée par la recourante en date du 19 juin 2024, en examinant si un revenu hypothétique doit lui être imputé à compter du 1^{er} mars 2023. 6. Le litige porte sur la question de savoir si l'intimé est fondé à réclamer à la recourante la restitution du montant de CHF 2'306.-, lequel découle des nouveaux calculs auxquels il a procédé dans la décision querellée s'agissant de la période du 1^{er} avril 2022 au 28 février 2023, et si un revenu hypothétique peut être imputé à la recourante du 1^{er} décembre 2022 au 28 février 2023. Concernant les frais de séjour hospitalier, l'intimé a informé la recourante que de nouvelles décisions seraient rendues à ce sujet, en remplacement de la décision du 20 janvier 2023. L'intimé a d'ailleurs rendu, en date du 6 mars 2024, une décision par laquelle il informait la recourante qu'il remboursait les montants de CHF 1'830.- et de CHF 390.- au titre de taxe hospitalière. Il y a donc lieu de considérer que l'intimé a annulé sa décision du 20 janvier 2023 et que ce point n'est plus litigieux dans le cadre de la présente procédure. Il en va de même s'agissant du montant de la fortune, dès lors que celui-ci est en tout état de cause inférieur au montant de la déduction légale de CHF 30'000.- (cf. art. 11 al. 1 let. c LPC), de sorte qu'il n'a pas d'influence sur le montant des prestations complémentaires. Enfin, la recourante a produit à l'appui de son

opposition du 24 février 2023 et de son recours du 7 avril 2024 une liste de différents frais dont elle dit s'être acquittée durant sa prise en charge au sein de la B_____. Bien que dans ces deux actes, la recourante n'ait pas pris de conclusions formelles à ce propos, l'on comprend qu'elle aurait souhaité que l'intimé en tienne compte dans ses calculs relatifs à la période correspondante, de sorte que cette question sera également examinée dans le cadre du présent arrêt.

7. 7.1 Aux termes de l'art. 25 LPGA dans sa teneur dès le 1^{er} janvier 2021, les prestations indûment touchées doivent être restituées. La restitution ne peut être exigée lorsque l'intéressé était de bonne foi et qu'elle le mettrait dans une situation difficile (al. 1). Le droit de demander la restitution s'éteint trois ans après le moment où l'institution d'assurance a eu connaissance du fait, mais au plus tard cinq ans après le versement de la prestation. Si la créance naît d'un acte punissable pour lequel le droit pénal prévoit un délai de prescription plus long, celui-ci est déterminant (al. 2). Les prestations complémentaires accordées en vertu de décisions qui ont formellement passé en force doivent être restituées si les conditions d'une reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA) ou d'une révision (art. 53 al. 1 LPGA) sont remplies (ATF 130 V 318 consid. 5.2). À cet égard, la jurisprudence constante distingue la révision d'une décision entrée en force formelle (art. 53 al. 1 LPGA), à laquelle l'administration est tenue de procéder lorsque sont découverts des faits nouveaux ou de nouveaux moyens de preuve susceptibles de conduire à une appréciation juridique différente (ATF 129 V 200 consid. 1.1 ; 127 V 466 consid. 2c et les références), de la reconsidération d'une décision formellement passée en force de chose décidée sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée quant au fond (art. 53 al. 2 LPGA), à laquelle l'administration peut procéder pour autant que la décision soit sans nul doute erronée et que sa rectification revête une importance notable. Ainsi, par le biais d'une reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit (ATF 147 V 167 consid. 4.2 et la référence). L'obligation de restituer des PC indûment touchées et son étendue dans le temps n'est pas liée à une violation de l'obligation de renseigner (ATF 122 V 134 consid. 2e). Il s'agit simplement de rétablir l'ordre légal après la découverte du fait nouveau (arrêt du Tribunal fédéral 9C_398/2021 du 22 février 2022 consid. 5.1).

7.2 Le droit cantonal reprend les règles contenues dans les articles de loi et d'ordonnance fédérales susmentionnés afférents à l'obligation de restituer (cf . art. 24 al. 1 LPCC et 14 du règlement relatif aux prestations cantonales complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité du 25 juin 1999 [RPCC-AVS/AI - J 4 25.03]).

7.3 Les délais de l'art. 25 al. 2 LPGA sont des délais (relatif et absolu) de péremption, qui doivent être examinés d'office (ATF 146 V 217 consid. 2.1 et les références ; 142 V 20 consid. 3.2.2 et les références). Contrairement à la prescription, la péremption prévue à l'art. 25 al. 2 LPGA ne peut être ni suspendue ni interrompue et lorsque s'accomplit l'acte conservatoire que prescrit la loi, comme la prise d'une décision (ATF 119 V 431 consid. 3c), le délai se trouve sauvegardé une fois pour toutes (ATF 138 V 74 consid. 5.2 et les références). En tant qu'il s'agit de délais de péremption, l'administration est déchue de son droit si elle n'a pas agi dans les délais requis (cf . ATF 134 V 353 consid. 3.1 et les références). S'agissant de l'interruption de la péremption de la créance en restitution de prestations indues, le Tribunal fédéral a considéré qu'une première décision de restitution de prestations rendue avant l'échéance du délai de péremption sauvegarde valablement ce délai, quand bien même elle est par la suite annulée et remplacée sur le champ par une nouvelle décision de restitution portant sur un montant corrigé (arrêt du Tribunal fédéral 8C_366/2022 du 19 octobre 2022 consid. 5.3.2 et les références).

7.4 En l'occurrence, la recourante a informé l'intimé, en date du 26 octobre 2022, qu'elle avait été hospitalisée au sein de la B_____ de

la fin du mois de mars à la fin du mois d'août 2022. Force est de constater que la découverte de cet élément nouveau, par l'intimé, justifiait qu'il rende une décision de restitution, dès lors que le séjour de la recourante au sein de la B_____, durant plus de trois mois, modifiait la façon dont ses PCF et PCC devaient être calculées. Par décision du 1^{er} février 2023, puis par décision du 7 février suivant, l'intimé a recalculé le droit aux prestations complémentaires de l'assurée, en tenant compte de cette nouvelle information et en indiquant à la recourante qu'elle restait lui devoir le montant de CHF 6'764.-. L'intimé a ainsi agi moins de quatre mois après la réception de cette nouvelle information, soit dans le respect du délai relatif de péremption de trois ans. En outre, il a fait rétroagir sa décision au 1^{er} avril 2022, ce qui représente une durée rétroactive largement inférieure au délai absolu de cinq ans. Compte tenu de ce qui précède, l'intimé était fondé à rendre une décision de restitution, ce qu'il a fait dans les délais.

8. 8.1 8.1.1 Au plan fédéral, les personnes qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse et qui remplissent les conditions (personnelles) prévues aux art. 4, 6 et 8 LPC ont droit à des prestations complémentaires. Ont ainsi droit aux prestations complémentaires notamment les personnes qui ont droit à une rente ou à une allocation pour impotent de l'assurance-invalidité (AI) ou perçoivent des indemnités journalières de l'AI sans interruption pendant six mois au moins, conformément à l'art. 4 al. 1 let. c LPC. Les PCF 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 LPC dispose que le montant de la prestation complémentaire annuelle correspond à la part des dépenses reconnues qui excède les revenus déterminants. Ont droit aux PCC les personnes dont le revenu annuel déterminant n'atteint pas le revenu minimum cantonal d'aide sociale applicable (art. 4 LPCC). Le revenu déterminant est en principe calculé conformément aux règles fixées dans la loi fédérale et ses dispositions d'exécution (art. 5 LPCC).

8.1.2 Dans le cadre de la réforme de la LPC, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2021, le législateur a introduit un nouvel art. 11a LPC traitant spécifiquement de la renonciation à des revenus ou parts de fortune, qui stipule que si une personne renonce volontairement à exercer une activité lucrative que l'on pourrait raisonnablement exiger d'elle, le revenu hypothétique correspondant est pris en compte comme revenu déterminant. La prise en compte de ce revenu est réglée par l'art. 11 al. 1 let. a LPC.

8.1.3 Il sied de relever que la LPC prévoit la prise en compte d'un revenu hypothétique dans d'autres hypothèses, notamment concernant les assurés partiellement invalides, dont les modalités sont réglées à l'art. 14a de l'ordonnance sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité du 15 janvier 2017 (OPC-AVS/AI – RS 831.301). Selon l'art. 14a al. 2 let. b OPC-AVS/AI, pour les invalides âgés de moins de 60 ans, le revenu de l'activité lucrative à prendre en compte correspond au moins au montant maximum destiné à la couverture des besoins vitaux des personnes seules selon l'art. 10 al. 1 let. a ch. 1 LPC, pour un taux d'invalidité de 50 à moins de 60%. Lorsque le montant indiqué à l'art. 14a al. 2 let. a à c OPC-AVS/AI n'est pas atteint, de même que lorsqu'aucune activité lucrative n'est exercée, l'assuré est présumé avoir renoncé à des ressources au sens de l'art. 11 al. 1 let. g aLPC. L'assuré peut renverser cette présomption en apportant la preuve que des circonstances objectives et subjectives extérieures à l'invalidité, telles que l'âge, le manque de formation ou de connaissances linguistiques, des circonstances personnelles ou la situation du marché du travail, entravent ou compliquent la réalisation d'un tel revenu. Le revenu déterminant pour le calcul de la prestation complémentaire est le revenu hypothétique que l'assuré pourrait effectivement réaliser (ATF 141 V 343 consid. 3.3 ; 140 V 267 consid. 2.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_827/2018 du 20 mars 2019 consid. 4.3). Le bénéficiaire de prestations

a en la matière une obligation accrue de collaborer à l'instruction des faits (art. 43 al. 1 LPGA), en ce sens il doit faire valoir les éléments susceptibles de renverser la présomption précitée. S'il ne le fait pas et si ces éléments ne sont pas apparents, ou si l'instruction ne parvient pas à un résultat concluant, il supporte l'absence de preuves (arrêt du Tribunal fédéral 9C_241/2016 du 22 juin 2016 consid. 3). S'agissant plus particulièrement du critère ayant trait à l'état de santé de l'assuré, il faut rappeler que les organes d'exécution en matière de prestations complémentaires ne disposent pas des connaissances spécialisées pour évaluer l'invalidité d'une personne. C'est notamment pour ce motif qu'ils sont liés par les évaluations de l'invalidité effectuées par les organes de l'assurance-invalidité lorsqu'ils fixent le revenu exigible des assurés partiellement invalides au sens de l'art. 14a OPC-AVS/AI (ATF 117 V 202 consid. 2b). Il n'en demeure pas moins que cette jurisprudence sur la force obligatoire de l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité ne s'applique qu'à la condition que ceux-ci aient eu à se prononcer sur le cas et que l'intéressé ait été qualifié de personne partiellement invalide par une décision entrée en force. Mais même dans ce cas, les organes d'exécution en matière de prestations complémentaires doivent se prononcer de manière autonome sur l'état de santé de l'intéressé lorsqu'est invoquée une modification intervenue depuis l'entrée en force du prononcé de l'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 8C_68/2007 du 14 mars 2008 consid. 5.3 ; ATAS/377/2022 du 27 avril 2022 consid. 4.2 ; ATAS/312/2018 du 9 avril 2018 consid. 6b). Aussi, les organes d'exécution en matière de prestations complémentaires ne sont-ils pas fondés à se prévaloir d'un manque de connaissances spécialisées pour écarter d'emblée toute mesure d'instruction au sujet de l'état de santé d'une personne (arrêt du Tribunal fédéral 8C_172/2007 du 6 février 2008 consid. 7.2). Pour des conjoints d'invalides, mais de façon valable aussi pour des ayants droit eux-mêmes, il a déjà été jugé que la question de l'impact d'un état de santé déficient pour la prise en compte d'un gain hypothétique peut devoir être examinée en l'absence de toute procédure tendant à la reconnaissance d'une invalidité, et qu'alors les organes d'exécution en matière de prestations complémentaires ne sont pas fondés à se prévaloir d'un manque de connaissances spécialisées pour écarter d'emblée toute mesure d'instruction au sujet de l'état de santé d'une personne (arrêts du Tribunal fédéral 8C_68/2007 du 14 mars 2008 consid. 5.3 ; 8C_172/2007 du 6 février 2008 consid. 7.2), ni ne sauraient nier toute incapacité de travail au seul motif que les rapports médicaux n'établissent pas de manière probante la présence d'une telle incapacité (Michel VALTERIO, Commentaire de la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI, 2015, n. 141 ad art. 11 LPC). Il a été précisé que la question précitée peut aussi se poser alors qu'une demande de prestations de l'AI est en cours d'examen devant les organes en charge de l'exécution de la LAI, et qu'alors les organes d'exécution des prestations complémentaires ne sauraient en principe suspendre la procédure dans l'attente de la notification de la décision de l'AI (arrêt du Tribunal fédéral 8C_574/2008 du 8 juin 2009 consid. 4.2 ; ATAS/606/2015 du 13 août 2015 consid. 8 ; Michel VALTERIO, op. cit., n. 141 ad art. 11 LPC), mais qu'il est logique qu'ils tentent de se concerter avec ceux en charge de l'AI, en particulier s'enquière de l'état d'avancement de la procédure devant ces derniers et tiennent compte des données notamment médicales susceptibles d'être obtenues de ceux-ci. Une suspension de la procédure relative aux prestations complémentaires dans l'attente de la décision de l'AI ne saurait être écartée en toute hypothèse (ATAS/762/2015 du 6 octobre 2015 consid. 16, concernant un cas dans lequel une demande de révision avait été déposée devant l'OAI, sur laquelle ce dernier était entré en matière et avait ordonné une expertise, le médecin du SMR ayant estimé qu'une

aggravation de l'état de santé de l'assurée était plausible) ; il ne saurait cependant être par trop temporisé sur l'examen du droit aux prestations complémentaires, notamment sous prétexte que, dans l'intervalle, l'assuré peut le cas échéant, s'il se trouve en situation de détresse, obtenir des prestations d'aide sociale, en application de la loi sur l'insertion et l'aide sociale individuelle du 22 mars 2007 (LIASI - J 4 04). On rappellera qu'une différence entre l'assurance-invalidité et les prestations complémentaires réside dans le fait que l'assurance-invalidité se base sur un marché du travail équilibré pour déterminer le degré d'invalidité - au sens d'un élément de fait objectif - alors que dans le domaine des prestations complémentaires, il faut se baser sur la situation réelle, non seulement de la personne ayant droit aux prestations complémentaires, mais aussi du marché du travail (ATF 140 V 267 consid. 5.3 et les références). 8.1.4 À teneur des directives concernant les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI (ci-après : DPC – état au 1^{er} janvier 2022), l'art. 14a OPC-AVS/AI établit une présomption légale aux termes de laquelle les assurés partiellement invalides sont foncièrement en mesure d'obtenir les montants limites prévus. Cette présomption peut être renversée par l'assuré s'il établit que des facteurs objectifs ou subjectifs, étrangers à l'AI, lui interdisent ou compliquent la réalisation du revenu en question (DPC n. 3521.12). Selon le n. 3424.07 desdites directives, aucun revenu hypothétique n'est pris en compte chez le bénéficiaire de prestations complémentaires à l'une ou l'autre des conditions suivantes : (i) si, malgré tous ses efforts, sa bonne volonté et les démarches entreprises, l'intéressé ne trouve aucun emploi. Cette hypothèse peut être considérée comme réalisée lorsqu'il s'est adressé à un office régional de placement (ORP) et prouve que ses recherches d'emploi sont suffisantes qualitativement et quantitativement ; (ii) lorsqu'il touche des allocations de chômage ; (iii) s'il est établi que sans la présence continue de l'intéressé à ses côtés, l'autre conjoint devrait être placé dans un home ou un établissement hospitalier ; (iv) si l'intéressé a atteint sa 60^e année. 8.2 Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et la référence). 8.3 En l'espèce, comme expliqué précédemment (cf. supra 5.2), la chambre de céans limitera son examen de la prise en compte d'un revenu hypothétique à la période courant du 1^{er} décembre 2022 au 28 février 2023. La recourante conteste la prise en compte de tout revenu hypothétique durant cette période, au motif que son état de santé entravait sa capacité de travail. L'intimé estime quant à lui qu'il a retenu à raison un revenu hypothétique correspondant à une personne invalide à 50%, dès lors qu'au moment du

prononcé de la décision sur opposition du 8 mars 2024, la décision la plus récente de l'OAI, soit celle du 21 décembre 2021, octroyait une demi-rente d'invalidité à la recourante depuis le 1^{er} mars 2019. Dès qu'il a eu connaissance de la modification momentanée du taux d'invalidité de la recourante, à savoir du 1^{er} août au 30 novembre 2022, l'intimé a admis que le revenu hypothétique pouvait être retiré des calculs relatifs à la période correspondante, avant de rendre une nouvelle décision en ce sens. Dès le 1^{er} décembre 2022, il convenait toutefois de tenir compte d'un gain hypothétique pour invalide partiel.

8.3.1 Il appert que l'intimé s'est tout d'abord contenté de reprendre le taux d'invalidité retenu par l'OAI dans sa décision du 21 décembre 2021, alors que la recourante avait déposé une demande de révision auprès de l'OAI en date du 2 août 2022, en indiquant que son état de santé s'était aggravé. À cet égard, l'intimé a invité la recourante, dans l'hypothèse où la procédure l'opposant à l'OAI lui serait favorable, à lui soumettre une demande de révision en vue du réexamen de la prise en compte d'un gain potentiel. S'il est vrai que l'intimé ne dispose pas des connaissances spécialisées pour évaluer l'invalidité d'une personne et qu'il est en principe lié par les évaluations effectuées par les organes de l'assurance-invalidité, il lui appartenait de se prononcer de façon autonome sur l'état de santé de la recourante, dès lors que cette dernière invoquait une aggravation de sa santé, ce d'autant plus que la procédure de révision, jusqu'au prononcé de la décision de l'OAI, a duré près de deux ans. Au cours de la présente procédure, l'intimé a toutefois tenu compte de la nouvelle décision rendue par l'OAI, en proposant, dans un premier temps, de ne pas retenir de revenu hypothétique s'agissant de la période du 1^{er} août au 30 novembre 2022, avant de rendre une nouvelle décision en ce sens en date du 17 mai 2024. Il a pour le surplus conclu à la prise en compte de ce revenu hypothétique du 1^{er} décembre 2022 au 28 février 2023. Il convient de rappeler que la décision de l'OAI du 28 mai 2024, par laquelle celui-ci a reconnu à la recourante une rente entière du 1^{er} août au 30 novembre 2022, avant de la diminuer à nouveau à une demi-rente dès le 1^{er} décembre 2022, n'est pas entrée en force, dès lors que la recourante a interjeté recours contre cette dernière. Elle ne lie donc pas l'intimé, qui aurait dû se prononcer de façon autonome sur l'état de santé de la recourante au moment de rendre la décision querellée, en tenant compte des éléments médicaux à sa disposition, respectivement en sollicitant de l'OAI qu'il lui transmette le dossier de la recourante. À cet égard, l'examen du dossier AI de la recourante révèle que les Dres C _____ et D _____ estiment que sa capacité de travail dans une activité adaptée est fortement limitée, voire inexistante. Les experts rhumatologue et psychiatre mandatés par l'OAI ont quant à eux estimé que les atteintes dont souffraient la recourante n'avaient pas d'impact sur sa capacité de travail, laquelle était entière dès le 1^{er} septembre 2022, soit juste après la fin de son hospitalisation au sein de La B _____. Le médecin du SMR, compte tenu du diagnostic d'endométriose dont souffre la recourante, qui s'ajoute aux autres diagnostics relevés par les experts, a considéré qu'il se justifiait de retenir une capacité de travail résiduelle de 50%, dès lors que la combinaison de ces atteintes ne permettait pas de retenir une amélioration notable et durable de l'état de santé de la recourante depuis la dernière expertise. La chambre de céans n'a pas à se prononcer sur la validité des critiques que la recourante fait valoir contre le taux d'invalidité retenu par l'OAI dans le cadre de cette procédure, dès lors qu'il s'agit précisément de l'objet de la procédure A/2226/2024, ce qui ne l'empêche toutefois pas de trancher le présent litige pour les raisons qui suivent.

8.3.2 Contrairement à l'assurance-invalidité, qui se fonde sur un marché du travail équilibré pour déterminer le degré d'invalidité, il convient, en matière de prestations complémentaires, de se baser sur la situation réelle, non seulement de la

personne ayant droit aux prestations complémentaires, mais aussi du marché du travail (ATF 140 V 267 consid. 5.3 et les références). Or, il appert que l'intimé n'a pas analysé si la recourante était en mesure d'exercer une activité lucrative compte tenu des circonstances objectives et subjectives de sa situation. S'agissant du critère de l'âge, la recourante était âgée de 42 et 43 ans durant la période litigieuse (du 1^{er} décembre 2022 au 28 février 2023), soit un âge encore éloigné de celui à partir duquel la jurisprudence considère généralement qu'il n'existe plus de possibilité réaliste d'exploiter la capacité résiduelle de travail sur le marché supposé équilibré (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_789/2016 du 5 avril 2017 ; ATAS/312/2018 du 9 avril 2018). Ce facteur n'est donc en soi pas propre à rendre illusoire l'exercice d'une activité adaptée. Par ailleurs, il ressort du dossier que la recourante dispose d'un CFC d'employée de commerce et d'une maturité professionnelle commerciale. À teneur des extraits de compte individuel de la recourante et du curriculum vitae qui figurent dans son dossier AI, elle a eu plusieurs expériences professionnelles, notamment en qualité d'assistante administrative et d'aide comptable, jusqu'en 2014. Force est toutefois de constater qu'au moment de la période litigieuse, la recourante n'avait plus occupé d'emploi depuis plus de huit ans, période durant laquelle elle n'a pas été en mesure d'exploiter sa capacité de travail. De surcroît, durant la période qui demeure litigieuse, à savoir du 1^{er} décembre 2022 au 28 février 2023, il est établi que la recourante a été admise à la consultation ambulatoire de la B _____, d'abord à raison de trois jours par semaine jusqu'au 24 janvier 2023, puis à raison de deux jours par semaine. En outre, le SMR a retenu diverses limitations fonctionnelles dans son avis du 13 novembre 2023, se référant en cela à celui du 4 septembre 2019, à savoir : - éviter une activité nécessitant la position assise prolongée ; - éviter les efforts physiques ; - privilégier un poste sédentaire où la recourante peut changer de position à sa guise, sans efforts physiques, ni port de charges. Le SMR a considéré que la recourante ne disposait que d'une capacité de travail résiduelle de 50%. Compte tenu de ce qui précède, et en procédant à une analyse globale de la situation de la recourante, il paraît illusoire que celle-ci pût exercer une activité lucrative respectant les limitations fonctionnelles susmentionnées alors qu'elle passait trois journées par semaine à la B _____ jusqu'au 24 janvier 2023, puis deux journées jusqu'à la fin de la période litigieuse. Par conséquent, le recours sera admis s'agissant de ce grief et la cause renvoyée à l'intimé pour qu'il effectue de nouveaux calculs relatifs à la période courant du 1^{er} décembre 2022 au 28 février 2023, sans prendre en considération un gain hypothétique dans le calcul des PCF et PCC de la recourante. 9. Il convient encore de déterminer si l'intimé a correctement calculé les prestations complémentaires de la recourante durant son séjour à la B _____ s'agissant des frais de placement, de la déduction des frais de nourriture durant le mois d'août 2022 et de la prise en compte des frais allégués par la recourante à l'appui de son recours. 9.1 Dans sa teneur en vigueur jusqu'au 30 décembre 2020, l'art. 21 al. 1 LPC prévoyait que le canton de domicile du bénéficiaire était compétent pour fixer et verser les prestations complémentaires. Le séjour dans un home, un hôpital ou tout autre établissement ne fondait aucune nouvelle compétence ; il en allait de même du placement dans une famille d'une personne, interdite ou non, décidé par une autorité ou un organe de tutelle. Modifié au 1^{er} janvier 2021 (réforme de prestations complémentaires), l'art. 21 LPC prévoit désormais que le canton de domicile du bénéficiaire est compétent pour fixer et verser les prestations complémentaires (al. 1). Il reste compétent lorsque le bénéficiaire entre dans un home, un hôpital ou une autre institution situés dans un autre canton, ou lorsqu'une personne majeure est placée, par décision d'une autorité, dans une famille résidant dans un autre canton (al. 1 bis) 9.2 Selon l'art. 10 al. 2 LPC, pour les

personnes qui vivent en permanence ou pour une période de plus de trois mois dans un home ou dans un hôpital, les dépenses reconnues comprennent : - la taxe journalière ; les cantons peuvent fixer la limite maximale des frais à prendre en considération en raison du séjour dans un home ou dans un hôpital ; les cantons veillent à ce que le séjour dans un établissement médico-social reconnu ne mène pas, en règle générale, à une dépendance de l'aide sociale (let. a) ; - un montant, arrêté par les cantons, pour les dépenses personnelles (let. b). Selon l'art. 4 al. 1 du règlement d'application de la loi sur les prestations fédérales complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité du 23 décembre 1998 (RPFC - J 4 20.01), la taxe journalière maximale à prendre en considération en raison du séjour dans un établissement médico-social ou dans un établissement pour personnes handicapées correspond au prix de pension agréé par l'autorité cantonale, conformément à la loi sur la gestion des établissements pour personnes âgées, du 4 décembre 2009 (LGEPA - J 7 20), et à la loi sur l'intégration des personnes handicapées, du 16 mai 2003 (LIPH - K 1 36). Selon l'al. 2 de l'art. 4 RPFC, dans sa teneur de 2022, le forfait pour dépenses personnelles s'élève à CHF 5'400.- par jour pour les personnes invalides. Dans le cas de personnes qui vivent en permanence ou pour une longue période dans un home ou dans un hôpital, le montant consacré aux dépenses personnelles prévu par l'art. 10 al. 2 let. b LPC fait pendant aux montants destinés à la couverture des besoins vitaux prévus à l'art. 10 al. 1 let. a LPC, qui font partie des dépenses reconnues des personnes vivant à domicile. À l'inverse des montants forfaitaires qui sont fixés par la loi fédérale dans la situation des ayants droit vivant à domicile, le montant pour les dépenses personnelles à prendre en compte à titre de dépenses reconnues des personnes vivant dans un home ou un hôpital est déterminé par les cantons. Ce montant est destiné à couvrir la partie des besoins vitaux de ces personnes qui n'est pas garantie par les prestations fournies par l'établissement hospitalier ou médico-social (donc par la taxe journalière prévue à l'art. 10 al. 2 let. a LPC) et que les intéressés doivent eux-mêmes prendre en charge. Il doit être déterminé de manière à ce que cette partie des besoins vitaux puisse être effectivement financée, mais ne doit pas, sous l'angle des PCF et du financement par la Confédération, dépasser la couverture de ces besoins – les cantons étant libres de compléter le montant pour les dépenses personnelles prévu par le droit fédéral dans le cadre des PC de droit cantonal (ATF 138 V 67 consid. 4.1 et les références). Le Tribunal fédéral a précisé au sujet du principe du forfait prévu à l'art. 10 LPC, que la nature même du forfait implique qu'il ne se détermine pas, et ne varie donc pas, par rapport aux dépenses effectives de chaque cas particulier, mais règle de manière unifiée des situations semblables – le montant pour dépenses personnelles des personnes vivant dans un home ou un hôpital –, entre autres motifs pour des raisons pratiques (ATF 138 V 67 consid. 4.3 ; 131 V 256 consid. 5.5).

9.3 Les cantons peuvent limiter les frais de home à prendre en considération. Lors d'un séjour dans un autre canton, les dispositions déterminantes sont celles du canton qui est compétent pour la fixation et le versement de la PC, à teneur des DPC (n. 3320.02). À cet égard, d'après la jurisprudence du Tribunal fédéral, qui se réfère en cela aux directives précitées, les dispositions du canton de domicile compétent pour le calcul et le versement de la prestation complémentaire s'appliquent également pour déterminer le tarif de séjour en cas de placement hors du canton. Dans le cas contraire, il faudrait en effet également tenir compte du montant relatif aux dépenses personnelles et du montant annuel forfaitaire pour l'assurance obligatoire de soins du canton dans lequel la personne est placée (ATF 138 V 481 consid. 5.6). Le Tribunal fédéral a ainsi considéré qu'il était conforme au droit, dans la situation d'une assurée placée en

EMS dans le canton de Zurich, alors que les autorités tessinoises étaient compétentes pour le calcul et le versement de ses prestations complémentaires, de retenir la taxe de séjour maximale admise par le canton tessinois, même si celle-ci était inférieure au montant admis par le droit zurichois (ATF 138 V 481). S'agissant du financement du séjour, la LPC ne poursuit pas l'objectif de garantir au résident un séjour dans un EMS de standing élevé, voire luxueux. Sa fonction originelle consiste en effet à garantir le minimum d'existence pour les personnes démunies et non de financer des frais de pension plus étendus (ATF 138 II 191 consid. 5.5.2). La LPC a ainsi pour vocation de garantir un séjour en institution simple et adéquat, et non le meilleur séjour possible (ATF 138 V 481 consid. 4. 2). 9.4 En l'occurrence, bien que la recourante ait été prise en charge du 29 mars au 27 août 2022 au sein de la B_____, sise dans le canton de Vaud, les dispositions cantonales genevoises sont applicables à la détermination du forfait des dépenses personnelles. L'intimé a ainsi retenu à raison un forfait de dépenses personnelles de CHF 5'400.- durant la période du mois d'avril au mois de juillet 2022, conformément à l'art. 4 al. 2 RPFC dans sa teneur de 2022. S'agissant de la taxe hospitalière prise en compte par l'intimé, il convient d'exposer ce qui suit. La législation genevoise prévoit que le montant maximal dont il peut être tenu compte au titre de taxe journalière correspond au prix de pension agréé par l'autorité cantonale (art. 4 al. 1 RPFC). Contrairement à d'autres législations cantonales, la législation genevoise ne définit donc pas une valeur maximale au titre de taxe journalière valant pour toutes les institutions du canton, celle-ci étant individuellement arrêtée par l'autorité cantonale compétente (cf. Bulletin à l'intention des caisses de compensation AVS et des organes d'exécution des PC n. 436). Il convient également de préciser qu'en 2022, la B_____ ne faisait pas partie de la liste hospitalière cantonale genevoise, contrairement à ce qui prévalait jusqu'au 1 er janvier 2020 (cf. arrêté du Conseil d'État du 11 décembre 2019 déterminant la liste des hôpitaux admis par le canton de Genève au sens de la loi fédérale sur l'assurance-maladie [LAMal] ; arrêté du Conseil d'État du 25 avril 2018 portant modification de la liste des hôpitaux admis par le canton de Genève au sens de la loi fédérale sur l'assurance-maladie). Au vu du but poursuivi par la LPC, qui a pour vocation de garantir un séjour en institution simple et adéquat, et non le meilleur séjour possible, aux assurés, l'intimé était fondé à se référer au forfait socio-hospitalier journalier pratiqué par les HUG (CHF 217.- ; Projet de loi approuvant le rapport de gestion des Hôpitaux universitaires de Genève pour l'année 2022 - PL 13297), hôpital public du canton de Genève, ce qui n'a du reste pas été contesté par la recourante. 9.4.1 Il convient également de déterminer si l'intimé a déduit à raison des frais de nourriture de CHF 6'966.- du montant des besoins vitaux s'agissant du mois d'août 2022. À teneur de l'art. 14 al. 1 let. b bis deuxième phrase LPC, lorsque le séjour dans un home ou dans un hôpital excède trois mois, la prestation complémentaire annuelle est calculée rétroactivement, sur la base des dépenses reconnues visées à l'art. 10 al. 2 depuis l'admission dans le home ou l'hôpital (cf. aussi DPC, n. 3152.01). Si une personne retourne vivre à domicile après un séjour prolongé dans un home ou dans un hôpital, on procède à un calcul PC selon les dispositions applicables aux personnes vivant à domicile à partir du mois au cours duquel cette personne sort du home ou de l'hôpital. La taxe journalière au sens du chapitre 3.3.2 doit en outre être prise en compte comme dépense. Les frais de nourriture visés au ch. 3415.02 doivent être déduits de la taxe journalière (DPC, n. 3153.01). In casu, il est établi que la recourante a quitté la B_____ en date du 27 août 2022. Dans la mesure où le calcul des prestations complémentaires doit être effectué, dès le mois d'août, conformément aux dispositions relatives aux personnes vivant à domicile, il est logique que l'intimé déduise le montant de

CHF 6'966.- du montant des besoins vitaux, lesquels incluent déjà les frais de nourriture, dès lors que la recourante a passé 27 jours du mois en question à la B_____. Dans le cas contraire, il serait tenu compte deux fois des frais de nourriture pour la période du 1^{er} au 27 août 2022. Par ailleurs, le montant de CHF 6'966.- a été calculé par l'intimé conformément à l'art. 11 RAVS. 9.4.2 Pour le surplus, les autres montants figurant dans les calculs de l'intimé ne prêtent pas le flanc à la critique et ne sont du reste pas contestés par la recourante. Les montants figurant dans le calcul des PCC sont également conformes au droit (art. 5 LPCC). 9.5 Il reste à examiner si l'intimé aurait dû tenir compte, dans le calcul des prestations complémentaires correspondant à la période de prise en charge de la recourante au sein de la B_____, des différents frais énumérés dans la liste annexée au recours de la recourante. 9.5.1 Comme exposé précédemment, l'art. 10 al. 2 LPC dispose que pour les personnes qui vivent en permanence ou pour une période de plus de trois mois dans un home ou dans un hôpital, les dépenses reconnues comprennent la taxe journalière pour chacune des journées facturées par le home ou l'hôpital ; les cantons peuvent fixer la limite maximale des frais à prendre en considération en raison d'un séjour dans un home ou dans un hôpital; les cantons veillent à ce que le séjour dans un établissement médico-social reconnu ne mène pas, en règle générale, à une dépendance à l'égard de l'aide sociale (let. a) et un montant, arrêté par les cantons, pour les dépenses personnelles (let. b). Pour les personnes qui vivent en permanence ou plus de trois mois dans un home ou dans un hôpital, il convient également de tenir compte des dépenses d'ordre général (DPC, n. 3311.01), lesquelles correspondent aux dépenses énumérées à l'art. 10 al. 3 LPC, à savoir les frais d'obtention du revenu (let. a), les frais d'entretien d'immeuble et les intérêts hypothécaires (let. b), les cotisations aux assurances sociales de la Confédération (let. c), le montant pour l'assurance obligatoire des soins (let. d), les prestations d'entretien fondées sur le droit de la famille (let. e) et les frais nets de prise en charge extrafamiliale d'enfants qui n'ont pas encore atteint l'âge de 11 ans révolus, pour autant que cette prise en charge soit nécessaire et dûment établie (let. f). En outre, tant et aussi longtemps qu'un retour à la maison est encore possible et qu'il y a maintien simultané de l'appartement, les frais de loyer et les frais accessoires y relatifs sont pris en compte comme dépenses supplémentaires durant une année au maximum (DPC, n. 3390.01). 9.5.2 En l'occurrence, les différents montants allégués par la recourante ne constituent pas des dépenses reconnues par le droit des prestations complémentaires, dès lors qu'elles ne correspondent pas aux dépenses précitées. Il sera également rappelé que le loyer relatif au garage n'est pas pris en compte dans le calcul des prestations complémentaires (ATAS/53/2024 consid. 11.1 ; DPC, n. 3235.01). La décision querellée est donc conforme au droit à cet égard. 10. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision querellée annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour qu'il recalcule le droit aux prestations complémentaires de la recourante en ce qui concerne la période du 1^{er} décembre 2022 au 28 février 2023, sans prendre en compte un revenu hypothétique. 11. Il ne sera pas alloué d'indemnité de procédure à la recourante, qui n'est pas assistée d'un conseil et qui n'a pas fait valoir de frais engendrés par la procédure (art. 61 let. g LPGA). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. f bis LPGA a contrario et 89H al. 1 LPA). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.