

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1959/2025

ATAS/928/2025

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 1^{er} décembre 2025

Chambre 16

En la cause

A _____

recourant

contre

SERVICE DES PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES

intimé

**Siégeant : Justine BALZLI, présidente; Yves MABILLARD et Michael RUDERMANN,
juges assesseurs**

EN FAIT

A. a. À la suite de sa demande du 1^{er} décembre 1999, A_____ (ci-après : le bénéficiaire), né le _____ 1970, a été mis au bénéfice des prestations complémentaires à sa rente de l'assurance-invalidité. Il continue, en 2025, à percevoir des prestations complémentaires, conformément à la décision du 7 décembre 2024 fixant son droit aux prestations complémentaires pour l'année 2025.

b. Le 29 janvier 2025, le bénéficiaire a transmis au service des prestations complémentaires (ci-après : SPC) des factures de son assurance-maladie HELSANA ASSURANCES SA (ci-après : l'assurance) concernant des frais médicaux pour l'année 2024 et lui a demandé s'il pouvait prendre en charge ces coûts.

Il ne comprenait pas pourquoi l'assurance ne couvrait pas tous ces frais essentiels. Il s'agissait de soins dont il ne pouvait se passer pour vivre. Fort de ses 25 ans d'expérience avec différents gestes médicaux et avec l'aide d'un proche-aidant qui le suivait depuis 20 ans, il pouvait s'occuper des rinçages du drain (une à deux seringues trois fois par jour selon la situation), de la désinfection de l'ouverture permanente où passait le drain et des changements de pansements, mais il avait besoin que le matériel lui soit payé.

Il a notamment annexé à sa demande :

- un décompte de prestations de l'assurance du 16 novembre 2024, à teneur duquel CHF 351.20 des CHF 876.20 payés à la B_____ SA (ci-après : la pharmacie) les 5 et 6 novembre 2024 étaient à la charge du bénéficiaire. La participation de l'assurance pour le matériel de pansement VLIWASOFT était de CHF 86.50 et les coûts non couverts de CHF 3.50, en raison du dépassement du prix maximum, les assureurs-maladie remboursant les coûts définis par la loi. La participation de l'assurance pour les moyens d'application BD POSIFLUSH XS et B. BRAUN était de CHF 277.60 et les coûts non couverts de CHF 347.70, également en raison du dépassement du coût maximum ;
- un décompte de prestations de l'assurance du 21 décembre 2024, à teneur duquel CHF 118.10 des CHF 476.85 payés à la pharmacie du 6 au 9 décembre 2024 étaient à la charge du bénéficiaire. La participation de l'assurance pour le matériel de pansement FALT- UND VLIESKOMPRESSEN, STERIL était de CHF 46.40 et les coûts non couverts de CHF 3.50, en raison du dépassement du prix maximum. La participation de l'assurance pour les moyens d'application FERTIGSPRITZE ZUR INFUSIONSSPUELUNG NACL 0.9% était de CHF 85.20 et les coûts non couverts de CHF 114.60, toujours en raison du dépassement du coût maximum ;

- un décompte de prestations du 4 janvier 2025, à teneur duquel CHF 114.60 des CHF 199.80 payés à la pharmacie le 18 décembre 2024 étaient à la charge du bénéficiaire. La participation de l'assurance pour les moyens d'application FERTIGSPRITZE ZUR INFUSIONSSPUELUNG NACL 0.9% était de CHF 85.20 et les coûts non couverts de CHF 114.60, en raison du dépassement du coût maximum.

c. Le 11 janvier 2025, le bénéficiaire a transmis au SPC un nouveau décompte de prestations de son assurance, du 25 janvier 2025, selon lequel CHF 158.80 pour des prestations des HUG du 6 janvier 2025 étaient à sa charge, au titre de la franchise pour l'année 2025.

d. Par décision du 24 février 2025, le SPC a refusé le remboursement des traitements de CHF 351.20 du 6 novembre 2024, de CHF 118.10 du 9 décembre 2024 et de CHF 114.60 du 18 décembre 2024.

e. Par décision du 3 mars 2025, le SPC a fixé sa participation aux frais médicaux à CHF 158.80 correspondant au traitement du 6 janvier 2025 et a refusé le remboursement des traitements de CHF 3.50 du 6 novembre 2024, CHF 347.70 du 6 novembre 2024, CHF 3.50 du 9 décembre 2024 et CHF 114.60 du 9 décembre 2024.

B. a. Le 27 mars 2024, le bénéficiaire a formé opposition auprès du SPC contre cette dernière décision, demandant à ce dernier de reconsidérer sa position.

b. Par décision du 16 mai 2025, le SPC a rejeté l'opposition.

Les montants litigieux, qui ressortaient de deux décomptes établis par l'assurance les 16 novembre et 21 décembre 2024, correspondaient à des frais non reconnus par la législation applicable en matière d'assurance-maladie et ne pouvaient être pris en charge par le SPC, conformément à la législation applicable en matière de prestations complémentaires.

C. a. Par acte du 30 mai 2025, le bénéficiaire a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice contre cette décision sur opposition, concluant à ce que ce point soit réétudié.

Les personnes qui l'aidaient au quotidien, ses médecins et la pharmacie lui avaient confirmé qu'il s'agissait bien de matériel médical reconnu par la législation en matière d'assurance-maladie. Lorsque tel n'était pas le cas, l'OFAC, coopérative professionnelle des pharmaciens suisses (ci-après : OFAC) bloquait et envoyait la facture directement et séparément au patient. Ce matériel était vital pour lui et évitait qu'il soit hospitalisé régulièrement en soins aigus aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), ce qui permettait d'importantes économies pour les citoyens du canton.

b. Le 28 juin 2025, le bénéficiaire a maintenu son recours.

Quelques mois auparavant, l'un de ses proches aidants avait appelé le service de l'assurance-maladie (ci-après : SAM) qui avait confirmé que les médicaments et autres soins vitaux figurant sur les listes officielles de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10) mais non pris en charge par les assurances pouvaient être remboursés par le SPC. L'OFAC avait accepté tous les produits, ce qui voulait dire que l'assurance de base devait les rembourser. Il dépensait déjà CHF 4'000.- par an depuis toujours pour des soins ou thérapies naturelles qui adoucissaient sa peine sans rien demander à personne. Désormais, il ne voulait plus de ces soins extrahospitaliers pour des soins aussi délicats et se rendait aux HUG plusieurs fois par mois. C'était beaucoup plus cher pour la société et les assurances mais, paradoxalement, tout était pris en charge et il n'avait plus à perdre son temps à se justifier.

c. Par réponse du 1^{er} juillet 2025, le SPC a conclu au rejet du recours.

L'assurance avait refusé de prendre en charge en tant que coûts non couverts, limitation et appareil, CHF 3.50 pour des « VLIWASOFT compresses fente », CHF 347.70 pour « B. BRAUN combi cône obturateur luer lock », CHF 3.50 pour « FALT- UND VLIESKOMPRESSEN, STERIL » et CHF 114.60 pour « FERTIGSPRITZE ZUR INFUSIONSSPUELUNG NACL. 0.9% ». Ces frais ne pouvaient pas être pris en charge par le SPC, dès lors qu'ils n'étaient pas prévus à l'art. 14 de la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité du 6 octobre 2006 (LPC - RS 831.30).

d. Par réplique du 7 juillet 2025, le bénéficiaire a persisté dans son recours.

S'il comprenait bien la référence à l'art. 14 LPC, ces frais avaient découlé de son acceptation à gérer seul ses soins post-opératoires, s'il y parvenait et si aucune infection ne débutait, ce qui était le cas. Cette démarche permettait à l'assurance, au canton et à la collectivité d'éviter des frais bien plus coûteux auxquels il avait droit, à savoir une période d'hospitalisation supplémentaire jusqu'à stabilisation complète de la situation, une période de convalescence, des frais d'aide, de soins et d'assistance à domicile et des frais de soins dans une structure ambulatoire. Ne pas tenir compte de ces éléments allait à l'encontre de ce qui était encouragé par l'État, à savoir une vigilance par rapport aux frais de santé, et inciterait les patients à choisir systématiquement les solutions les plus faciles et les plus chères, mais qui étaient remboursées intégralement. Payer des frais supplémentaires minimes remplaçant ce qui était remboursé habituellement encourageait la démarche consciente d'une réduction globale des frais de santé.

e. Le 6 août 2025, le SPC a maintenu sa position.

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 LPC. 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 Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi (art. 60 al. 1 LPGA ; art. 89A et 62 al. 1 let. a LPA ; 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 ; art. 43 LPCC), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur la conformité au droit du refus de remboursement de CHF 3.50, CHF 347.70, CHF 3.50 et CHF 114.60, correspondant aux frais laissés par l'assurance à la charge du recourant selon les décomptes de prestations des 16 novembre et 21 décembre 2024.

3. **3.1** Selon l'art. 14 al. 1 LPC, les cantons remboursent aux bénéficiaires d'une prestation complémentaire annuelle les frais suivants de l'année civile en cours, s'ils sont dûment établis : les frais de traitement dentaire (let. a), les frais d'aide, de soins et d'assistance à domicile ou dans d'autres structures ambulatoires (let b), les frais de séjours passagers dans un *home* ou dans un hôpital, d'une durée maximale de trois mois ; 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 LPC depuis l'admission dans le *home* ou l'hôpital (let. b^{bis}), les frais liés aux cures balnéaires et aux séjours de convalescence prescrits par un médecin (let. c), les frais liés à un régime alimentaire particulier (let. d), les frais de transport vers le centre de soins le plus proche (let. e), les frais de moyens auxiliaires (let. f) et les frais payés au titre de la participation aux coûts selon l'art. 64 LAMal (let. g). Les cantons précisent quels frais peuvent être remboursés en vertu de l'art. 14 al. 1 LPC. Ils peuvent limiter le remboursement aux dépenses nécessaires dans les limites d'une fourniture économique et adéquate des prestations (art. 14 al. 2 LPC). Les cantons peuvent fixer les montants maximaux des frais de maladie et d'invalidité qu'ils remboursent en plus de la prestation complémentaire annuelle. Par année, ceux-ci ne peuvent toutefois être inférieurs aux montants fixés à l'art. 14 al. 3 LPC (art. 14 al. 3 LPC).

Conformément à l'art. 64 LAMal, les assurés participent aux coûts des prestations dont ils bénéficient (al. 1). Leur participation comprend un montant fixe par année

(franchise ; al. 2 let. a) et 10% des coûts qui dépassent la franchise (quote-part ; al. 2 let b). Le Conseil fédéral fixe le montant de la franchise et le montant maximal annuel de la quote-part (al. 3). En cas d'hospitalisation, les assurés versent, en outre, une contribution aux frais de séjour, échelonnée en fonction des charges de famille. Le Conseil fédéral fixe le montant de cette contribution (al. 5). Le Conseil fédéral peut prévoir une participation aux coûts plus élevée pour certaines prestations (let. a), réduire ou supprimer la participation aux coûts des traitements de longue durée et du traitement de maladies graves (let. b), supprimer la participation aux coûts pour une assurance impliquant un choix limité d'après l'art. 41 al. 4 LAMal, lorsque cette participation se révèle inappropriée (let. c), supprimer la franchise pour certaines mesures de prévention exécutées dans le cadre de programmes organisés au niveau national ou cantonal (let. d ; al. 6). La participation aux coûts ne peut être assurée ni par une caisse-maladie, ni par une institution d'assurance privée. Il est également interdit aux associations, aux fondations ou à d'autres institutions de prévoir la prise en charge de ces coûts. Les dispositions de droit public de la Confédération et des cantons sont réservées (al. 8).

La franchise prévue à l'art. 64 al. 2 let. a LAMal s'élève à CHF 300.- par année civile (art. 103 al. 1 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 - OAMal - RS 832.102). Le montant maximal annuel de la quote-part au sens de l'art. 64 al. 2 let. b LAMal s'élève à CHF 700.- pour les adultes et à CHF 350.- pour les enfants (art. 103 al. 2 OAMal).

3.2 La LPC opère une distinction entre la prestation complémentaire annuelle et le remboursement de frais de maladie et d'invalidité (art. 3 LPC). Ceux-ci ne sont pas pris en considération dans le cadre de la fixation du droit à la prestation complémentaire annuelle, mais ils font l'objet d'un remboursement séparé, en principe une fois par année. Depuis l'entrée en vigueur de la réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT), le financement des frais de maladie est entièrement passé aux cantons (art. 16 LPC). La LPC ne fait dès lors état que de conditions-cadres, laissant aux cantons le soin de réglementer les spécificités du remboursement. Il leur appartient ainsi de préciser les frais qui peuvent être remboursés sur la base du catalogue de prestations de l'art. 14 al. 1 LPC, tout comme ils peuvent limiter le remboursement aux dépenses nécessaires dans les limites d'une fourniture économique et adéquate des prestations (art. 14 al. 2 LPC). Compétence leur est également donnée de fixer les plafonds pour le remboursement annuel à condition qu'ils ne soient pas inférieurs aux montants indiqués à l'art. 14 al. 3 LPC (Michel VALTERIO, Commentaire de la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI, 2015, n. 1 ad art. 14).

L'énumération des frais mentionnés à l'art. 14 al. 1 LPC est exhaustive : le législateur a énuméré de manière détaillée les frais de maladie et d'invalidité qui sont remboursés aux bénéficiaires d'une prestation complémentaire. Le degré de

concrétisation de la réglementation permet de conclure que le législateur a voulu déterminer en détail les frais à rembourser, ce qui indique que la réglementation est exhaustive. Les frais supplémentaires non mentionnés par la loi ne peuvent pas être pris en charge (ATF 129 V 379 consid. 3.1 ; Urs MÜLLER, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum ELG*, 3^e éd., 2015, pp. 275-292, n. 839).

Selon la jurisprudence, la réglementation fédérale autorise des restrictions par le droit cantonal de deux manières. D'une part, le remboursement de la franchise peut être limité à son montant minimal lorsqu'une franchise plus élevée (art. 93 al. 1 OAMal) a été choisie pour l'assurance-maladie. D'autre part, il est admissible de fixer un montant maximal pour le remboursement de l'ensemble des frais annuels de maladie et d'invalidité (art. 14 al. 1 let. a à g LPC ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_406/2013 du 31 août 2013 consid. 3.1.1 et les références).

Un remboursement des frais de médicaments par la prestation complémentaire n'est possible que dans le cadre de la franchise et de la quote-part. Cela suppose que la caisse-maladie prenne en charge des prestations de l'assurance-maladie obligatoire, car ce n'est que dans ce cas que les assurés doivent participer aux coûts des prestations qui leur sont fournies dans le cadre de la franchise et de la quote-part (art. 64 LAMal). La prestation complémentaire remplace ainsi pour l'assuré la part des frais de maladie que l'assurance-maladie ne prend pas en charge en raison de la participation aux coûts par le biais de la franchise et de la quote-part. La prestation complémentaire ne rembourse pas non plus les médicaments qui ne relèvent pas du domaine des prestations de l'assurance obligatoire des soins (ATF 127 V 244 consid. 4c ; voir aussi le cas d'application arrêt du Tribunal fédéral P 51/06 du 6 septembre 2007 consid. 4 ; Urs MÜLLER, *op. cit.* n. 837).

L'art. 64 LAMal figure sous le titre « Assurance obligatoire des soins » (art. 3 ss LAMal). La participation aux coûts qui peut être remboursée selon l'art. 14 al. 1 let. g LPC concerne donc les prestations de l'assurance-maladie qui font l'objet de l'assurance obligatoire des soins. Si, par exemple, une assurance complémentaire qui ne fait pas partie de l'assurance obligatoire des soins prévoit une participation aux coûts pour le preneur d'assurance, cette participation aux coûts ne peut pas être remboursée sur la base de la réglementation cantonale édictée en application de l'art. 14 al. 1 let. g LPC, car il ne s'agit pas d'une participation aux coûts au sens de l'art. 64 LAMal. Si le droit cantonal prévoit néanmoins une obligation de remboursement, il s'agit d'une prestation purement cantonale selon l'art. 2 al. 2 LPC (Ralph JÖHL/Patricia USINGER-EGGER, *Ergänzungsleistungen zur AHV/IV in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR]*, vol. XIV, *Soziale Sicherheit*, 3^e éd. 2016. n. 266 ; ATAS/1045/2021 du 12 octobre 2021 consid.7b).

3.3 Au niveau cantonal, l'art. 2 al. 1 let. c LPFC confère au Conseil d'État la compétence de déterminer les frais de maladie et d'invalidité qui peuvent être remboursés en application de l'art. 14 al. 1 et 2 LPC. Ils répondent aux règles

suivantes : les montants maximaux remboursés correspondent aux montants figurant à l'art. 14 al. 3 LPC (ch. 1) et les remboursements sont limités aux dépenses nécessaires dans le cadre d'une fourniture économique et adéquate des prestations (ch. 2).

Le Conseil d'État a fait usage de cette compétence en édictant le 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).

Le RFMPC s'applique au remboursement des frais de maladie et d'invalidité, dûment établis, énumérés à l'art. 14 al. 1 LPC, aux bénéficiaires de prestations fédérales et cantonales complémentaires à l'AVS et à l'AI (art. 1 al. 1 RFMPC). Sont en outre considérés comme frais de maladie et d'invalidité : les frais de lunettes médicales, une fois par année, à concurrence de CHF 150.- pour la monture et du coût effectif des verres simples et adéquats (let. a) ; les frais de pédicure sur prescription médicale, une fois par mois au maximum, au tarif convenu entre le service et la Société suisse des podologues (let. b ; art. 2 RFMPC).

Selon l'art 8 RFMPC, intitulé « Participation aux coûts », sont remboursés la participation prévue par l'art. 64 LAMal aux coûts des prestations remboursées par l'assurance obligatoire des soins en vertu de l'art. 24 LAMal (let. a) et le coût des soins répercutés sur le bénéficiaire en application de l'art. 25a al. 5 LAMal (let. b). L'art. 9 RFMPC traite de l'assurance avec franchise à option, l'art. 10 des frais de traitement dentaires admis, l'art. 11 des frais pour produits diététiques, l'art. 12 des frais se rapportant à un séjour passager, de convalescence ou dans une station thermale, l'art. 13 des frais d'aide et de soins à domicile, l'art. 14 de l'aide à l'intégration, l'art. 15 du maintien à domicile, l'art. 16 de la détermination du besoin en cas de maintien à domicile, l'art. 17 des frais d'aide, de soins et de tâches d'assistance afférents à des séjours dans des structures de jour, l'art. 18 des frais de transport, les art. 19 à 21 des moyens auxiliaires et appareils auxiliaires.

3.4 Le département de la solidarité et de l'emploi du canton de Genève a adopté des Directives cantonales sur le remboursement des frais de maladie et d'invalidité en matière de prestations complémentaires à l'AVS/AI (ci-après : DFM, entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2011).

Ces dernières prévoient notamment que la participation aux coûts prévue à l'art. 64 LAMal est prise en compte par les prestations complémentaires pour les coûts de prestations remboursées par l'assurance obligatoire des soins en vertu de l'art. 24 LAMal (art. 8 let. a RFMPC ; ch. 7.1 DFM). La participation aux coûts au sens de l'art. 64 LAMal comprend un montant fixe par année (franchise) et 10% – voire 20% pour certains médicaments – des coûts qui dépassent la franchise (quote-part ; ch. 7.2 DFM). Si l'assureur-maladie prend en charge le 90% des frais de pharmacie dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins ou

en impute le montant correspondant à la franchise, alors les prestations complémentaires peuvent intervenir pour le remboursement des frais restants (ch. 7.10 DFM). Les frais dûment établis du matériel utilisé pour les soins (bandage, produit) peuvent être remboursés si l'assureur-maladie prend en charge, dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins, le 90% des frais y relatifs, ou en impute le montant correspondant à la franchise (ch. 7.12 DFM).

4. En l'espèce, l'intimé a refusé le remboursement de CHF 3.50 pour des « VLIWASOFT compresses fente 10x10 cm st 50x2 pce », de CHF 347.70 pour « BD POSIFLUSH XS système rinç NaCl 0.% 30 x 10 ml » et « B. BRAUN combi cône obturatur bla luer lock 100 pce », CHF 3.50 pour « FALT- UND VLIESKOMPRESSEN, STERIL 10X10 CM » et CHF 114.60 pour « FERTIGSPRITZE ZUR INFUSIONSSPUELUNG NACL 0.9% ».

Le recourant affirme qu'il s'agit de matériel reconnu par la LAMal, comme le démontrait le fait que l'OFAC n'avait pas bloqué le paiement, et souligne le caractère vital de ce matériel pour lui ainsi que le fait que cela évite son hospitalisation et est donc conforme à la volonté de réduction globale des frais de la santé.

Il ressort effectivement que les informations que le recourant indique lui avoir été données par les médecins, la pharmacie et l'OFAC sont exactes ; les quatre éléments que l'intimé a refusé de rembourser sont pris en charge par l'assurance-maladie obligatoire, comme le confirme les deux décomptes de prestations de l'assurance des 16 novembre et 21 décembre 2024 qui démontrent que des montants de respectivement CHF 86.50, CHF 277.60, CHF 46.40 et CHF 85.20 ont été pris en charge par cette dernière.

Il ressort toutefois également des mêmes décomptes de prestations que les montants non pris en charge, de CHF 3.50, CHF 347.70, CHF 3.50 et CHF 114.60, ne l'ont pas été en raison du dépassement des coûts définis par la loi, de sorte que les suppléments des prestations facturées restaient à la charge du recourant.

Il ne s'agit donc pas de montants facturés au recourant à titre de participation au coût des prestations au sens de l'art. 14 al. 1 let. g LPC et 64 LAMal mais de montants non pris en charge par l'assurance-maladie obligatoire, qui ne peuvent en tant que tels être remboursés comme frais de maladie par l'intimé.

Le SPC était par conséquent fondé à refuser leur remboursement.

5. Le recourant se prévaut toutefois d'informations données par le SAM.

5.1 Découlant directement de l'art. 9 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101) et valant pour l'ensemble de l'activité étatique, le principe de la bonne foi protège le citoyen dans la confiance légitime qu'il met dans les assurances reçues des autorités, lorsqu'il a réglé sa conduite d'après des décisions, des déclarations ou un comportement déterminé de

l'administration (ATF 129 I 161 consid. 4.1 ; 128 II 112 consid. 10b/aa ; 126 II 377 consid. 3a et les arrêts cités). De la même façon, le droit à la protection de la bonne foi peut aussi être invoqué en présence, simplement, d'un comportement de l'administration susceptible d'éveiller chez l'administré une attente ou une espérance légitime (ATF 129 II 381 consid. 7.1 et les nombreuses références citées).

Selon la jurisprudence, un renseignement ou une décision erroné de l'administration peuvent obliger celle-ci à consentir à un administré un avantage contraire à la réglementation en vigueur, à condition que a) l'autorité soit intervenue dans une situation concrète à l'égard de personnes déterminées, b) qu'elle ait agi ou soit censée avoir agi dans les limites de ses compétences et c) que l'administré n'ait pas pu se rendre compte immédiatement de l'inexactitude du renseignement obtenu. Il faut encore qu'il se soit fondé sur les assurances ou le comportement dont il se prévaut pour d) prendre des dispositions auxquelles il ne saurait renoncer sans subir de préjudice, et e) que la réglementation n'ait pas changé depuis le moment où l'assurance a été donnée (ATF 131 II 627 consid. 6 ; 129 I 161 consid. 4.1 ; 126 II 377 consid. 3a et les références citées).

5.2 En l'espèce, le recourant a indiqué que quelques mois auparavant, l'un de ses proches aidants avait appelé le SAM qui avait confirmé que les médicaments et autres soins vitaux figurant sur les listes officielles de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10) mais non pris en charge par les assurances pouvaient être remboursés par le SPC.

Il ne ressort pas de ces allégations que le recourant aurait reçu des informations concernant la situation concrète relatives aux frais ici litigieux mais simplement qu'il a reçu des informations générales, par le SAM et non l'intimé, concernant les possibilités d'obtenir le remboursement de frais médicaux par le SPC.

Le recourant ne peut par conséquent se prévaloir du principe de la bonne foi pour obtenir le remboursement des frais litigieux.

6. Dans ces circonstances, le recours, mal fondé, sera rejeté.
7. 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 :

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

Nathalie KOMAISKI

Justine BALZLI

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