

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3679/2025

ATAS/167/2026

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 2 mars 2026

Chambre 6

En la cause

A _____

recourante

contre

SERVICE DES PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES

intimé

Siégeant : Valérie MONTANI, présidente ; Christine WEBER-FUX et Yda ARCE, juges assesseures.

EN FAIT

- A.**
- a.** À la suite de sa demande du 31 octobre 2017, A_____ (ci-après : la bénéficiaire), née le _____ 1953, a perçu des prestations complémentaires à sa rente de vieillesse.
- b.** La bénéficiaire a continué, en 2024 et 2025, à percevoir des prestations complémentaires, conformément aux décisions des 1^{er} décembre 2023 et 7 décembre 2024 rendues par le Service des prestations complémentaires (ci-après : le SPC).
- B.**
- a.** Par décision du 10 janvier 2025, le SPC a refusé d'accorder à la bénéficiaire une participation pour les frais médicaux suivants :
- CHF 191.- correspondant au traitement du 15 juin 2024 ;
 - CHF 182.05 correspondant au traitement du 10 août 2024 ;
 - CHF 182.05 correspondant au traitement du 24 août 2024 ;
 - CHF 48.60 correspondant au traitement du 29 août 2024.
- b.** Par courrier daté du 16 janvier 2025, la bénéficiaire s'est opposée à cette décision. Le médicament « WEGOVY » qu'elle avait pris pour le diabète était un remplaçant du médicament « OZEMPIC » qui était en rupture de stock.
- c.** Le 4 juin 2025, le SPC a reçu une copie du courrier du 26 février 2025 adressé par l'assureur-maladie obligatoire de la bénéficiaire (ci-après : l'assureur), confirmant à la bénéficiaire le remboursement, à certaines conditions, du médicament « WEGOVY » dès la première prescription.
- d.** Par décision du 24 septembre 2025, le SPC a rejeté l'opposition.
- Les montants litigieux ressortaient de décomptes établis par l'assureur en date des 15 juillet, 9 septembre et 14 octobre 2024. Ils correspondaient à des frais qui ne pouvaient être pris en charge par le SPC, conformément à la législation applicable en matière de prestations complémentaires. Si l'assureur devait rendre de nouveaux décomptes relatifs à ces frais, il serait loisible à la bénéficiaire de les lui soumettre pour nouvelle décision
- C.**
- a.** Par écriture du 21 octobre 2025, la bénéficiaire a interjeté recours contre cette décision par-devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans), faisant valoir notamment que son assureur avait confirmé la prise en charge du médicament « WEGOVY ». Elle a rappelé que les médicaments « OZEMPIC » et « WEGOVY » avaient été remplacés l'un par l'autre à plusieurs reprises en raison de leurs ruptures de stock respectives.
- b.** Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 17 novembre 2025, a conclu au rejet du recours.

Malgré la confirmation de prise en charge du médicament « WEGOVY » par l'assureur de la recourante, l'intimé a relevé qu'en l'absence de nouveaux décomptes acceptant le remboursement des frais concernés, il n'était pas en mesure de prendre en charge l'éventuelle participation aux coûts (franchise et quote-part) devant rester à charge de la recourante.

c. Le 8 novembre 2025, la recourante a persisté dans ses conclusions.

Était joint à sa réplique notamment un décompte de participations rectificatif 2024, établi par son assureur en date du 3 mars 2025. Par ce décompte, l'assureur apportait notamment les modifications suivantes :

- suite à son courrier du 26 février 2025, annulation du décompte de prestations du 15 juillet 2024 et prise en charge totale des CHF 191.01 correspondant au traitement du 15 juin 2024 ;
- suite à son courrier du 26 février 2025, annulation du décompte de prestations du 9 septembre 2024 et prise en charge totale des CHF 182.04 correspondant au traitement du 10 août 2024 ;
- annulation du décompte de prestations du 14 octobre 2024. Suite à son courrier du 26 février 2025, le montant de CHF 182.04, correspondant au traitement du 24 août 2024, était totalement pris en charge. En revanche, le montant de CHF 48.60, correspondant au traitement du 29 août 2024, était à la charge de la recourante car non reconnu en raison du dépassement du traitement du médicament prescrit « LIXIM Patch 70 mg sach 7 pce ».

d. Par courrier du 8 janvier 2026, l'intimé a indiqué qu'il résultait du décompte de participations rectificatif 2024 établi par l'assureur de la recourante que tous les frais avaient été pris en charge à l'exception de ceux du 29 août 2024 d'un montant de CHF 48.60. L'intimé peinait dès lors à comprendre les motifs de la recourante et confirmait son refus de prise en charge des frais du 29 août 2024, dès lors que ces derniers n'étaient pas prévus par les dispositions légales.

EN DROIT

1.

1.1 Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 3 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité du 6 octobre 2006 (LPC - RS 831.30). Elle statue aussi, en application de l'art. 134 al. 3 let. a LOJ, sur les contestations prévues à l'art. 43 de la loi cantonale sur les prestations complémentaires cantonales du 25 octobre 1968 (LPCC - J 4 25).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

1.2 Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA, applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 LPC, et art. 43 LPCC).

2. Le litige porte sur le bien-fondé du refus de l'intimé de rembourser à la recourante les montants de CHF 191.- (traitement du 15 juin 2024), CHF 182.05 (traitement du 10 août 2024), CHF 182.05 (traitement du 24 août 2024) et CHF 48.60 (traitement du 29 août 2024).
3. L'art. 14 al. 1 LPC prévoit que les cantons remboursent aux bénéficiaires d'une prestation complémentaire annuelle, les frais suivants de l'année civile en cours, s'ils sont dûment établis :
 - a. frais de traitement dentaire ;
 - b. frais d'aide, de soins et d'assistance à domicile ou dans d'autres structures ambulatoires ;
 - b^{bis}. frais de séjours passagers dans un *home* ou dans un hôpital, d'une durée maximale de trois mois (...);
 - c. frais liés aux cures balnéaires et aux séjours de convalescence prescrits par un médecin ;
 - d. frais liés à un régime alimentaire particulier ;
 - e. frais de transport vers le centre de soins le plus proche ;
 - f. frais de moyens auxiliaires ;
 - g. frais payés au titre de la participation aux coûts selon l'art. 64 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10).

4.

4.1 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).

4.2 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 LPC).

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).

Un remboursement des frais de médicaments par les prestations complémentaires 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 relevant 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 par le biais de la franchise et de la quote-part (art. 64 LAMal). Les prestations complémentaires remboursent ainsi à l'assuré la part des frais de maladie que l'assurance-maladie ne prend pas en charge en raison de la participation aux coûts (franchise et quote-part). Les prestations complémentaires ne remboursent pas non plus les médicaments qui ne relèvent pas du domaine des prestations de l'assurance obligatoire des soins (ATF 127 V 242 consid. 4c et la référence ; 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).

4.3 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, et les art. 19 à 21 des moyens auxiliaires et appareils auxiliaires.

4.4 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).

S'agissant de la participation aux coûts prévue par l'art. 64 LAMal, les DFM prévoient notamment qu'elle 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).

5. En l'espèce, l'intimé a refusé le remboursement des montants de CHF 191.- (traitement du 15 juin 2024), CHF 182.05 (traitement du 10 août 2024), CHF 182.05 (traitement du 24 août 2024) et CHF 48.60 (traitement du 29 août 2024), ce que conteste la recourante.

La chambre de céans constate que conformément au décompte de participations rectificatif 2024 du 3 mars 2025 produit par la recourante, aucun frais (franchise et quote-part incluses) lié aux traitements des 15 juin, 10 et 24 août 2024 n'a été mis à la charge de la recourante. En effet, les frais médicaux suivants ont été entièrement remboursés par l'assureur :

- CHF 191.- correspondant au traitement du 15 juin 2024 ;
- CHF 182.05 correspondant au traitement du 10 août 2024 ;
- CHF 182.05 correspondant au traitement du 24 août 2024.

Dès lors, aucun remboursement ne saurait être exigé par la recourante en lien avec ces traitements.

L'intimé a toutefois refusé le remboursement des frais médicaux du 29 août 2024, d'un montant de CHF 48.60 pour des « LIXIM Patch 70 mg sach 7 pce ».

La recourante s'est uniquement déterminée sur la prise en charge des médicaments « WEGOVY » et « OZEMPIC », mais n'a apporté aucun élément s'agissant des « LIXIM Patch 70 mg sach 7 pce ».

Selon le Compendium, « LIXIM Patch 70 mg sach 7 pce » est un anti-inflammatoire vendu au prix de CHF 24.30 par sachet de 7 pièces. Les frais médicaux du 29 août 2024, d'un montant de CHF 48.60, correspondent donc à l'achat de deux sachets de « LIXIM Patch 70 mg sach 7 pce ».

Quoi qu'il en soit, il ressort du décompte de participations rectificatif 2024 que l'assureur n'a pas pris en charge le montant CHF 48.60, en raison du dépassement du traitement, de sorte que ledit montant restait à la charge de la recourante.

Il s'ensuit que ce montant n'a pas été facturé à la recourante à titre de participation aux coûts des prestations par le biais de la franchise ou de la quote-part au sens de l'art. 14 al. 1 let. g LPC et 64 LAMal. En outre, il ne correspond à aucun autre frais listé à l'art. 14 al. 1 LPC. Il s'agit donc d'un montant non pris en charge par l'assureur, qui ne peut en tant que tel être remboursé comme frais de maladie par l'intimé.

L'intimé était par conséquent fondé à refuser le remboursement des frais requis par la recourante.

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

Adriana MALANGA

Valérie MONTANI

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