

# **GE\_GERICHTE ATAS/267/2026 vom 27. März 2026**

GE Cour de justice, 2026-03-27, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_267\\_2026](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_267_2026)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/267/2026 du 27 mars 2026

IT: GE\_GERICHTE ATAS/267/2026 del 27 marzo 2026

## **Erwägungen**

### **E. 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

A/4134/2025 - 5/10 - 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.

### **E. 1.2**

Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA).

### **E. 2**

Le litige porte sur le bien-fondé du refus de l'intimé de rembourser à la recourante les frais de location du matelas à air anti-escarres (CHF 129.50 par mois) et de la sangle (CHF 18.50 par mois), ainsi que la totalité des frais de livraison. S'agissant des frais de location du lit médicalisé (soit CHF 75.- par mois durant les mois de décembre 2023 à avril 2024), ils ont été remboursés par le SPC, si bien qu'ils ne font pas partie de l'objet du litige. La recourante ne conclut d'ailleurs pas au remboursement desdits frais.

### **E. 2.1**

Selon l'art. 3 al. 1 LPC, les prestations complémentaires se composent de la prestation complémentaire annuelle (let. a) et du remboursement des frais de maladie et d'invalidité (let. b). 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 : frais de traitement dentaire (let. a) ; frais d'aide, de soins et d'assistance à domicile ou dans d'autres structures ambulatoires (let. b) ; frais de séjours passagers dans un home ou dans un hôpital, d'une durée maximale de trois mois (...) (let. bbis) ; frais liés aux cures balnéaires et aux séjours de convalescence prescrits par un médecin (let. c) ; frais liés à un régime alimentaire particulier (let. d) ; frais de transport vers le centre de soins le plus proche (let. e) ; frais de moyens auxiliaires (let. f) ; 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 ; let. g).

### **E. 2.2**

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).

### **E. 2.3**

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

A/4134/2025 - 6/10 - 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, 3e 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).

### **E. 2.4**

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

A/4134/2025 - 7/10 - 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). Selon l'art. 4 RFMPC, les frais mentionnés aux art. 1 et 2 sont remboursés : si le remboursement est demandé dans les 15 mois à compter de la facture (let. a) ; si les frais sont intervenus dans une période où le requérant remplissait les conditions fixées aux art. 4 à 6 LPC ou aux art. 2 et 2A LPCC (let. b). Selon l'art. 19 RFMPC, dans le chapitre intitulé « Moyens auxiliaires et appareils auxiliaires », dans les limites de l'art. 14 al. 1 let. f LPC, les bénéficiaires de prestations complémentaires ont droit au remboursement des dépenses occasionnées par l'acquisition de moyens auxiliaires et d'appareils auxiliaires (appareils de traitement ou de soins) ou à l'obtention de ceux-ci à titre de prêt (al. 1). Les moyens auxiliaires et les appareils auxiliaires sont définis par les directives du département (al. 2). Les frais d'achat ou de location des moyens auxiliaires sont remboursés à condition qu'il s'agisse de modèles simples et adéquats (al. 6). Le département de la solidarité et de l'emploi du canton de Genève a adopté les DFM, entrées en vigueur le 1er janvier 2011. Selon le ch. 1.1 des DFM, les frais de moyens auxiliaires, dûment établis, peuvent être remboursés si les conditions sont réalisées. Selon le ch. 8.1 des DFM, les moyens auxiliaires qui peuvent être remis en prêt ou payés figurent sur la liste en annexe. Selon l'annexe 3 des DFM, les appareils de traitement et de soins sont les suivants : appareils respiratoires destinés à pallier une insuffisance respiratoire ; inhalateurs ; installations sanitaires complémentaires automatiques ; élévateurs pour malades (s'il est attesté par un médecin qu'un tel moyen est indispensable pour les soins à domicile) ; lits électriques (s'il est attesté par un médecin qu'un lit électrique est indispensable pour les soins à domicile) ; chaises percées ; chaises pour personnes atteintes de coxarthrose ; potences. Selon le ch. 8.7 des DFM, les moyens auxiliaires figurant dans cette liste et pourvus d'un « astérisque » ne peuvent être remis qu'à titre de prêt. Les élévateurs pour malades et les lits électriques sont munis d'un astérisque. En revanche, les chaises percées sont mentionnées sans astérisque. Selon le ch. 8.17 des DFM, des lits électriques sont mis à la disposition des bénéficiaires de prestations complémentaires s'il est attesté par un médecin qu'ils sont nécessaires aux soins à domicile. Le prix de location pris en charge est de

A/4134/2025 - 8/10 - CHF 75.- par mois, TVA comprise. Les mois entamés peuvent compter comme mois entier. Le dernier mois de location payé par le SPC est celui au cours duquel le centre de location apprend que le lit en question n'est plus utilisé (ch. 8.19). Le prix de location comprend et couvre les prestations suivantes : l'amortissement d'un lit électrique de largeur normale avec deux ou trois moteurs ; une potence, si souhaitée par le bénéficiaire ; une ou deux barrières latérales, ni nécessaire ; les frais d'exams éventuels et

les réparations et remplacements de pièces défectueuses (ch. 8.20). Au prix de location s'ajoutent, par lit, les forfaits suivants : CHF 250.-, TVA comprise, pour le transport chez le bénéficiaire ; CHF 280.-, TVA comprise, pour le transport de retour au centre de location (ch. 8.21). Le centre de location peut facturer aux bénéficiaires du SPC : les accessoires non couverts par la convention avec le centre de location (matelas par ex.).

### **E. 2.5**

En l'espèce, l'intimé a refusé le remboursement des montants de CHF 92.50 (CHF 18.50 x 5) pour la location de la sangle, de CHF 647.50 (CHF 129.50 x 5) pour la location du matelas à air anti-escarres et de CHF 177.10 (CHF 427.10 – CHF 250.- [remboursés par le SPC]) pour les frais de livraison. En tant que la recourante sollicite le remboursement des frais de location de la sangle, il convient de lui donner raison. Il ressort en effet du courriel du 24 novembre 2025 de la société B\_\_\_\_\_Sàrl que le verticalisateur doit être « utilisé obligatoirement avec une sangle ». Il convient donc de retenir que la sangle fait partie intégrante de cet appareil de soins, en ce sens que le verticalisateur ne peut être utilisé sans la sangle, outil indispensable au maintien de l'assurée. Le fait que le centre de location ait facturé séparément le verticalisateur de la sangle ne change rien au fait qu'il s'agit d'un seul et même appareil de soins, l'un ne pouvant être utilisé sans l'autre. Or, il n'est pas contesté que les frais de location du verticalisateur doivent être pris en charge par l'intimé en application de l'annexe 3 des DFM, si bien que les frais de location de la sangle doivent l'être également. S'agissant, en revanche, des frais de location du matelas à air anti-escarres, ils ne figurent pas dans la liste de l'annexe 3 des DFM. Dans la mesure où les frais de location d'un matelas ne sont pas mentionnés dans la liste des prestations couvertes dans le prix de location du lit électrique (ch. 8.20 des DFM), il s'agit d'un accessoire que le centre de location peut facturer aux bénéficiaires (ch. 8.22 des DFM). Or, la liste des frais soumis à remboursement étant exhaustive, comme on l'a vu, il n'incombe pas à l'intimé de rembourser ces frais de location, et cela quand bien même il s'agit d'un dispositif médical prescrit par son médecin traitant. Il en va de même des frais de livraison du lit électrique, les DFM ayant limité leur remboursement à un montant forfaitaire de CHF 250.-, TVA comprise (ch. 8.21). Contrairement à ce que soutient la recourante, les frais de reprise et de désinfection ne figurent pas parmi les frais pris en charge par le SPC.

A/4134/2025 - 9/10 - Enfin, la recourante ne sollicite plus, devant la chambre de céans, le remboursement des frais de location de la chaise percée. Il sera toutefois relevé, à toutes fins utiles, que les DFM prévoient expressément que seul l'achat, et non la location, est pris en charge (ch. 8.7 des DFM cum annexe 3 des DFM). Il s'ensuit que le SPC n'était pas non plus tenu de rembourser ces frais.

### **E. 3**

Eu égard à ce qui précède, le recours est partiellement admis. La décision attaquée est annulée en tant qu'elle confirme le refus de prendre en charge les frais de location de la sangle faisant l'objet des factures de B\_\_\_\_\_Sàrl des 13 décembre 2024, 9 janvier 2025, 1er février 2025, 1er mars 2025 et 1er avril 2025. L'intimé sera partant condamné à rembourser ces frais à l'assurée. La décision est confirmée pour le surplus. La recourante, qui n'est pas représentée par un mandataire professionnellement qualifié, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. fbis a contrario LPGA).

\*\*\*\*\*

A/4134/2025 - 10/10 - 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.