

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2871/2019

ATAS/882/2020

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 15 octobre 2020**

**5<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à VESENAZ

recourante

contre

ASSURA-BASIS SA, sise MONT-SUR-LAUSANNE

intimée

**Siégeant : Philippe KNUPFER, Président; Andres PEREZ et Pierre-Bernard  
PETITAT, Juges assesseurs**

---

**EN FAIT**

1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le \_\_\_\_\_ 1937, est au bénéfice d'une assurance maladie obligatoire des soins (ci-après : AOS) conclue avec ASSURA BASIS SA (ci-après : l'assurance ou l'intimée) ; la franchise annuelle est fixée à CHF 300.-.
2. Par courrier du 19 décembre 2018, l'assurance a confirmé à l'assurée avoir reçu la facture des frais médicaux de la Dresse B\_\_\_\_\_, d'un montant de CHF 568.40 pour une mammographie effectuée le 20 novembre 2018 ; une réponse serait donnée quant au remboursement après avoir requis des informations complémentaires par le biais du médecin-conseil.
3. Ce dernier s'est adressé au médecin-traitant de l'assurée, le Dr C\_\_\_\_\_, gynécologue, qui avait délivré l'ordonnance pour effectuer la mammographie en lui demandant de préciser si la mammographie était de type dépistage ou préventive. Le Dr C\_\_\_\_\_ a retourné au médecin-conseil le formulaire avec la mention « mammographie de dépistage ».
4. En date du 11 janvier 2019, l'époux de la recourante a relancé l'assurance en précisant qu'il avait déjà payé la facture de CHF 568.40 et souhaitait savoir si l'assurance avait obtenu les renseignements demandés afin de procéder au remboursement.
5. Par courrier du 16 janvier 2019, l'assurance a informé le Dr C\_\_\_\_\_ qu'une mammographie de dépistage précoce ne pouvait être remboursée que dans le cadre d'un programme cantonal (art. 12e let. c OPAS).
6. En date du 18 janvier 2019, l'assurance a adressé un décompte de prestations à la recourante indiquant que la mammographie du 20 novembre 2018 facturée par la Dresse B\_\_\_\_\_, de CHF 568.40, n'était pas prise en charge.
7. L'époux de la recourante a adressé plusieurs courriels à l'assurance, lui indiquant qu'après avoir mené une enquête auprès de ses proches, il était évident que l'assurance devait prendre en charge le remboursement de la mammographie.
8. En date du 28 mai 2019, l'assurance a rendu une décision sujette à opposition de refus de prendre en charge le remboursement de la facture de mammographie effectuée le 20 novembre 2018 auprès du Centre d'imagerie Rive gauche sur prescription du Dr C\_\_\_\_\_. La motivation tenait au fait que le Département fédéral de l'intérieur (ci-après : le DFI) avait la compétence de supprimer la franchise pour certaines mesures de prévention ; à cet effet, le DFI avait décidé que dès l'âge de 50 ans révolus, l'assurance obligatoire de soins devait prendre en charge, sans franchise, une mammographie de dépistage tous les deux ans pour autant que cette dernière soit entreprise dans le cadre d'un programme de dépistage du cancer du sein remplissant les conditions fixées par l'ordonnance du 23 juin 1999 sur la garantie de la qualité des programmes de dépistage du cancer du sein par mammographie (ci-après : l'ordonnance du 23 juin 1999) fondée sur l'art. 12,

let. o, ch. 2, de l'ordonnance du 29 septembre 1995 sur les prestations de l'assurance des soins (ci-après : OPAS). Dans le cas d'espèce, le médecin-conseil de l'assurance considérait qu'il ne s'agissait pas d'une mammographie diagnostic, en l'absence de toute pathologie, mais d'une mammographie de dépistage qui aurait dû être effectuée par le bais du centre de dépistage du cancer du sein. Cette condition n'étant pas respectée, l'AOS ne couvrait pas le remboursement de cet examen.

9. Par acte du 4 juin 2019, l'assurée s'est opposée à la décision du 28 mai 2019. Elle a exposé que l'assurance n'avait pas pris en compte deux points importants lors de sa décision. En premier lieu, l'assurance avait systématiquement remboursé toutes les mammographies précédentes, sans jamais soulever de difficultés, alors qu'elle s'opposait au remboursement de cette dernière au motif qu'elle n'entraît pas dans le cadre de l'ordonnance du 23 juin 1999. Ses médecins traitants ne lui avaient jamais parlé de cette ordonnance et avaient envoyé l'assurée faire sa mammographie au Centre radiologique de Vérenaz. N'ayant pas été mise au courant des conditions posées par l'ordonnance du 23 juin 1999, l'assurée considérait avoir droit au remboursement de la mammographie comme lors des 10 années précédentes.
10. Par décision du 16 juillet 2019, l'assurance a confirmé sa décision précédente et son refus de prise en charge du montant de CHF 568.40 correspondant à la mammographie du 20 novembre 2018, facturée par le Centre d'imagerie médicale Rive Gauche.
11. En date du 29 juillet 2019, l'assurée s'est « opposée » à la décision sur opposition du 16 juillet 2019. L'écriture de l'assurée a été transmise à la chambre de céans par l'assurance, comme objet de sa compétence. La recourante alléguait avoir les seins fibreux, ce qui nécessitait de procéder à une échographie en même temps que la mammographie. Ces deux examens étaient indispensables selon la recourante qui se disait choquée par la volte-face de l'assurance alors que cette dernière avait procédé au remboursement de toutes les mammographies précédentes sans élever d'objection. C'était la toute première fois que l'assurance refusait la prise en charge d'une mammographie sans même prévenir la recourante ou l'informer des conditions posées à la prise en charge du remboursement des mammographies de dépistage.
12. L'intimée a répondu au recours par écriture du 9 septembre 2019. Le mémoire de réponse reprenait chronologiquement les différentes étapes ayant conduit à la prise de décision querellée. Etaient notamment mentionnés les échanges entre le médecin-conseil de l'intimée et le Dr C\_\_\_\_\_ afin de s'assurer du caractère précis de la mammographie dont le remboursement était demandé ; dans un premier temps, le Dr C\_\_\_\_\_ avait annoncé qu'il s'agissait d'une mammographie de dépistage, puis avait corrigé son rapport, en ce sens qu'il s'agissait d'une mammographie diagnostic, au sens de l'Annexe 1 OPAS. L'intimée s'était déterminée et avait pris la décision querellée, considérant qu'il s'agissait d'une mammographie de dépistage qui avait été effectuée en dehors d'un programme

organisé de dépistage du cancer du sein, ne répondant pas aux conditions fixées par l'art. 12 let. c OPAS.

L'intimée constatait que le Dr C\_\_\_\_\_ avait, dans un premier temps, indiqué qu'il s'agissait d'une mammographie de dépistage avant de modifier le questionnaire médical et d'indiquer qu'il s'agissait d'une mammographie diagnostique. Or, selon l'intimée, l'état du tissu mammaire de la recourante ne nécessitait pas une telle mammographie, car la fibrose, en soi, ne représentait pas forcément une pathologie. En l'absence d'autres indices tels que nodule, masse, induration, modification de la peau voire écoulement, le dépistage ne s'imposait pas.

L'intimée ajoutait que le Dr C\_\_\_\_\_ aurait dû renseigner la recourante sur l'absence de remboursement d'un examen de dépistage effectué en dehors du programme cantonal, ce d'autant plus qu'en raison de l'âge de la recourante, qui avait plus de 70 ans, cette dernière n'était pas automatiquement invitée à bénéficier du programme en question.

S'agissant du fait que la recourante avait pu bénéficier du remboursement de ses mammographies au cours des 10 années précédentes, l'intimée convenait que dans une « administration de masse » une prestation qui n'était pas à la charge de l'AOS avait pu échapper à sa vigilance, ce qui ne suffisait pas à remettre en cause le bienfondé de la décision querellée.

13. Par courrier du 24 septembre 2019, la recourante a répliqué, rappelant une fois encore que jusqu'alors, l'intimée avait toujours accepté de rembourser les mammographies pendant plus de 10 ans, ce qui démontrait une fois de plus le caractère injustifié du refus de rembourser.
14. Par duplique du 22 octobre 2019 l'intimée a considéré que la réplique de la recourante n'amenait aucun élément supplémentaire à l'appui de son recours et s'est référée à ses propres écritures précédentes.
15. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 4 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 l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10).

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

2. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).

- 
3. Est litigieuse la question de savoir si la recourante a droit au remboursement de la mammographie effectuée le 20 novembre 2018.
  4. L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations définies aux art. 25 à 31 en tenant compte des conditions des art. 32 à 34 (art. 24 LAMal). À ce titre, les assureurs ne peuvent pas prendre en charge d'autres coûts que ceux des prestations prévues aux art. 25 à 33 (art. 34 al. 1 LAMal). Selon l'art. 25 al. 1 LAMal, l'assurance obligatoire des soins assume les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles. Les prestations mentionnées aux art. 25 à 31 LAMal doivent être efficaces, appropriées et économiques; l'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques (art. 32 al. 1 LAMal) fondées sur la recherche et la pratique médicale et non sur le résultat obtenu dans un cas particulier (ATF 142 V 249 consid. 4.1 et les références). L'efficacité, l'adéquation et le caractère économique des prestations sont réexaminés périodiquement (art. 32 al. 2 LAMal).
  5. a. Selon l'art. 26 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts de certains examens destinés à détecter à temps les maladies ainsi que des mesures préventives en faveur d'assurés particulièrement menacés. Ces examens ou mesures préventives sont effectués ou prescrits par un médecin. Selon l'art. 33 al. 2 LAMal, il appartient au Conseil fédéral de désigner en détail, notamment, les prestations prévues à l'art. 26 LAMal. À l'art. 33 let. d de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal – RS 832.102). Le Conseil fédéral, comme le permet l'art. 33 al. 5 LAMal, a délégué à son tour cette compétence au Département fédéral de l'intérieur (DFI). Faisant usage de cette sous-délégation, le DFI a édicté l'OPAS. L'art. 12 de cette ordonnance renferme une liste positive des mesures médicales de prévention prises en charge par l'assurance obligatoire des soins (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 92/04 consid. 2.2).

Dans sa version en vigueur depuis le 15 juillet 2015, l'art. 12d al. 1 let. d ch. 1 OPAS est libellé comme suit : « [p]our les femmes présentant un risque modéré ou élevé de cancer du sein en raison d'antécédents familiaux ou d'antécédents personnels comparables. Désignation du risque selon le document de référence de l'OFSP « Évaluation du risque » (état 2/2015). Pour déterminer si le risque est élevé, un conseil génétique au sens de la let. f doit être effectué. Indication, fréquence et méthode d'analyse adaptées en fonction du risque et de l'âge, selon le document de référence de l'OFSP « Schéma de surveillance » (état 2/2015). Un entretien explicatif et de conseil doit précéder le premier examen et être consigné ».

b. Le document de référence « Évaluation du risque » a été établi conjointement par l'OFSP (cf. art. 9 de l'ordonnance sur l'organisation du Département fédéral de l'intérieur du 28 juin 2000 [Org DFI – RS 172.212.1] et la Ligue suisse contre le cancer sur le modèle de la NICE Clinical Guideline 164 de juin 2013, p. 14 à 16 (état au 02/2015) (cf. <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/suche.html#mammographie>). Ce document

détermine les cas dans lesquels une femme présente un risque accru de cancer du sein en raison d'antécédents familiaux.

Selon le point A dudit document, les femmes présentent un risque modérément accru de cancer du sein (risque au cours de la vie : de 17 à 30 %) lorsque (i) un parent au premier degré a eu un cancer du sein à < 40 ans ; ou (ii) deux parents au premier ou deuxième degré chez lesquels un cancer du sein a été diagnostiqué à un âge moyen > 50 ans ; ou (iii) trois parents au premier ou deuxième degré chez lesquels un cancer du sein a été diagnostiqué à un âge moyen > 60 ans ; ou (iv) le risque de cancer du sein au cours de la vie a été estimé entre 17 et 30 % sur la base d'une évaluation formelle du risque à l'aide d'un programme tel que le *Breast and Ovarian Analysis of Disease Incidence and Carrier Estimation Algorithm* (BOADICEA) ; et aucun des cas ci-après n'est recensé dans l'anamnèse familiale : (i) cancer du sein triple négatif à < 40 ans ; (ii) cancer du sein bilatéral ; (iii) cancer du sein chez un parent masculin ; (iv) cancer de l'ovaire ; (v) antécédents lourds du côté paternel (quatre proches ayant eu un cancer du sein à < 60 ans) ; (vi) ancêtres juifs ; (vii) sarcome à < 45 ans ; (viii) gliome ou carcinome cortico-surrénalien dans l'enfance ; (ix) ou une forme complexe d'un autre type de cancer à un jeune âge.

Selon le point B dudit document, les femmes présentent un risque fortement accru de cancer du sein (risque au cours de la vie > 30 %) : (1) dans une famille dont l'anamnèse comporte exclusivement des cas de cancer du sein : lorsque (i) deux parents au premier ou deuxième degré chez lesquels un cancer du sein a été diagnostiqué à un âge moyen < 50 ans (dont au moins un parent au premier degré) ; ou (ii) trois parents au premier ou deuxième degré chez lesquels un cancer du sein a été diagnostiqué à un âge moyen < 60 ans (dont au moins un parent au premier degré), ou (iii) quatre parents ayant eu un cancer du sein, indépendamment de l'âge auquel il a été diagnostiqué (dont au moins un parent au premier degré) ; ou (2) dans une famille dont l'anamnèse comporte un cas de cancer épithélial de l'ovaire et qui compte, du même côté de la famille : (i) un parent au premier degré (y compris le parent avec cancer ovarien) ou un parent au deuxième degré chez lequel un cancer du sein a été diagnostiqué à < 50 ans ; ou (ii) deux parents au premier ou deuxième degré chez lesquels un cancer du sein a été diagnostiqué à un âge moyen < 60 ans, ou (iii) un autre cas de cancer ovarien ; ou (3) dans une famille dont l'anamnèse comporte un cas de cancer du sein bilatéral : lorsque (i) un parent au premier degré chez lequel le cancer du sein bilatéral a été diagnostiqué à un âge moyen < 50 ans ; ou (ii) un parent au premier ou deuxième degré a eu un cancer du sein bilatéral et un parent au premier ou deuxième degré a eu un cancer du sein à un âge moyen < 60 ans ; ou (4) dans une famille dont l'anamnèse comporte un cas de cancer du sein masculin et qui compte, du même côté de la famille, au moins : (i) un parent au premier ou deuxième degré ayant eu un cancer du sein à < 50 ans ; ou (ii) deux parents au premier ou deuxième degré chez lesquels un cancer du sein a été diagnostiqué à un âge moyen < 60 ans ; ou (5) le risque de cancer du sein au cours de la vie a été estimé > 30 % sur la base d'une évaluation formelle du risque,

soit à l'aide d'un programme tel que le BOADICEA, soit à l'aide du Manchester Score.

c. Le document de référence « Schéma de surveillance » (état de 02/2015) a également été établi conjointement par l'OFSP et la Ligue suisse contre le cancer sur le modèle de la NICE Clinical Guideline 164 de juin 2013 (état de 02/2015). Il détermine par tranches d'âge (20 à 29 ans, 30 à 39 ans, 40 à 49 ans, 50 à 59 ans, 60 à 69 ans, + de 70 ans), en fonction de la catégorie de risque (modérément accru ou fortement accru – la deuxième catégorie est elle-même subdivisée en cinq groupes [(1) risque au cours de la vie  $\geq 30\%$  ; (2)  $> 30\%$  probabilité de mutation du gène BRCA ; (3) mutation du gène BRCA 1/2 ; (4)  $> 30\%$  probabilité de mutation du gène p53 ; (5) mutation du gène p53] – la méthode d'analyse à effectuer (mammographie uniquement, IRM uniquement, ou les deux examens à la fois) ainsi que la fréquence de l'analyse (aucune, annuelle, bisannuelle). Pour la tranche d'âge de 50 à 59 ans, en cas de risque fortement accru (pour les groupes 2, 3 et 4), une IRM complète la mammographie annuelle si la densité mammaire est élevée. Pour la tranche d'âge de 60 à 69 ans, en cas de risque modérément accru, une mammographie bisannuelle est à prévoir. Pour cette même tranche d'âge, en cas de risque fortement accru, la mammographie est également bisannuelle, excepté pour le groupe 3 (mammographie annuelle) et le groupe 5 (aucun examen).

d. Comme exposé dans l'ATAS/523/2019, il n'y a pas de motif d'admettre que l'art. 12d al. 1 let. d OPAS soit contraire à la loi. L'art. 26 LAMal donne au Conseil fédéral, respectivement DFI (art. 33 al. 5 LAMal en corrélation avec l'art. 33 let. d OAMal), un large pouvoir d'appréciation pour désigner les mesures de prévention en faveur d'assurés particulièrement menacés (cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 92/04 du 28 octobre 2004 consid. 2.2 et 3.1). Autrement dit, ces mesures ne sont à la charge de l'assurance-maladie obligatoire que si l'autorité exécutive le prévoit expressément, en fonction de critères qui, sous réserve des conditions prévues aux art. 32 à 34 LAMal, sont laissés à sa libre appréciation (cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances du 30 avril 2001 K 114/00 consid. 5c).

e. L'art. 12d al. 1 let. d OPAS fixe, depuis le 15 juillet 2015, un âge pour la prise en charge de la mammographie, éventuellement de l'IRM mammaire, par l'assurance obligatoire des soins. Cette disposition reprend les recommandations de la NICE de juin 2013 (état de 02/2015) qui demeurent inchangées à ce jour (<https://www.nice.org.uk/guidance/cg164>) et qui se fondent sur des considérations d'ordre médical. Ces recommandations ont conduit le DFI à modifier l'art. 12d al. 1 let. d OPAS avec effet au 15 juillet 2015. Selon le modèle de la NICE Clinical Guideline 164 de juin 2013 (état de 02/2015), le risque de développer un cancer du sein dépend des facteurs suivants : la nature des antécédents familiaux (degré de parenté) ; du nombre de parents ayant développé un cancer du sein, de l'ovaire ou un cancer apparenté ; de l'âge auquel les membres de la famille ont développé un cancer du sein ; et de l'âge de la personne concernée (p. 42). Le dépistage du cancer du sein est d'ailleurs habituellement effectué par mammographie et cible les

---

femmes entre 50 et 69 ans, âge où l'incidence est la plus élevée (cf. Veronica AEDO LOPEZ, Athina STRAVODIMOU, Sheila UNGER, Lucien PEREY, Khalil ZAMAN, Mutations de BRCA1/2 : d'Angelina Jolie à la thérapie, in Revue médicale suisse, 2016, volume 12. 973-977, p. 974 ; <https://www.revmed.ch/RMS/2016/RMS-N-519/Mutations-de-BRCA1-2-d-Angelina-Jolie-a-la-therapie>). Il apparaît donc que la fréquence des examens (annuels ou bisannuels) pris en charge par l'assurance qui dépend de la catégorie de risque et de l'âge de la patiente est justifiée sur le plan de la science médicale. En d'autres termes, l'indication médicale est donnée dans les limites d'âge fixées selon la catégorie de risque que présente la patiente. Par conséquent, en prévoyant un âge pour le remboursement de la mammographie, on ne saurait reprocher au DFI d'avoir opéré une distinction entre patientes qui ne serait pas fondée sur des motifs sérieux et objectifs.

6. En l'espèce, il n'y a pas eu d'entretien préalable de la recourante avec des médecins dans le cadre d'un programme de dépistage cantonal. Il n'est donc pas possible de déterminer comment le risque que pouvait présenter la recourante en raison d'occurrences dans sa famille ou de prédispositions génétiques pouvait être évalué dans le cadre du schéma de surveillance qui est le document de référence. Néanmoins, l'âge de la recourante au moment de l'examen, soit 81 ans, permet d'ores et déjà de considérer qu'elle n'entrait pas dans la catégorie des personnes à risque visées par le programme cantonal de dépistage.
7. a. La recourante n'entre pas en matière sur la question de savoir si elle fait partie ou non des catégories prévues par le programme cantonal de dépistage mais soutient, en substance, que dès lors que toutes ses mammographies précédentes avaient été systématiquement remboursées pendant les 10 dernières années, il n'y avait aucune raison de refuser le remboursement de la mammographie du mois de novembre 2018. Elle allègue qu'elle ignorait l'existence de l'ordonnance du 23 juin 1999 dont ni son médecin-traitant, ni l'intimée ne lui avaient expliqué le sens. Ce faisant, la recourante soulève la question du défaut d'information et de l'apparence créée par l'intimée qui a remboursé systématiquement la prestation en question lors des 10 années précédentes.  
b. L'assurance ne remet pas en question ce constat, se contentant de s'abriter derrière l'argument d'une « administration de masse » pour justifier le manque de vigilance ayant permis à la recourante de bénéficier des remboursements, par l'AOS, de ses mammographies les années précédentes.
8. L'art. 27 LPGA prévoit que, dans les limites de leur domaine de compétence, les assureurs et les organes d'exécution des diverses assurances sociales sont tenus de renseigner les personnes intéressées sur leurs droits et obligations (al. 1<sup>er</sup>). Chacun a le droit d'être conseillé, en principe gratuitement, sur ses droits et obligations. Sont compétents pour cela les assureurs à l'égard desquels les intéressés doivent faire valoir leurs droits ou remplir leurs obligations (al. 2).

L'alinéa premier ne porte que sur une information générale des assurés, par le biais par exemple de brochures d'informations ou de lettres-circulaires. En revanche, l'alinéa 2 prévoit l'obligation de donner une information précise ou un conseil dans un cas particulier, de sorte qu'il peut conduire à l'obligation de verser des prestations sur la base du principe de la bonne foi.

Plus particulièrement, le devoir de conseil de l'assureur social au sens de l'art. 27 al. 2 LPGA comprend l'obligation d'attirer l'attention de la personne intéressée sur le fait que son comportement pourrait mettre en péril la réalisation de l'une des conditions du droit aux prestations (ATF 131 V 472 consid. 4.3). Les conseils ou renseignements portent sur les faits que la personne qui a besoin de conseils doit connaître pour pouvoir correctement user de ses droits et obligations dans une situation concrète face à l'assureur (cf. EUGSTER, ATSG und Krankenversicherung: Streifzug durch Art. 1-55 ATSG, RSAS 2003 p. 226). Le devoir de conseil s'étend non seulement aux circonstances de faits déterminants, mais également aux circonstances de nature juridique (SVR 2007 KV n° 14 p. 53 et la référence). Son contenu dépend entièrement de la situation concrète dans laquelle se trouve l'assuré, telle qu'elle est reconnaissable pour l'administration (MEYER, Grundlagen, Begriff und Grenzen der Beratungspflicht der Sozialversicherungsträger nach Art. 27 Abs. 2 ATSG, in : Sozialversicherungsrechtstagung 2006, St-Gall 2006, p. 27 n° 35).

D'après la jurisprudence, le défaut de renseignement dans une situation où une obligation de renseigner est prévue par la loi, ou lorsque les circonstances concrètes du cas particulier auraient commandé une information de l'assureur, est assimilé à une déclaration erronée de l'administration qui peut obliger celle-ci à consentir à un administré un avantage contraire à la réglementation en vigueur en vertu du principe de la protection de la bonne foi découlant de l'art. 9 Cst., 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. 6.1 et les références citées). Ces principes s'appliquent par analogie au défaut de renseignement, la condition (c) devant toutefois être formulée de la façon suivante : que l'administré n'ait pas eu connaissance du contenu du renseignement omis ou que ce contenu était tellement évident qu'il n'avait pas à s'attendre à une autre information (ATF 131 V 472 consid. 5; ATF non publié 8C\_601/2009 du 31 mai 2010, consid. 4.2).

9. Dans le cas d'espèce, l'intimée se défend de n'avoir pas relevé auparavant que le remboursement de la prestation, qui n'était pas à charge de l'AOS, avait pu lui

échapper ; elle allègue un manque de vigilance des services compétents et le traitement d'une administration de masse.

L'intimée admet ainsi que c'est par manque de vigilance qu'elle avait procédé, dans le cadre de l'AOS, au remboursement des mammographies pendant les 10 années précédentes.

Un tel comportement sur une période aussi longue peut créer chez l'assurée l'apparence d'un droit au remboursement qui s'apparente à l'induire en erreur, ou – à tout le moins – à ne pas l'informer correctement de ses droits après la découverte de l'erreur par l'intimée.

Ainsi, sous l'angle de la bonne foi, a) l'intimée est intervenue dans une situation concrète à l'égard de la recourante en procédant, pendant dix années de suite, au remboursement des examens mammographiques de la recourante, confortant cette dernière dans le sentiment que les mammographies annuelles de dépistage étaient remboursées par l'AOS ; b) l'intimée a agi dans les limites de ses compétences ; c) aucun élément ne permet d'induire que la recourante savait ou pouvait savoir qu'elle n'avait pas droit au remboursement des mammographies ; au contraire ce remboursement lui semblait aller de soi au vu de la pratique des 10 années précédentes ; d) se fondant sur cette pratique, elle a procédé, une fois encore à une mammographie annuelle, prescrite par son médecin-traitant, dont le refus de remboursement par l'intimée est de nature à lui causer un préjudice d'un montant de CHF 568.40 et e) la réglementation n'a pas changé depuis les dix dernières années pendant lesquelles, l'assurance a accepté de rembourser les mammographies.

Au vu de ces éléments, la chambre de céans considère que l'intimée a manqué à son devoir de renseignement. Se rendant compte de l'erreur répétée pendant 10 ans, à savoir le remboursement d'une prestation non couverte par l'AOS, l'intimée avait le devoir d'en informer sans attendre l'assurée afin que cette dernière sache qu'elle prenait le risque de se voir refuser le remboursement d'une mammographie si celle-ci ne remplissait pas les conditions fixées par l'OPAS.

Ayant découvert son erreur postérieurement à l'engagement des frais de mammographie par la recourante, très probablement lors de l'examen de la demande de remboursement des frais de la mammographie du 20 novembre 2018, l'intimée doit se voir opposer le principe de la bonne foi et procéder au remboursement de la prestation faisant l'objet de la décision querellée.

10. Etant précisé qu'à l'issue de cette procédure, la recourante devra être considérée comme étant désormais pleinement renseignée sur ses droits en matière de remboursement de mammographies.
11. Compte tenu de ce qui précède, le recours doit être admis et la décision du 16 juillet 2019 annulée.
12. Ayant agi en personne, la recourante ne se verra pas allouer de dépens.

13. Pour le surplus, la procédure est gratuite.

**PAR CES MOTIFS,  
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet.
3. Annule la décision du 16 juillet 2019 et condamne l'intimée à rembourser à la recourante le montant de la mammographie effectuée le 20 novembre 2018.
4. Dit que la procédure est gratuite.
5. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110), auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne); 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

Le président

Diana ZIERI

Philippe KNUPFER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le