



POUVOIR JUDICIAIRE

A/3845/2019

ATAS/483/2020

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 16 juin 2020

15^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée _____, GENÈVE, représentée par CAP Compagnie d'assurance de protection juridique SA recourante

contre

CSS ASSURANCE-MALADIE SA, sise service Droit & Compliance, Tribschenstrasse 21, LUCERNE intimée

Siégeant : Marine WYSSENBACH, Présidente; Andres PEREZ et Christine TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), né le 30 décembre 1948, domiciliée à Genève, est assurée auprès de CSS Assurance-maladie SA (ci-après : l'assurance ou l'intimée) à titre de l'assurance obligatoire des soins pour les risques maladie et accident.
2. Le 8 mars 2019, l'assurée a chuté, alors qu'elle promenait son chien, sur un chemin de campagne à Vessy.
3. Lors de cette chute, elle s'est blessée à la bouche et aux dents.
4. Le 12 mars 2019, l'assurée s'est rendue en consultation chez le docteur B_____, chirurgien-dentiste exerçant à Ambilly en France. Une radiographie panoramique et un devis ont alors été faits par ce praticien. À teneur du devis, le pont de la prothèse dentaire (bridge de neuf dents) était cassé, deux incisives centrales en céramique étaient détruites et il convenait de refaire ce bridge pour un montant devisé à EUR 6'907.-.
5. Le 14 mars 2019, l'assurée a consulté la doctoresse C_____, médecin généraliste à Genève, laquelle a établi une attestation à teneur de laquelle le médecin certifiait que la patiente avait lourdement chuté le 8 mars 2019, elle présentait une plaie à la lèvre supérieure gauche et deux de ces incisives supérieures étaient cassées.
6. Le 18 mars 2019, l'assurée a adressé à son assurance une déclaration d'accident au moyen d'un formulaire dans lequel elle exposait qu'alors qu'elle promenait son chien, le 8 mars 2019 entre 11h45 et 12h00, elle avait trébuché et était tombée à plat ventre sur le sol où elle était restée allongée une ou deux minutes, en espérant que quelqu'un l'aiderait à se relever. Personne n'étant intervenu après cinq minutes, elle s'était relevée et avait marché lentement jusqu'à l'arrêt de bus pour rentrer chez elle. Elle avait été blessée au visage, à la lèvre, au genou et s'était cassée des dents. Elle n'avait pas pu atteindre son médecin immédiatement, mais l'avait vu le lundi suivant.
7. Par courrier du 10 avril 2019, l'assurance a informé son assurée qu'elle ne prendrait pas en charge le traitement que l'assurée avait prévu de subir en France, les conditions légales pour couvrir des soins fournis à l'étranger n'étant dans ce cas pas remplies.
8. Le 12 avril 2019, l'assurée s'est rendue en France pour faire le traitement devisé par le Dr B_____.
9. Par courrier du 1^{er} mai 2019, l'assurée a sollicité une décision formelle de l'assurance car elle contestait le refus que lui avait opposé son assurance par courrier du 10 avril 2019 qu'elle avait reçu après son traitement du 12 avril 2019.
10. Par décision du 12 juillet 2019, l'assurance a refusé la prise en charge du traitement dentaire du 12 avril 2019, au motif que le traitement en cause avait été effectué

volontairement à l'étranger alors qu'il était réalisable en Suisse, les exceptions au principe de territorialité rappelées dans la décision ne trouvant pas application.

11. Le 28 août 2019, l'assurée a fait opposition à cette décision en invoquant la nécessité et l'urgence du traitement dentaire qu'elle avait subi le 12 avril 2019 en France, relevant qu'elle avait souffert de douleurs aiguës aux dents, qu'elle avait informé son assurance de l'accident immédiatement après celui-ci et lui avait remis le devis du Dr B_____ le 12 mars 2019 alors qu'elle avait reçu la réponse de son assurance du 10 avril 2019 qu'après le traitement. Compte tenu du silence de l'assurance, elle était en droit de penser qu'elle était autorisée à suivre ledit traitement en France.

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. Le litige porte sur le droit de la recourante à la prise en charge de soins prodigués en France par le Dr B_____, le 12 avril 2019, pour un montant de EUR 6'907.-. Le lien de causalité entre l'accident et les lésions dentaires ainsi que la nécessité du traitement ne sont pas contestés, seule la question du caractère urgent de la prise en charge à l'étranger est en cause.
3. Selon l'art. 1a al. 2 LAMal, l'assurance-maladie sociale alloue des prestations en cas d'accident, dans la mesure où aucune assurance-accidents n'en assume la prise en charge (let. b).
4. Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA).
5. Selon l'art. 31 al. 2 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts du traitement de lésions du système de la mastication causées par un accident selon l'art. 1 al. 2 let. b (actuellement art. 1a al. 2 let. b).
6. L'art. 34 al. 1 LAMal prévoit qu'au titre de l'assurance obligatoire des soins, les assureurs ne peuvent pas prendre en charge d'autres coûts que ceux des prestations prévues aux art. 25 à 33.
7. Selon l'art. 34 al. 2 LAMal, le Conseil fédéral peut décider de la prise en charge, par l'assurance obligatoire des soins, des coûts des prestations visées aux art. 25 al. 2 et 29 qui sont fournies à l'étranger, pour des raisons médicales ou dans le cadre de la coopération transfrontalière, à des assurés qui résident en Suisse. Se fondant

sur cette clause de délégation, le Conseil fédéral a édicté l'art. 36 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal - RS 832.102), intitulé « Prestations à l'étranger ».

8. À teneur de l'art. 36 al. 1 OAMal, le DFI désigne, après avoir consulté la commission compétente, les prestations prévues aux art. 25 al. 2 et 29 de la loi dont les coûts occasionnés à l'étranger sont pris en charge par l'assurance obligatoire des soins lorsqu'elles ne peuvent être fournies en Suisse.
9. Selon l'art. 36 al. 2 OAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge le coût des traitements effectués en cas d'urgence à l'étranger. Il y a urgence lorsque l'assuré, qui séjourne temporairement à l'étranger, a besoin d'un traitement médical et qu'un retour en Suisse n'est pas approprié. Il n'y a pas d'urgence lorsque l'assuré se rend à l'étranger dans le but de suivre ce traitement.
10. Comme le rappelle l'art. 36 al. 5 OAMal, les dispositions sur l'entraide internationale en matière de prestations demeurent réservées, en particulier l'Accord du 21 juin 1999 entre la Confédération suisse d'une part, et la Communauté européenne et ses États membres, d'autre part, sur la libre circulation des personnes (ALCP - RS 0.142.112.681), en vigueur depuis le 1^{er} juin 2002.
11. Par ce traité international, la Suisse s'est engagée à participer à la coordination des systèmes de sécurité sociale en vigueur dans les États membres de l'Union européenne (dont la Pologne), et à appliquer notamment, dans le domaine de l'assurance-maladie, le règlement n°883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1), complété par le règlement n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 (R 987/2009, RS 0.831.109.268.11) qui en fixe les modalités d'application, s'étant substitués depuis le 1^{er} avril 2012 respectivement au règlement n° 1408/71 du 14 juin 1971 et au règlement n° 574/72 du 21 mars 1972 en vertu de la décision n° 1/2012 du Comité mixte du 31 mars 2012.
12. Ces règles d'entraide permettent de déroger aux règles précitées du droit interne suisse (Stéphanie PERRENOUD, L'assurance-maladie, in Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Bettina KAHIL-WOLFF / Stéphanie PERRENOUD [éd.], Droit suisse de la sécurité sociale, vol. II, 3^{ème} éd., 2015, p. 1 ss, n. 377). Elles améliorent la prise en charge des soins octroyés à l'étranger; elles donnent accès aux soins, obtenus lors d'un séjour dans un État membre ou de façon planifiée, avec un remboursement intégral des frais engagés (Bettina KAHIL-WOLFF, La coordination européenne des systèmes de sécurité sociale, in Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Bettina KAHIL-WOLFF / Stéphanie PERRENOUD [éd.], Droit suisse de la sécurité sociale, op. cit., p. 591 sss, n. 31). Elles recouvrent deux hypothèses principales, à savoir le cas (visé par l'art. 19 R 883/2004) dans lequel l'assuré a besoin de prestations en nature (soins de santé) au cours d'un séjour dans l'autre État partie à l'ALCP - cas non

pertinent en l'espèce -, et le cas (visé par l'art. 20 dudit règlement) dans lequel l'assuré se déplace dans un autre État membre pour bénéficier de tels soins.

13. Aux termes de l'art. 20 par. 1 R 883/2004, à moins que ce règlement n'en dispose autrement, une personne assurée se rendant dans un autre État membre aux fins de bénéficier de prestations en nature pendant son séjour demande une autorisation à l'institution compétente.

L'institution compétente (soit l'assureur-maladie LAMal si l'État dans lequel la personne est assurée est la Suisse) doit accorder son autorisation lorsque les soins dont il s'agit figurent parmi les prestations prévues par la législation de l'État membre sur le territoire duquel réside l'intéressé et que ces soins ne peuvent lui être dispensés dans un délai acceptable sur le plan médical, compte tenu de son état actuel de santé et de l'évolution probable de la maladie (art. 20 par. 2 R 883/2004).

Lorsque les deux conditions mentionnées à l'art. 20 par. 2 R 883/2004 sont réalisées, l'autorisation (qui est délivrée au moyen de l'attestation S2) ne peut pas être refusée. Elle peut également être accordée à des conditions moins restrictives (CJCE, affaire C-56/01 Inizan, Rec. 2003, I-12403). Tel est le cas lorsqu'une disposition de droit national prévoit qu'un traitement à l'étranger est autorisé lorsque la prise en charge du cas y est meilleure d'un point de vue médical. Si une telle autorisation est accordée en vertu du droit national, elle est réputée correspondre à une autorisation au sens de l'art. 20 R 883/2004 (Silvia BUCHER, Hospitalisation im europäischen Ausland, in Thomas GÄCHTER [éd.], Ausserkantonale Hospitalisation : Eine Tür zu mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen ? p. 27 ad art. 22 par. 1 let. c R 1408/71).

14. En l'espèce, la recourante, assurée auprès de l'intimée, ne séjournait pas en France lors de l'accident mais en Suisse. Elle s'est rendue en France dans le but de faire établir un devis puis y est retournée pour y subir un traitement dentaire. Elle n'a pas dû subir ce traitement à l'étranger de manière subite et imprévue mais a choisi de consulter un dentiste en France quatre jours après sa chute et a sollicité un devis pour un traitement qu'elle a finalement subi le 14 avril 2019, soit plus d'un mois après l'accident à l'origine de l'atteinte à sa santé.

Au vu du dossier, le traitement dentaire effectué le 12 avril 2012 ne saurait être considéré comme découlant d'une urgence dès lors que le déplacement à l'étranger en vue d'y effectuer un traitement exclut précisément ce caractère.

Aucune raison médicale s'opposait à ce qu'elle consulte un dentiste en Suisse à la suite de son accident, ce que la recourante ne soutient au demeurant pas.

La recourante n'avait en outre pas obtenu l'autorisation de l'intimée de se faire soigner en France.

Elle n'aurait en toute hypothèse pas pu obtenir de l'intimée ladite autorisation dans la mesure où les soins en cause sont dispensés en Suisse dans la même mesure

qu'en France et auraient pu l'être dans un délai acceptable si la recourante s'était rendue chez un dentiste exerçant en Suisse.

En conséquence, les frais de traitement dentaire, en France, ne pouvant être mis à la charge d'un assureur-maladie suisse, faute d'urgence et de raisons médicales imposant de faire ledit traitement à l'étranger alors qu'il était disponible en Suisse.

15. La recourante invoque en outre sa bonne foi, dès lors qu'elle a annoncé son accident à son assurance, lui a fait parvenir le devis du dentiste du 18 mars 2019 et n'a reçu de réponse de l'intimée datée du 10 avril 2019 qu'après avoir subi le traitement le 12 avril 2019.
16. Le droit à la protection de la bonne foi, déduit de l'art. 4 aCst., est expressément consacré à l'art. 9 Cst. Selon la jurisprudence rendue sous l'ancien droit, qui est toujours valable (ATF 127 I 36 consid. 3a ; 126 II 387 consid. 3a ; RAMA 2000 n° KV 126 p. 223 ; n° KV 133 p. 291 consid. 2a ; n° KV 171 p. 281 consid. 3b), il permet au citoyen d'exiger que l'autorité respecte ses promesses et qu'elle évite de se contredire. Ainsi, un renseignement ou une décision erronés peuvent obliger l'administration à consentir à un administré un avantage contraire à la loi, si les conditions cumulatives suivantes sont réunies :
 1. l'autorité est intervenue dans une situation concrète à l'égard de personnes déterminées ;
 2. l'autorité a agi ou est censée avoir agi dans les limites de sa compétence ;
 3. l'administré n'a pas pu se rendre compte immédiatement de l'inexactitude du renseignement obtenu ;
 4. il s'est fondé sur ce renseignement pour prendre des dispositions qu'il ne saurait modifier sans subir un préjudice ;
 5. la loi n'a pas changé depuis le moment où le renseignement a été donné (ATF 121 V 66 consid. 2a et les références).
17. En l'occurrence, l'assurance n'est pas intervenue avant l'intervention et n'a pas donné d'assurance à l'assurée. L'assurée qui avait fait parvenir un devis à son assurance n'a cependant pas attendu de savoir si le traitement devisé serait pris en charge pour y procéder dans un délai de moins d'un mois. Elle ne peut pas dans ces conditions invoquer la protection de la bonne foi.
18. Eu égard à ce qui précède, la décision de l'intimée est fondée en tant qu'elle refuse la prise en charge des soins dentaires de la recourante.
19. Le recours sera rejeté.
20. La recourante, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGa).
21. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGa).

* * * * *

**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 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

La présidente

Marie NIERMARÉCHAL

Marine WYSSENBACH

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