

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/788/2011

ATAS/884/2011

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 27 septembre 2011

2^{ème} Chambre

En la cause

Madame C _____, domiciliée au PETIT-LANCY

recourante

contre

ASSURA, ASSURANCE MALADIE ET ACCIDENT, sise en
Budron A, MONT-SUR-LAUSANNE

intimée

Siégeant : Sabina MASCOTTO, Présidente; Christine BULLIARD et Evelyne BOUCHAARA, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame C _____ (ci-après l'assurée ou la recourante), née en 1934, est assurée depuis le 1^{er} janvier 2001 auprès de l'ASSURA (ci-après l'assurance ou l'intimée) au titre de l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal, avec une franchise annuelle de 500 fr., couverture des accidents inclus.
2. Le 4 novembre 2009, elle a été victime d'un accident de circulation. Selon le rapport de police établi le 19 novembre 2009 par la gendarmerie vaudoise, l'assurée, en reculant, a mordu un talus avec la roue arrière gauche de son véhicule, lequel a ensuite dévalé sur une pente d'environ 30 mètres avant de tomber sur une route communale. Finalement, le véhicule a fait un tonneau et s'est immobilisé sur le toit. L'assurée a dû être désincarcérée de son automobile par le Service de Défense incendie et de secours du Chablais.
3. L'accident a été déclaré à l'assurance le 26 novembre 2009.
4. Au mois de septembre 2009, l'assurée a adressé à l'assurance pour remboursement, la facture établie par le Service de défense incendie et de secours Chablais (le service de secours) suite à la désincarcération, dont les frais s'élèvent à 715 fr. 90.
5. Par courrier du 11 octobre 2010, l'assurance a refusé de prendre en charge les frais de désincarcérations, au motif qu'ils ne relèvent pas des obligations légales de l'assurance-maladie.
6. Par pli du 12 novembre 2010, l'assurée a réitéré sa demande de remboursement. Elle se fonde sur un courrier du 9 novembre 2010 de la SWICA, à laquelle elle est assurée à titre complémentaire. Selon la SWICA, les frais de désincarcération font partie des frais de sauvetage. Aussi, elle indemniserait l'assurée, après déduction des prestations de l'assurance obligatoire des soins, selon les conditions spéciales pour l'assurance maladie complémentaire, lesquelles prévoient une prise en charge du 90 % des frais (90 % de la somme de 357 fr. 95).
7. Le 7 décembre 2010, l'assurance a maintenu son refus, en précisant que conformément aux informations données oralement par Santésuisse, les frais de désincarcération ne doivent pas être considérés comme des frais de sauvetage.
8. Par courrier du 14 décembre 2010, l'assurée a demandé à l'assurance sur quelle base légale le refus était fondé. En tout état, elle conteste que les frais de désincarcération ne soient pas assimilés à des frais de sauvetage. Si l'assurance devait maintenir son refus, l'assurée demandait la notification d'une décision formelle.
9. Par décision du 27 décembre 2010, l'assurance a refusé la prise en charge des frais de désincarcération au motif qu'ils ne font pas partie des frais de sauvetage au sens

de l'art. 27 de l'ordonnance sur l'assurance de soins. Il s'agit en effet de frais techniques, qui ne relèvent pas des obligations des assureurs selon la LAMal.

10. L'assurée s'est opposée par écrit à cette décision le 13 janvier 2011. Elle maintient ses arguments et ajoute, pour le surplus, être étonnée que l'assurance s'appuie sur une prétendue directive vague et ancienne d'une société faïtière dont elle ne fait pas partie.
11. L'opposition a été rejetée par décision du 17 février 2011, pour les motifs déjà invoqués.
12. Par acte du 15 mars 2011, l'assurée saisit la Chambre des assurances sociales de la Cour de Justice d'un recours contre la décision sur opposition. Elle conclut à ce que l'assurance soit condamnée à prendre en charge les 50 % des frais de désincarcération, pour les motifs déjà invoqués.
13. Par mémoire de réponse du 8 avril 2011, l'intimée conclut au rejet du recours. Hormis les motifs déjà invoqués, l'intimée relève que seules les prestations en lien direct avec des soins médicaux sont allouées par la LAMal et ses dispositions d'exécutions. Ainsi, à l'inverse de la législation concernant l'assurance-accidents, il n'existe pas, en matière de prestations LAMal, de disposition étendant la notion de sauvetage à tous les actes "techniques" permettant de dégager la victime. Enfin, et contrairement aux services d'ambulances, les pompiers ne sont pas un service habilité à dispenser des prestations à charge de la LAMal, ce d'autant moins qu'il s'agit d'un service public, dont la collectivité assume le fonctionnement.
14. Invitée par la Cour à se déterminer et, cas échéant, joindre toute pièce utile, la recourante a, par pli du 21 avril 2011, persisté dans ses conclusions.
15. Par pli du 15 juin 2011, la Cour a interpellé le service de secours concernant les circonstances de son intervention le 4 novembre 2009.
16. Le service de secours a répondu le 21 juin 2011 qu'il a été alarmé via le 118 et qu'il a, dans ce cas-là, l'obligation légale de se rendre sur place. Dans le cas d'espèce, les blessés avaient été sortis de la voiture par le SDIS des Diablerets avant l'arrivée du service de secours, qui n'avait donc effectué aucun travail de désincarcération. Avaient été engagés dans l'opération: 1 officier, 4 sous-officiers et 4 sapeurs, à raison de 1,65 h chacun ainsi que 3 véhicules sur 38 km. Alarmés à 15 h 36, les hommes étaient de retour à la caserne à 17h15.
17. Lors de l'audience du 5 juillet 2011, l'assurance ne s'est pas présentée, s'étonnant par pli du 27 juin 2011 que la Cour refuse le report de l'audience en raison de l'absence pour vacances de la juriste en charge du dossier. L'assurée, présente, a déclaré que lors de l'accident du 4 novembre 2009, elle montait le chemin étroit et raide qui mène à son chalet, la voiture était nouvelle et elle n'y était pas habituée.

Elle a calé et elle n'a pas réussi à redémarrer. La voiture est partie en bas du talus, est tombée du haut d'un muret, a encore dévalé le talus suivant et s'est retrouvée sur le toit, sur la terrasse du chalet d'en-dessous.

Elle est restée accrochée à la ceinture de sécurité, la tête en bas, et elle avait de la peine à respirer. Son mari était en dehors de la voiture, à son souvenir. Elle a ensuite entendu quelqu'un dire « occupons-nous d'abord de lui ». Elle est incapable de dire combien de temps elle est restée ainsi et ne sait pas non plus comment ni par qui elle a été extraite de la voiture. Elle n'a pas non plus réalisé que son mari était emmené en hélicoptère et elle a elle-même été emmenée en ambulance. Si elle se souvient de cela, c'est en raison du fait qu'elle était nauséuse lors du trajet. C'est alors qu'elle a demandé où on l'emmenait et qu'elle a appris qu'elle se rendait à l'hôpital de Monthey.

Elle est restée hospitalisée à Monthey du mercredi au samedi, puis a été transférée aux HUG à Genève, où elle est restée jusqu'au lundi. Son mari y était également hospitalisé. L'accident a eu comme conséquences pour elle une clavicule cassée, une lésion à la rétine de l'œil gauche, ainsi que deux côtes cassées, ces dernières fractures n'ayant été décelées que bien plus tard. S'agissant de l'œil, elle voyait des lignes le lendemain de l'accident, un scanner a été effectué à Monthey, puis elle a été prise en charge par la clinique ophtalmologique des HUG à Genève.

Son voisin de chalet, qui a été témoin de l'accident, a pu dire que les secours avaient posé une minerve aux deux blessés. Le médecin des Diablerets, qui est intervenu en premier, a exigé que l'on ne manipule pas l'assurée. Personne n'a pu lui dire qui l'avait sortie de la voiture. Selon le voisin présent, il y avait beaucoup de monde sur place, soit différents services de secours qu'il ne parvient pas à différencier, l'ambulance qui a emmené le mari de l'assurée jusqu'à l'hélicoptère, celle destinée à l'assurée, ainsi qu'un médecin des Diablerets.

L'assurée a précisé qu'elle avait une assurance-casco complète pour sa voiture, mais qui a refusé de rembourser les frais de désincarcération au motif que c'était à la charge de l'assurance-maladie. Elle a par contre remboursé la voiture. Elle a une assurance complémentaire, auprès de la SWICA, qui a payé 90% du 50% de la facture et qui l'a invitée à contester la décision d'ASSURA.

L'assurée a produit quelques photographies des lieux de l'accident et de la voiture endommagée et copie du courrier de la SWICA du 9 novembre 2010.

18. Les photos produites montrent un talus très raide, un mur de près de 2 mètres de haut ainsi que la voiture, portière avant droite presque arrachée, renversée sur le toit et fortement inclinée vers l'avant, la voiture étant en équilibre sur le pare brise.
19. A l'issue de l'audience, le procès verbal ainsi que la pièce déposée par l'assurée ont été transmis à l'intimée, et un délai au 10 août 2011 a été imparti aux parties pour se déterminer, la cause étant ensuite gardée à juger.

20. Par pli du 27 juillet 2011, l'intimée a déclaré n'avoir pas de détermination complémentaire à faire valoir et s'en remettre à justice.
21. Suite à quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 4 et let. c de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, 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).

S'agissant d'un litige concernant le remboursement de frais de sauvetage au titre de la LAMal, la compétence de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Selon l'art. 1 al. 1 LAMal, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-maladie, à moins que la loi n'y déroge expressément. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 229 consid. 1.1 et les références). Les règles de procédure s'appliquent quant à elles sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b).

L'événement en question étant postérieur à l'entrée en vigueur de la LPGA, elle s'applique par conséquent au cas d'espèce.

3. Déposé dans les forme et délai prescrits par la loi, le recours est donc recevable (art. 56 ss LPGA).
4. Le litige porte sur la question de savoir si la recourante a droit, en tout ou partie, au remboursement des frais de désincarcération dont le montant s'élève à 715 fr. 90.
5. a) Selon l'art. 1a al. 2 LAMal, l'assurance-maladie sociale alloue des prestations en cas de maladie, d'accidents - dans la mesure où aucune assurance-accidents n'en assume la prise en charge - et de maternité. Est réputée maladie toute atteinte à la santé physique ou mentale qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou un traitement médical ou provoque une incapacité de travail (art. 3 al. 1 LPGA dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003). Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique ou mentale ou qui

entraîne la mort (art. 4 LPGA dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003). En matière d'assurance-maladie, l'entrée en vigueur de la LPGA n'a pas apporté de modification - si ce n'est d'ordre rédactionnel - au contenu des notions de maladie et d'accident, telles qu'elles étaient définies à l'ancien art. 2 LAMal, abrogé avec l'entrée en vigueur de la LPGA au 1er janvier 2003. La jurisprudence développée à leur propos jusqu'à ce jour peut ainsi être reprise et appliquée (ATF 130 V 344 consid. 2.2).

b) À teneur de l'art. 28 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge en cas d'accident les coûts des mêmes prestations qu'en cas de maladie au sens de l'art. 1 al. 2 let. b de la loi. Même s'il n'existe pas de convention tarifaire ou de tarif fixé par l'autorité compétente, les assurés n'ont pas à assumer des frais non couverts par l'assurance obligatoire des soins pour des prestations légales selon la LAMal, à l'exception de la participation aux coûts (ATF 131 V 133).

c) Aux termes de l'art. 25 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles (al. 1). Ces prestations comprennent une contribution aux frais de transport médicalement nécessaires ainsi qu'aux frais de sauvetage (al. 2 let. g). L'art. 33 let. g de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal ; RS 832.102) prévoit que le Département fédéral de l'intérieur (DFI) désigne, après avoir consulté la commission compétente, la contribution aux frais de transport et de sauvetage prévue à l'art. 25 al. 2 let. g de la loi; les transports médicalement nécessaires d'un hôpital à l'autre font partie du traitement hospitalier. Le DFI a fait usage de cette délégation aux art. 26 et 27 de l'ordonnance sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie du 29 septembre 1995 (OPAS ; RS 832.112.31). Il en ressort que l'assurance prend en charge 50 % des frais occasionnés par un transport médicalement indiqué pour permettre la dispensation des soins par un fournisseur de prestations admis, apte à traiter la maladie et qui fait partie des fournisseurs que l'assuré a le droit de choisir, lorsque l'état de santé du patient ne lui permet pas d'utiliser un autre moyen de transport public ou privé. Le montant maximum est de 500 francs par année civile (art. 26 al. 1 OPAS). Par ailleurs, l'assurance prend en charge 50 % des frais de sauvetage en Suisse. Le montant maximum est de 5000 francs par année civile (rt. 27 OPAS).

d) Dans le cadre de l'assurance-accident, les frais de voyage, de transport et de sauvetage sont remboursés, dans la mesure où ils sont nécessaires (art. 13 al. 1 de la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 [LAA ; RS 832.20]). Le Conseil fédéral, dans le cadre la délégation de compétence qui lui a été conférée, a retenu à l'art. 20 al. 1 1^{ère} phrase de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA ; RS 832.202) que les frais nécessaires de sauvetage et de dégagement, ainsi que les frais médicalement nécessaires de voyage et de transport sont remboursés. Selon la doctrine, dans le cadre de l'art. 13 LAA, les frais de

dégagement et de sauvetage sont indissociables l'un de l'autre, le dégagement précédant le sauvetage. Ces premières mesures sont indispensables pour que l'assuré bénéficie de toute autre prestation, raison pour laquelle elles ont été portées au nombre des prestations obligatoires (GHELEW/RAMELET/RITTER, Commentaire de la LAA, p. 80).

e) Dans un arrêt du 27 janvier 2009, le Tribunal fédéral s'est pour la première fois prononcé sur la question de savoir à quelles conditions une obligation de prendre en charge les frais de sauvetage de l'assuré existe (ATF 135 V 88, consid. 3.2). Ainsi, il a relevé qu'une telle obligation suppose en principe toujours la réalisation du risque assuré, tandis qu'un simple danger accru ne constitue pas, sous réserve des mesures de prévention (art. 26 LAMal), une maladie assurée ni - dans le cadre de la LAMal à titre subsidiaire - un accident au sens de la LAA. Notre Haute Cour précise que, dans deux jugements cantonaux, il a été dit que les frais de sauvetage doivent être pris en charge par l'assureur lorsqu'un danger sérieux existe. Toutefois, dans les deux cas relevés, la réponse à cette question n'avait pas été déterminante, puisque dans le premier il existait une suspicion fondée de blessure (JAB 2002 p. 421 consid. 3a/bb, 3b et 3c), tandis que dans le second la personne en danger avait effectivement eu besoin d'une aide de nature médicale (RVJ 2001 p. 108 consid. 2b et 2d). Dans la doctrine, le Tribunal fédéral constate que l'opinion d'après laquelle un danger sérieux est requis, est partagée par deux auteurs (MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 1985, p. 318; *le même*, Transport- und Rettungskosten in der Krankenversicherung und anderen Zweigen der Sozialversicherung, Mélanges en l'honneur de Jean-Louis Duc, 2001, p. 185 et EUGSTER, Krankenversicherung, in Soziale Sicherheit, SBVR vol. XIV, 1^{re} éd. 1998, p. 77 n. 151). Les autres opinions de doctrine sont nettement plus réservées, une obligation de prendre en charge les frais de sauvetage n'étant admise que si, à défaut d'une intervention, la survenance d'un accident, voire la réalisation d'une atteinte à la santé est inévitable ou certaine (MORGER, RSAS 1985 p. 246 s.; GHÉLEW/RAMELET/RITTER, op. cit., p. 80; MAESCHI, Kommentar zum Bundesgesetz über die Militärversicherung [MVG], 1999, p. 182 n° 18 ad art. 19 LAM; dans le même sens GEBHARD EUGSTER, Krankenversicherung, in Soziale Sicherheit, SBVR vol. XIV, 2^e éd. 2007, p. 536 n. 421 et 422) ou encore, étant même exclue aussi longtemps qu'une atteinte à la santé n'est pas survenue (SCHLAURI, Die Militärversicherung, in Soziale Sicherheit, SBVR vol. XIV, 2^e éd. 2007, p. 1093 s. n. 98). La pratique administrative (qui semble inspirée de l'art. 61 al. 1 de la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA ; RS 221.229.1), qui concerne l'obligation de sauvetage dans le cadre de la loi sur le contrat d'assurance, est un peu plus large, puisque la Commission ad hoc des sinistres LAA (Recommandation n° 1/94, révisée en 2002 et entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003) préconise le remboursement des frais de sauvetage pour un blessé qui ne peut pas se dégager ou pour un non-blessé ne pouvant pas se libérer lui-même d'une situation qui causerait sans aucun doute un dommage (p. ex. chute dans une crevasse). Le

Tribunal fédéral conclut qu'une interprétation extensive des conditions requises conduirait à prendre en charge des frais d'évacuation sans aucun rapport avec un événement accidentel et donc avec l'objet même de l'assurance. Il se justifie dès lors d'exiger en tout cas l'existence d'une certaine relation entre la situation dans laquelle se trouve la personne assurée et la notion d'accident pour que soient pris en charge des frais d'évacuation d'un non-blessé. Il faut, à tout le moins, qu'intervienne sur le corps de l'assuré un facteur extérieur extraordinaire susceptible de provoquer, après coup et indubitablement, une atteinte à la santé (chute, glissade). Tel n'est pas le cas d'une personne qui se trouve en difficulté en montagne à la suite d'une erreur d'orientation ou de la survenance de conditions météorologiques défavorables.

6. a) Selon le manuel de négociation (tarif 2011) établi par Santésuisse, la condition préalable à un sauvetage au sens de l'art. 27 OPAS est, qu'après une évaluation objective au moment de l'alerte, il apparaisse clairement que l'intervention de sauvetage peut permettre d'éviter le décès ou une grave détérioration de la santé de la personne à secourir. Sont considérées comme mesures de sauvetage celles qui visent à extraire de manière non planifiée une personne assurée d'une situation menaçant de manière grave et imminente sa santé ou sa vie, et à la transporter éventuellement en urgence jusqu'au lieu de traitement médical adapté le plus proche. Le but est de sauver la vie du patient ainsi que d'éviter que son état ne se détériore rapidement et massivement ou qu'il ne se retrouve rapidement en danger de mort. Le transport éventuel doit avoir lieu avec un moyen de transport adéquat, c'est-à-dire correspondant aux exigences médicales du cas. Le patient doit être transporté vers un fournisseur de prestations admis, apte à traiter la maladie et qui fait partie des fournisseurs que l'assuré a le droit de choisir (limité selon l'art. 41 al. 1 LAMal au lieu de résidence ou de travail de l'assuré, ou dans les environs, pour les traitements ambulatoires) conformément à la LAMal (critères d'économicité, d'efficacité et d'adéquation). Au moment de l'alerte, il faut partir du principe que la personne nécessite un traitement (c'est-à-dire qu'elle a déjà subi une atteinte à sa santé). Les coûts inhérents aux opérations de sauvetage ne sont pas dus lorsqu'il s'avère que l'intervention de l'entreprise de sauvetage a été demandée alors qu'il était clair que la personne était déjà décédée (dégagements et transport de cadavres). Les frais de recherche ne sont pas des prestations prises en charge par l'AOS.

b) Dans la pratique des autorités cantonales sanitaires romandes, les frais de dégagement, de voyage, de recherche ainsi que de transports du corps ne font pas l'objet de prestation identiques de la part des assureurs-maladie par rapport aux règles de la LAA. Ainsi, le Canton de Genève, soutenu par la Conférence romande des affaires sanitaires et sociales (CRASS), a saisi l'Assemblée fédérale en vue de modifier l'art. 25 al. 2 let. g de la LAMal dans les termes suivants: "les prestations comprennent les frais de transport médicalement nécessaires ainsi que les frais de sauvetage" (cf. proposition de résolution du Secrétariat du Grand Conseil du 25 août 2005, R501). Tant le Conseil des Etats que le Conseil National a rejeté

l'initiative genevoise. Le premier n'entend pas contraindre les assurances-maladie à rembourser de nouvelles prestations, car si le remboursement des prestations concernées est souhaitable, il n'est pas indispensable (cf. rapport de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du 21 août 2006). Le second au motif qu'il n'y a aucune raison de supprimer la différence existant en matière de prise en charge des frais de transport entre l'assurance-maladie (LAMal) et l'assurance-accidents (LAA), les transports de patients étant beaucoup plus rares dans le cadre de l'assurance-maladie que dans le cadre de l'assurance-accident. (cf. rapport de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du 9 novembre 2007). Il ressort, pour le surplus, de la lecture des débats devant l'Assemblée fédérale que les discussions ont principalement porté sur la question de l'intérêt de prévoir une prise en charge totale des coûts dans la LAMal, en lieu et place d'une participation, sans que la question de la prise en charge de frais de dégagements n'ait été abordée (cf. Bulletin officiel du Conseil national et du Conseil des Etats, session d'automne 2006 et de printemps 2008).

7. Selon l'art. 22 al. 1 et 2 de la loi vaudoise sur le service de défense contre l'incendie et de secours (LSDIS - RS 963.15), le Service de défense incendie et secours (SDIS) intervient en principe gratuitement. Toutefois, les communes ont le droit d'exiger le remboursement des frais occasionnés par les interventions effectuées suite à un sinistre résultant d'un délit intentionnel, d'un dol, d'une négligence grave, ou qui ont été occasionnés par un accident de la circulation ou impliquant un véhicule ou un autre moyen de transport ou encore par un feu de véhicule ou de tout autre moyen de transport.
8. S'agissant de l'interprétation de la loi, il faut en premier lieu se fonder sur la lettre de la disposition en cause (interprétation littérale). Si le texte de celle-ci n'est pas absolument clair, si plusieurs interprétations de son texte sont possibles, le juge recherchera la véritable portée de la norme en la dégageant de sa relation avec d'autres dispositions, de son contexte (interprétation systématique), du but poursuivi, singulièrement de l'intérêt protégé (interprétation téléologique), ainsi que de la volonté de son auteur telle qu'elle ressort notamment des travaux préparatoires (interprétation historique). Le sens que prend la disposition dans son contexte est également important (ATF 131 V 90 consid. 4.1 ; voir aussi ATF 130 II 71 consid. 4.2, 129 V 165 consid. 3.5).

Une véritable ou authentique lacune (lacune proprement dite) suppose que le législateur s'est abstenu de régler un point qu'il aurait dû régler et qu'aucune solution ne se dégage du texte ou de l'interprétation de la loi. Si le législateur a renoncé volontairement à codifier une situation qui n'appelait pas nécessairement une intervention de sa part, son inaction équivaut à un silence qualifié. Quant à la lacune improprement dite, elle se caractérise par le fait que la loi offre certes une réponse mais que celle-ci est insatisfaisante. D'après la jurisprudence, seule l'existence d'une lacune authentique appelle l'intervention du juge, tandis qu'il lui

est en principe interdit, selon la conception traditionnelle, de corriger les lacunes improprement dites, à moins que le fait d'invoquer le sens réputé déterminant de la norme ne soit constitutif d'un abus de droit, voire d'une violation de la Constitution (ATF 125 III 427 consid. 3a et les arrêts cités ; cf. aussi ATF 127 V 41 consid. 4b/cc et 124 V 348 consid. 3b/aa).

9. En l'espèce, il n'est pas contesté que l'assurée a été victime d'un accident pris en charge par l'intimée. Il ressort ensuite des explications de l'assurée - non contestées par l'intimée - et corroborées par le remboursement des frais de transport en ambulance (à raison de 50%), d'hospitalisation et de soins, que l'assurée a été blessée lors de l'accident et que son sauvetage était médicalement justifié, afin d'éviter une détérioration de son état de santé, compte tenu notamment des suspicions d'une atteinte vertébrale, ayant justifié la pose d'une minerve et les instructions du médecin se trouvant sur place de ne pas déplacer la blessée. D'ailleurs, l'intimée ne prétend pas que l'assurée ne remplit pas les conditions précisées par la jurisprudence pour admettre qu'un sauvetage était nécessaire, mais fait valoir que dans le cadre de la LAMal, cette notion n'inclut pas la désincarcération, ou en d'autres termes, le dégagement du blessé.

Il convient au préalable de rappeler que la distinction existant entre les prestations de la LAA et de la LAMal, qui limite la prise en charge à 50% des frais de transport et de sauvetage, ne laisse aucune place à interprétation et n'est pas une lacune de la loi, dès lors que le législateur a clairement confirmé sa volonté de maintenir cette distinction en rejetant l'initiative du canton de Genève de 2005. S'agissant surtout de différencier les prestations en cas de maladie et d'accident, le législateur n'a pas exposé les motifs qui justifieraient de traiter différemment un accidenté actif - soumis à la LAA - d'un accidenté retraité ou au foyer - soumis à la LAMal.

Il faut ensuite déterminer si la désincarcération du patient fait partie des frais de sauvetage au sens de l'art. 27 OPAS. Cette disposition, à la différence de l'art. 20 OLAA, ne mentionne pas expressément les frais de dégagement et ne définit pas ce qui doit être compris par frais de sauvetage.

Ainsi, le législateur n'a pas expressément réglementé cette question et rien n'indique qu'il a voulu exclure les frais de dégagement, cette question n'ayant au demeurant pas été discutée à l'occasion de l'initiative du canton de Genève de 2005. L'interprétation littérale et historique ne suffit donc pas à dégager le sens de la loi. Cela n'est d'ailleurs pas surprenant, dès lors que la LAMal concerne principalement les frais de maladie, cas de figure qui nécessite parfois un transport à l'hôpital, mais pas de dégagement. C'est d'ailleurs dans cette optique que le parlement a voulu maintenir une distinction entre les prestations en cas de maladie et en cas d'accident, sans se prononcer sur la prise en charge d'une désincarcération en cas d'accident relevant de la LAMal.

L'interprétation systématique et téléologique permet de dégager le sens de l'art. 27 OPAS. D'une part, l'examen de l'art. 27 OPAS à la lumière du texte clair de l'art. 20 OLAA milite en faveur de la prise en charge des frais de dégagement d'un blessé. D'autre part, le dégagement d'un blessé est le préalable indispensable à son sauvetage, puis à son transport à l'hôpital. D'ailleurs, les directives de Santésuisse relèvent que les mesures de sauvetages incluent celles qui visent à extraire de manière non planifiée une personne d'une situation menaçant de manière grave sa santé, selon l'évaluation objective au moment de l'alerte. Cela vise manifestement toutes les étapes d'un sauvetage, qui, à défaut d'extraire la personne de son véhicule (ou d'un bâtiment écroulé, etc.) ne peut pas avoir lieu.

A cet égard, l'intimée se borne à affirmer que son interprétation visant à exclure les frais de dégagement de la LAMal "lui a été confirmée à diverses reprises, notamment par Santésuisse, permettant d'établir des directives fixant l'étendue des prestations à charge des assureurs, qui n'ont pas été modifiées dans l'intervalle", sans produire ni directives, ni confirmation de Santésuisse, ni aucun avis de doctrine ou de jurisprudence soutenant son avis.

Dans le cas de l'assurée, il ne fait pas de doute que l'évaluation objective au moment de l'accident et de l'alerte donnée au service de secours par l'un des tiers présent, à savoir la chute d'une voiture d'un mur de plus de dix mètres avec un atterrissage sur le toit, un conducteur blessé et désorienté, coincé dans l'habitacle, tête en bas et arrimé à sa ceinture, justifiait l'appel des spécialistes de la désincarcération. Il n'est pas déterminant que, par la suite, les autres secouristes arrivés sur place plus tôt soient parvenus à dégager le blessé sans l'aide du service susmentionné. De plus, il est démontré que ce service facture ses prestations en cas d'accident de voiture.

Ainsi, les frais de désincarcération de l'assurée font partie intégrante de son sauvetage au sens de la LAMal et doivent donc être pris en charge par l'intimée à concurrence du pourcentage prévu par la loi.

10. Le recours, bien fondé, est donc admis, la décision du 17 février 2011 est annulée, et l'assurée a droit au remboursement du 50% de la facture de désincarcération de 715 fr. 90. La procédure est gratuite.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet et annule la décision du 17 février 2011.
3. Condamne l'intimée à prendre en charge 50% de la facture de 715 fr. 90.
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

La présidente

Irène PONCET

Sabina MASCOTTO

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