



**POUVOIR JUDICIAIRE
GERICHTSBEHÖRDEN**

ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

**Tribunal cantonal TC
Kantonsgericht KG**

Rue des Augustins 3, case postale 1654, 1701 Fribourg

T +41 26 304 15 00
tribunalcantonal@fr.ch
www.fr.ch/tc

608 2018 48

Arrêt du 1^{er} octobre 2018

II^e Cour des assurances sociales

Composition

Président:

Johannes Frölicher

Juges:

Daniela Kiener, Marc Sugnaux

Greffière:

Angelika Spiess

Parties

A. _____, recourante,

contre

B. _____ SA, autorité intimée

Objet

Assurance-maladie (prise en charge des coûts; réduction mammaire)

Recours du 21 février 2018 contre la décision sur opposition du 24 janvier 2018

considérant en fait

A. A. _____, née en 1956 et domiciliée à C. _____, est assurée auprès de B. _____ SA (ci-après: l'assureur-maladie) depuis le 1^{er} janvier 2008 pour l'assurance-maladie obligatoire.

B. Le 3 août 2017, le chirurgien plasticien de l'assurée a soumis à l'assureur-maladie une demande de prise en charge pour une intervention de chirurgie mammaire.

Suite à un premier refus informel, l'assureur-maladie a rendu le 5 septembre 2017 une décision formelle refusant la prise en charge de la réduction mammaire, pour l'essentiel au motif de l'adiposité de l'assurée.

Le 13 septembre 2017, l'assurée a fait opposition contre cette décision en relevant, en substance, que les douleurs dont elle souffre n'ont pas été pris en compte dans l'opposition.

Par décision sur opposition du 24 janvier 2018, l'assureur-maladie maintient le refus de la prise en charge de la réduction mammaire. Il le motive, notamment, par l'obésité morbide de l'assurée, se situant à un BMI de 40,76, d'une prise uniquement occasionnelle d'anti-inflammatoire malgré les douleurs évoquées et, en sus, l'absence d'examen radiologique permettant d'exclure d'autres causes pour les douleurs. Il souligne, en outre, qu'aucune mesure conservatrice pour l'hypertrophie mammaire n'a eu lieu.

C. Contre cette décision sur opposition, l'assurée interjette recours auprès du Tribunal cantonal le 21 février 2018. Elle allègue, en substance, que l'intervention de chirurgie mammaire est médicalement justifiée en raison de la réduction prévue de plus de 500 g par sein et des douleurs fréquentes, notamment au haut du dos, dans les épaules et de la face interne du bras droit.

Dans le cadre de sa réponse sur recours du 14 mai 2018, l'assureur-maladie conclut au rejet du recours et à la confirmation de sa décision sur opposition. A l'appui de sa position, il évoque essentiellement les éléments exposés lors de la décision sur opposition.

Lors de ses contre-observations du 14 juin 2018, la recourante campe sur ses positions.

Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné entre les parties.

Il sera fait état des arguments que ces dernières ont développés à l'appui de leurs conclusions dans les considérants en droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige.

en droit

1.

Le recours, interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière, est recevable, la recourante étant en outre

directement atteinte par la décision sur opposition querellée et ayant dès lors un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit, cas échéant, annulée ou modifiée.

2.

Conformément à l'art. 1a al. 2 lit. a de la loi du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal, RS 832.10), l'assurance-maladie sociale alloue des prestations en cas de maladie.

L'art. 3 al. 1 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par renvoi de l'art. 1 al. 1 LAMal, définit la maladie comme étant toute atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou un traitement médical ou provoque une incapacité de travail.

Selon l'art. 24 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations définies aux art. 25 à 31 LAMal en tenant compte des conditions des art. 32 à 34 LAMal. Selon l'art. 32 al. 1 LAMal, ces prestations doivent être efficaces, appropriées et économiques; l'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques.

2.1. Une prestation est efficace au sens de l'art. 32 al. 1 LAMal, lorsqu'on peut objectivement en attendre le résultat thérapeutique visé par le traitement de la maladie, à savoir la suppression la plus complète possible de l'atteinte à la santé somatique ou psychique. La question de son caractère approprié s'apprécie en fonction du bénéfice diagnostique ou thérapeutique de l'application dans le cas particulier, en tenant compte des risques qui y sont liés au regard du but thérapeutique. Le caractère approprié relève en principe de critères médicaux et se confond avec la question de l'indication médicale: lorsque cette dernière est clairement établie, le caractère approprié de la prestation l'est également. Ces critères doivent également s'appliquer lorsqu'il s'agit de déterminer sous l'angle de l'efficacité, laquelle de deux mesures médicales entrant alternativement en ligne de compte, doit être choisie au regard de la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins.

En ce qui concerne plus particulièrement le remboursement des frais d'une mammoplastie de réduction par l'assurance obligatoire des soins, la question se pose de savoir si des mesures conservatrices, singulièrement une physiothérapie en cas de douleurs au dos, constituent une possibilité de traitement alternatif et efficace. Si tel est le cas, il convient encore d'examiner laquelle des deux prestations est la plus appropriée.

2.2. La prise en charge par l'assurance obligatoire des soins d'une réduction mammaire en cas d'hypertrophie mammaire dépend – en plus des critères de l'efficacité, du caractère approprié et de l'économicité – de conditions spécifiques dégagées par la jurisprudence (cf. ATF 130 V 299 consid. 2; 121 V 215 consid. 4 et 6b; arrêts TF K 171/00 du 29 janvier 2001 consid. 2c; K 15/04 du 26 août 2004 consid. 2.1; K 147/05 du 7 août 2006 consid. 2.2, 2.3 et 6.1 et les références):

L'opération de réduction du sein constitue une prestation à la charge des caisses-maladie si l'hypertrophie mammaire est à l'origine de troubles physiques ou psychiques ayant eux-mêmes valeur de maladie au sens juridique et que le but de l'intervention est d'éliminer ces atteintes secondaires qui constituent la cause de la maladie même. La présence de troubles pathologiques n'est pas en soi déterminante, mais bien le point de savoir si les troubles sont importants et si d'autres raisons, en particulier d'ordre esthétique, peuvent être écartées. A cet égard, il faut, mais il suffit, que tant le trouble que son lien de causalité (naturelle) avec l'hypertrophie mammaire soient établis au degré de la preuve usuel en droit des assurances sociales, soit celui de la

vraisemblance prépondérante; une simple possibilité n'est pas suffisante, mais d'un autre côté, un lien au sens strict scientifique n'est pas nécessaire.

Une indication médicale à une intervention est admise et l'exigence de son caractère approprié est satisfaite dès lors qu'une réduction de poids d'environ 500 g ou plus de chaque côté est, respectivement, envisagée ou exécutée, que l'assurée souffre de douleurs dues à l'hypertrophie, et qu'elle ne présente pas d'adiposité, le critère déterminant étant l'existence d'un lien de causalité entre l'hypertrophie et les troubles physiques ou psychiques. Une personne présente une surcharge pondérale (adiposité) lorsque son IMC, soit le quotient du poids corporel (kg) et de la taille au carré (m²), est supérieur à 25. Ces deux valeurs limites (500 g; IMC 25) n'ont cependant qu'une valeur indicative et il y a lieu d'apprécier l'ensemble de la situation. Toutefois, s'agissant de la première, si cette limite n'est de loin pas atteinte, ce n'est qu'en présence de circonstances tout à fait particulières que l'on peut admettre que les troubles physiques ou psychiques revêtent le caractère de maladie et qu'ils sont dus à l'hypertrophie mammaire; et, pour la seconde, l'on retiendra que plus l'IMC élevé, plus le lien de causalité entre les plaintes alléguées et cette hypertrophie apparaîtra douteux.

2.3. La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPG) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPG). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références).

3.

Est litigieuse, en l'espèce, la question de savoir si l'assureur-maladie doit prendre en charge les coûts d'une réduction mammaire dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins.

3.1. Afin de pouvoir trancher cette question, il sied d'examiner d'abord les pièces médicales produites par les parties.

Le 3 août 2017, le Dr D. _____, chirurgien plasticien, a adressé au médecin conseil de l'assureur-maladie une demande de prise en charge pour intervention de chirurgie mammaire concernant l'assurée. Il en ressort, pour l'essentiel, ce qui suit: "*A. _____ est en obésité morbide avec un poids de 122 kg pour 163 cm, soit un BMI à 40,76 kg/m². La patiente ne présente toutefois aucun problème de santé lié à son surpoids, elle ne prend que des anti-inflammatoires occasionnellement. Bien que l'hypertrophie mammaire soit de longue date, la patiente n'a pas été beaucoup gênée jusqu'à dernièrement. L'accentuation progressive de la ptôse est probablement responsable des symptômes qu'elle décrit et qui sont donc apparus tardivement. Elle présente ainsi des douleurs aux épaules pour lesquelles elle a bénéficié de physiothérapie l'année dernière mais sans que cela ait permis d'obtenir des résultats favorables. A. _____ présente également des difficultés avec la mobilité de ses bras en raison de son imposante poitrine qu'elle doit littéralement poser sur la table quand elle s'assied en raison du poids.*

L'examen clinique met en évidence une distance sterno-mamelonnaire de 35 cm à droite, 34,5 cm à gauche et des seins très volumineux et lourds à sous-peser. Une résection largement au delà des 500 gr par côté serait effectuée si on opère la patiente. Il est évident que la patiente bénéficierait d'une réduction mammaire drastique qui permettrait de diminuer non seulement l'excédent cutané qui cause la ptôse, mais également la masse des seins. Le moment de force exercé sur les épaules en serait ainsi fortement réduit et je ne doute pas que les douleurs aux épaules seraient fortement améliorées. Au vu de l'âge de la patiente au moment de la demande, je n'imagine pas une raison cosmétique à la demande, mais bien un désir d'amélioration de la qualité de vie" (pièce 3 de la réponse sur recours).

Soumis au médecin conseil de l'assureur-maladie à plusieurs reprises, ce dernier considère dans son appréciation du 17 janvier 2018 ce qui suit: "A. _____ ne satisfait pas à tous les points mentionnés, spécifiquement en matière d'adiposité. En sus, l'étude du dossier relate qu'un traitement conservateur suivi (physiothérapie, ostéopathie, médecin rhumatologue) fait défaut. Seules 9 séances de physiothérapie en 2016 ont été effectuées (épaule droite). Les douleurs de la face interne du bras droit ne peuvent pas être imputées au seul fait de l'hypertrophie mammaire. Il n'est pas établi que les anti-inflammatoires prescrits, de manière occasionnelle, sont utilisés aux seules fins de traiter les douleurs du bras droit". Dès lors, il conclut au refus de prise en charge, notamment au vu du BMI de 40.76 et en absence d'un état pathologique en lien avec une hypertrophie mammaire (pièce 12 de la réponse sur recours).

3.2. Au vu de ces éléments, la Cour de céans retient ce qui suit:

Il n'est pas contesté que l'assurée présente une hypertrophie mammaire, ce qui ressort par ailleurs des pièces médicales.

Il convient d'examiner si les douleurs au dos, aux épaules et à la face interne du bras droit, dont se plaint la recourante, apparaissent, au degré de la vraisemblance prépondérante, avoir valeur de maladie et être causées par l'hypertrophie mammaire.

Or, d'une part, il ressort des pièces médicales que les douleurs ne semblent pas très intenses; en effet, la recourante n'a pris des antalgiques que de manière occasionnelle, et ne semble pas avoir consulté de spécialiste pour tenter d'établir la cause des douleurs – du moins ne produit-elle aucun rapport médical qui l'établirait.

D'autre part, en absence d'examen spécifique, notamment par imagerie, on ne peut exclure que les douleurs trouvent leur origine dans d'autres atteintes. Ainsi, une périarthrite de l'épaule droite a-t-elle nécessité une physiothérapie en 2016. Surtout, en présence d'un BMI de 40,76 kg/m², dépassant largement le seuil d'un BMI de 25, le lien de causalité entre les douleurs et l'hypertrophie mammaire apparaît plus que douteux. Il s'ensuit que le bénéfice thérapeutique d'une réduction mammaire pour les douleurs n'est pas certain.

Enfin, la recourante ne démontre pas avoir suivi un traitement conservateur, en particulier de la physiothérapie, pour remédier aux douleurs ainsi que pour améliorer la mobilité des bras. Comme on l'a vu, la physiothérapie en 2016 était en lien avec un problème de l'épaule droite uniquement. Dès lors, même si les autres critères pour une mammoplastie étaient en l'état remplis – ce qu'ils ne le sont pas en l'occurrence – sa prise en charge dépendrait encore du succès d'un traitement alternatif jugé équivalent.

4.

Au vu de tout ce qui précède, les conditions d'une prise en charge des coûts de la réduction mammaire par l'assurance obligatoire des soins ne sont pas remplies.

Partant, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

5.

La matière étant régie par le principe de gratuité, il n'est pas perçu des frais de justice.

Il ne sera pas alloué de dépens.

la Cour arrête:

I. Le recours est rejeté.

Partant, la décision sur opposition de B. _____ SA du 24 janvier 2018 est confirmée.

II. Il n'est pas perçu des frais de justice.

III. Il n'est pas alloué de dépens.

IV. Notification.

Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizehofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite.

Fribourg, le 1^{er} octobre 2018/asp

Le Président:

La Greffière: