

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1693/2019

ATAS/877/2019

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 26 septembre 2019

5^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à CHOULEX

recourante

contre

ASSURA-BASIS SA, MONT-SUR-LAUSANNE

intimée

**Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Toni KERELEZOV et Monique STOLLER
FÜLLEMANN, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A_____, née le _____ 1953, est affiliée pour l'assurance obligatoire des soins à Assura-Basis SA (ci-après : l'assurance) depuis le 1^{er} janvier 2001.
2. Le 11 janvier 2018, elle a subi une imagerie par résonance magnétique (IRM) mammaire sur prescription médicale de son gynécologue, le docteur B_____. La facture y relative s'est élevée à CHF 887.65.
3. Le 25 janvier 2019, le Dr B_____ a répondu à une demande de renseignement de l'assurance et a indiqué que l'assurée était porteuse d'une mutation génétique BRCA1 et que deux de ses sœurs avaient été atteintes d'un cancer du sein.
4. Par courrier du 7 février 2019, l'assurance a répondu au Dr B_____ que les conditions requises pour la prise en charge de l'IRM mammaire n'était pas remplies, raison pour laquelle elle refusait de la rembourser. Une copie de ce courrier était adressée à l'assurée.
5. Dans son décompte de prestations du 8 février 2019, l'assurance a confirmé le refus de remboursement.
6. Par courrier du 11 février 2019, l'assurée a contesté que l'examen en cause n'était pas à la charge de l'assurance obligatoire des soins et a invité l'assurance à rendre une décision formelle.
7. Par décision du 27 février 2019, l'assurance a confirmé le refus de prester. Selon les dispositions légales, une IRM mammaire était en principe à la charge de l'assurance obligatoire des soins pour les femmes présentant un risque modéré ou élevé de cancer du sein en raison d'antécédents familiaux ou d'antécédents personnels comparables. Toutefois, conformément au document de référence de l'Office fédéral de la santé public (ci-après : OFSP) « Schéma de surveillance » (état 2/2015), les conditions requises pour la prise en charge d'une IRM préventive n'étaient données, en cas de mutation du gène BRCA1/2, que jusqu'à 59 ans. Or, la recourante avait au moment de l'examen 64 ans.
8. Par acte du 4 mars 2019, l'assurée a formé opposition à cette décision. S'il était vrai que le risque du cancer était plus important pour les femmes entre 30 et 40 ans, il demeurait néanmoins très élevé jusqu'à plus de 70 ans, selon la doctrine médicale. Une étude récente avait démontré que la présence d'un cancer du sein et de l'ovaire chez les parents du premier et du second degré augmentait encore le risque. Les descendants d'un porteur de la mutation BRCA1 avaient 50 % de risque d'être eux-mêmes porteurs de ce gène défectueux. Dans sa fratrie de quatre filles, tous les tests s'étaient révélés positifs. Deux de ses sœurs avaient souffert d'un cancer du sein et une troisième d'un cancer de l'ovaire dont elle était décédée en 2016. En 2012, une de ses tantes était également décédée après un cancer des ovaires. Cela étant, elle a invité l'assurance à reconsidérer sa décision.
9. L'assurée a annexé à son opposition un avis médical du 19 octobre 2015 des docteurs C_____ et D_____, ainsi que de Madame E_____, conseillère en

génétique. Il est relevé dans l'anamnèse que deux des sœurs de l'assurée avaient présenté des cancers du sein à 44 et à 50 ans et une troisième sœur un cancer de l'ovaire à 55 ans. Son père avait développé un cancer cutané à 65 ans et une demi-sœur de celui-ci un cancer de l'ovaire à environ 60 ans. Environ 20% des cancers du sein survenant dans la population générale étaient diagnostiqués avant l'âge de 50 ans. Environ 3 à 5 % des cancers du sein et 10 % des cancers de l'ovaire pouvaient être attribués à des gènes de susceptibilité qui étaient héréditaires. Les mutations dans le gène BRCA1 conféraient un risque compris entre 55 et 85 % de développer un cancer du sein dans sa vie et entre 25 et 50 % de développer un cancer de l'ovaire. Les femmes portant une altération dans le gène BRCA2 développaient souvent un cancer après l'âge de 50 ans. En cas de mutation du gène BRCA1, une IRM mammaire était notamment conseillée une fois par an, ce qui n'était cependant pas reconnu comme examen de surveillance standard pour le cancer du sein. Toutefois, plusieurs études avaient démontré une sensibilité de cet examen supérieure à la mammographie chez les femmes à haut risque de développer un cancer du sein, dès lors que les performances de la mammographie étaient limitées chez les femmes jeunes (avant 50 ans) en raison des caractéristiques radiologiques des tumeurs liées aux mutations des gènes BRCA1 ou BRCA2.

10. Par décision du 2 avril 2019, l'assurance a rejeté l'opposition. Se référant au schéma de surveillance de l'OFSP, elle a considéré que les conditions légales pour le remboursement d'une IRM mammaire n'étaient pas remplies à partir de 60 ans, même en cas de risque fortement accru en raison de la mutation du gène BRCA1. En vertu du principe de l'égalité de traitement, elle ne pouvait s'écarter des dispositions légales.
11. Par acte posté le 3 mai 2019, l'assurée a recouru contre cette décision, en concluant implicitement à son annulation et au remboursement de l'IRM mammaire du 11 janvier 2018. Elle a relevé que cet examen lui avait été prescrit par son gynécologue. Il y avait par ailleurs lieu de tenir compte de ce que les situations étaient différentes, ce qui autorisait l'assurance à ne pas tenir compte du schéma de surveillance. Cela était également conforme au principe de l'égalité de traitement invoqué par l'assurance. Par ailleurs, l'IRM mammaire était efficace, appropriée et économique. Au vu de la mutation du gène BRCA1, elle avait en outre subi une annexectomie prophylactique qui avait été prise en charge par l'assurance-maladie et essayait de vivre le plus sainement possible. Pour la prévention du cancer du sein, une mastectomie lui avait été proposée par l'intimée. Toutefois, il s'agissait d'une intervention chirurgicale lourde et invasive, alors qu'une mesure de surveillance plus légère et moins chère existait, en la forme de l'IRM.
12. A l'appui de son recours, la recourante a produit le courrier du Dr C_____ et de la Dresse D_____ du 12 avril 2019 recommandant à l'intimée la prise en charge du coût d'une surveillance mammaire par IRM. Ces médecins ont motivé leur demande par le fait que la recourante présentait un très haut risque de développer un cancer du sein. Dans la littérature, le risque de cancer mammaire associé à une

modification génétique du gène BRCA1 était de l'ordre de 45-75 % sur l'ensemble de la vie et, dans la situation personnelle et familiale de la recourante, ce risque était estimé à 30 % dans le modèle BOADICEA entre 67 et 80 ans. Une surveillance annuelle par IRM mammaire dans ce contexte et même après l'âge de 60 ans, était préconisée par les principales sociétés médicales européennes et nord-américaines de génétique et de sénologie, en raison du risque calculé par le modèle BOADICEA entre 67 et 80 ans.

13. Par courrier du 29 avril 2019 à l'assurance, le Dr B_____ a relevé que les radiologues avaient recommandé, lors de l'examen mammo-échographique du 7 avril 2017, une IRM mammaire annuelle, intercalée avec le contrôle mammographique et échographique tous les six mois. Lors de l'IRM mammaire du 11 janvier 2018, les radiologues avaient préconisé à nouveau « une poursuite du suivi radiologique avec prochaine IRM dans une année ». Dans ces conditions, il avait été difficile à ce gynécologue de ne pas aller dans le sens des recommandations radiologiques, compte tenu du risque médico-légal chez une patiente qui présentait un haut risque de cancer mammaire. Il aurait été plus judicieux que l'assurance prît encore en charge l'IRM de janvier 2018 et avertît l'assurée qu'elle ne remboursera plus les examens IRM ultérieurs. De la sorte, l'assurance aurait pris officiellement la responsabilité d'un suivi radiologique plus minimaliste.
14. Dans sa réponse du 4 juin 2019, l'intimée a conclu au rejet du recours, en se fondant en particulier sur le schéma de surveillance de l'OFSP, selon lequel une IRM mammaire n'était plus remboursée après 59 ans à titre préventif. Quant au courrier des Drs C_____ et D_____, ainsi que du Dr B_____, l'intimée ne pouvait en tenir compte, dès lors qu'elle devait se conformer à la loi, laquelle ne prévoyait pas le remboursement de la prestation en cause à l'âge de la recourante.
15. La recourante ayant renoncé à son droit de réplique, 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 en l'occurrence la question de savoir si la recourante a droit au remboursement de l'IRM mammaire pratiquée le 11 janvier 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 de 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).

6. La recourante soutient en substance que la non-prise en compte des antécédents de cancers dans la famille d'un assuré, pour l'examen du droit à une IRM mammaire, en se fondant sur le seul critère de l'âge, est de nature à créer une inégalité de traitement entre assurées.
7. Le juge examine en principe librement la légalité des dispositions d'application prises par le Conseil fédéral. Les dispositions adoptées par le DFI n'échappent pas au contrôle du juge, sous l'angle de leur légalité et de leur constitutionnalité. Lorsqu'il se prononce sur une ordonnance du Conseil fédéral fondée sur une délégation du Parlement (ou sur une ordonnance d'un département fédéral en cas de sous-délégation du Conseil fédéral), le Tribunal fédéral des assurances doit se borner à examiner si les dispositions incriminées sortent manifestement du cadre de la délégation de compétence donnée par le législateur à l'autorité exécutive ou si, pour d'autres motifs, elles sont contraires à la loi ou à la Constitution. Dans l'examen auquel il procède, le juge ne doit toutefois pas substituer sa propre appréciation à celle de l'autorité dont émane la réglementation en cause (ATF 125 V 21 consid. 6a et les références).

Dans le cadre de ce contrôle, le juge est en principe habilité à examiner le contenu d'une liste de maladies à prendre en considération ou de prestations. Néanmoins, il s'impose une grande retenue dans cet examen. D'une part, il ne dispose pas des connaissances nécessaires pour se faire une opinion sur la question sans recourir à l'avis d'experts. D'autre part, l'ordonnance, souvent révisée, peut être corrigée à bref délai par le DFI. En revanche, le tribunal revoit librement une disposition de l'ordonnance lorsqu'il apparaît que les commissions des spécialistes - dont les avis

sont à la base d'une décision du DFI - se fondent non sur des considérations médicales, mais sur des appréciations générales ou de nature juridique (ATF 142 V 249 consid. 4.3 et les références).

8. Une norme réglementaire viole le principe de l'égalité de traitement consacré à l'art. 8 al. 1 de la constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. – RS 101) lorsqu'elle n'est pas fondée sur des motifs sérieux et objectifs, qu'elle est dépourvue de sens et d'utilité, qu'elle opère des distinctions juridiques que ne justifient pas les faits à réglementer ou qu'elle omet, au contraire, des distinctions juridiques que la diversité des circonstances en présence rend indispensables (ATF 128 v 102 consid. 6a ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 566/03 du 1^{er} juin 2004 consid. 4.4 et les références). En d'autres termes, le droit à l'égalité de traitement postule que les situations de fait semblables soient assujetties à des règles de droit semblables, et les situations de fait dissemblables à des règles de droit dissemblables (ATF 131 V 107 consid. 3.4.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_647/2007 du 22 juillet 2008 consid. 3.2).
9. Par arrêt du 17 juin 2019 (ATAS/563/2019), la chambre de céans a jugé qu'il n'était pas contraire au principe de l'égalité de traitement de prendre en considération l'âge de l'assurée pour le droit à une mammographie.
10. a. En l'espèce, il résulte du « schéma de surveillance » (état de février 2015) qu'en cas de mutation du gène BRCA1 ou BRCA2, seule une mammographie annuelle effectuée à titre préventif est à la charge de l'assurance obligatoire des soins, pour la tranche d'âge entre 60 et 69 ans. Ce document de référence fait partie intégrante, avec le document « Evaluation du risque », de l'art. 12d al. 1 let. d OPAS. Partant, au vu de cette disposition, il n'y a pas de droit au remboursement d'une IRM mammaire pour une femme de l'âge de la recourante, à savoir de 64 ans au moment de l'examen.

b. Comme exposé dans l'ATAS/563/2019, 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).

Certes, aucune distinction en fonction de l'âge des assurés ne peut être trouvée dans la LAMal (Gabrielle STEFFEN, Droit aux soins et rationnement, Approche d'une définition des soins nécessaires, 2002, p. 277). Toutefois, la question de l'âge peut entrer en ligne de compte dans l'évaluation du caractère efficace d'une prestation, à condition qu'elle repose sur des critères médicaux. À cette fin, il faut pouvoir se

référer à des données médicales largement admises. Une distinction valable relative à l'âge doit se fonder sur un motif d'ordre clinique convaincant qui constituerait une justification objective et raisonnable ; il n'appartient pas au juge ou aux caisses-maladies de se livrer à des conjectures à cet égard (ATF 142 V 249 consid. 6.2.1 et les références).

Or, en l'occurrence, l'art. 12d al. 1 let. d OPAS fixe, depuis le 15 juillet 2015, un âge pour la prise en charge d'une 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.

Dans ces circonstances, la fixation de l'âge ne contrevient pas au principe de l'égalité de traitement, même en cas d'antécédents de cancer dans la famille. En posant l'exigence d'un âge dans une règle de droit, l'ordonnance concrétise simplement dans le texte légal pertinent les critères légaux du caractère efficace, approprié et économique de la prestation en cause (art. 32 LAMal ; cf. ATF 136 I 121 consid. 5.3).

11. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté.
12. La procédure est gratuite.

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

Diana ZIERI

Maya CRAMER

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