RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1969/2004 **ATAS/283/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 2

du 21 mars 2006

En la cause

Madame D_____, comparant par Maître Karin BAERTSCHI en l'étude de laquelle elle fait élection de domicile	recourante

contre

LA CAISSE VAUDOISE ASSURANCE MALADIE ET ACCIDENTS, sise rue du Nord 5, à Martigny	intimée

Siégeant : Madame Isabelle DUBOIS, Présidente; Mesdames Juliana BALDE et Maya CRAMER, juges

EN FAIT

1. Madame D_____ est assurée auprès de la Caisse Vaudoise, Groupe Mutuel (ci-après la caisse-maladie) depuis le 1er janvier 2002 pour l'assurance obligatoire des soins, selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), avec une franchise de 230 fr. (300 fr. depuis le 1er janvier 2004). Elle est assurée auprès de la même assurance pour risques spéciaux, selon la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA).

2. Par courrier du 8 avril 2002, le Dr A_____ des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après les HUG), département de chirurgie, clinique et policlinique de chirurgie digestive, a demandé au Dr B_____, médecin-conseil de la caisse-maladie, de se prononcer sur le principe de la prise en charge d'une intervention du type bypass gastrique pour l'assurée. En effet, il avait vu cette patiente à plusieurs reprises en vue d'une éventuelle chirurgie de l'obésité. Avec 90,5 kilos pour 1,50 mètres, elle présentait un BMI à 40 kg/m2. Cette obésité était compliquée de maladies dégénératives des articulations, de lombalgies sévères, de douleurs des pieds et des genoux, nécessitant souvent la prise d'AINS. Elle était traitée depuis 1998 par le Dr C_____ et suivait actuellement une thérapie cognitivo-comportementale.

3. Par courrier du 26 avril 2002 au Dr A_____, la caisse-maladie a annoncé prendre en charge l'opération.

4. L'assurée a subi l'opération prévue en novembre 2002 et a perdu dans les mois qui ont suivi 40 kilos.

5. Par courrier du 31 octobre 2003, le Dr E_____ des HUG, service de chirurgie réparatrice, unité de chirurgie plastique et reconstructive, a demandé au médecin-conseil de la caisse-maladie de prendre en charge une chirurgie de redrapage cutané ainsi qu'une mastopexie, comprenant éventuellement la mise en place de prothèses mammaires bilatérales. La patiente pesait actuellement 53 kilos pour 150 cm et son poids était stable depuis plusieurs mois. Elle présentait une ptose mammaire importante et un tablier cutané abdominal. L'assurée ne pensait à l'heure actuelle pas pouvoir se montrer déshabillée devant d'autres personnes et son histoire avait été compliquée par un divorce en septembre 2003, "son mari ne supportant plus le changement chez sa femme sur le plan cutané avec la ptose marquée au niveau mammaire et abdominal". La patiente était également suivie par un psychiatre.

6. Par courrier du 7 novembre 2003, le Dr F_____ des HUG, département de psychiatrie, s'est adressé à la caisse-maladie, l'informant que l'assurée bénéficiait d'un traitement au Centre de thérapie brève depuis le 13 octobre 2003. En raison d'une perte de poids importante depuis une année, suite à une opération digestive, cette dernière se trouvait confrontée à une image corporelle altérée et souhaitait

bénéficier d'une chirurgie plastique et reconstructive au niveau des seins et du ventre. Les entretiens effectués, tant avec lui-même qu'avec une psychomotricienne, avaient mis en évidence une réelle souffrance psychologique, en adéquation avec la situation clinique. Dans ce contexte, une opération plastique et reconstructive pourrait très certainement améliorer l'état psychologique de la patiente.

7. Par courrier du 21 novembre 2003, la caisse-maladie a informé le Dr E_____ que le traitement envisagé ne relevait pas des prestations générales en cas de maladie décrites à l'art. 25 LAMal. Dès lors, elle ne prendrait pas en charge cette intervention.

8. Par courrier du 20 janvier 2004 au médecin-conseil de la caisse-maladie, le Dr G_____, spécialiste en rhumatologie et médecin traitant, a relevé que sa patiente avait toujours été fragile d'un point de vue psychologique et qu'elle souffrait d'un trouble dépressif récurrent. Selon le département de psychiatrie, il s'agissait actuellement d'un épisode sévère. L'assurée ne supportait plus l'état actuel de son corps et risquait, si une intervention n'était pas entreprise pour lui recréer une poitrine, une péjoration grave de son état psychologique.

9. Par courrier du 3 février 2004, la caisse-maladie a répondu au Dr G_____ qu'elle maintenait sa décision de refus de prise en charge de l'opération envisagée.

10. Par courrier du 17 juin 2004, l'assurée a sollicité de sa caisse-maladie la prise en charge de l'opération de redrapage et de mastopexie. En effet, ayant remboursé l'opération de bypass en 2002, l'assurance était également tenue de prendre en charge la nouvelle intervention envisagée, rendue nécessaire sur le plan médical par la perte de poids découlant directement de l'opération effectuée en 2002.

11. Par courrier du 24 juin 2004, la caisse-maladie a informé son assurée qu'elle maintenait son refus de prise en charge, au motif que les interventions esthétiques après une cure d'amaigrissement remboursée par l'assurance ne constituaient pas une prestation légale obligatoire.

12. Par courrier du 28 juin 2004, l'assurée a sollicité de la caisse-maladie une décision sujette à recours.

13. Par décision du 30 juillet 2004, la caisse-maladie a refusé la prise en charge de l'opération envisagée.

14. Par courrier du 12 août 2004, l'assurée a formé opposition à cette décision, sollicitant le remboursement de l'intervention de chirurgie plastique et reconstructive envisagée au niveau des seins et du ventre. En effet, il ne s'agissait pas en l'occurrence d'une cure d'amaigrissement, mais d'une opération chirurgicale préconisée sur le plan médical, ayant entraîné une perte de poids, ainsi que la

disparition quasi complète de ses seins, disparition assimilable à une amputation. L'art. 1 de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS) précisait que les interventions esthétiques étaient prises en charge si elles visaient à rétablir l'intégrité physique et psychique du patient après une amputation médicalement indiquée. Selon le Tribunal fédéral des assurances (ci-après le TFA), l'opération de chirurgie esthétique n'était remboursée que si elle pouvait remédier aux altérations externes dues à la maladie. Or, l'opération préconisée correspondait manifestement à cette définition et l'absence d'intervention pouvait laisser craindre une péjoration grave de l'état psychologique de l'assurée. Il ne s'agissait ainsi ni d'un défaut purement esthétique, ni d'un défaut consécutif à une cure d'amincissement, mais de rétablir l'intégrité physique et psychique de l'assurée.

15. Par décision du 24 août 2004, la caisse-maladie a rejeté l'opposition de l'assurée. Selon elle, le seul fait que l'opération de bypass gastrique effectuée en octobre 2002 remplissait les conditions de prise en charge selon la LAMal ne donnait pas automatiquement droit aux prestations de futurs redrapages cutanés ou de mastopexies. De surcroît, le TFA avait précisé en 1985 qu'une intervention esthétique après une cure d'amaigrissement prise en charge par l'assurance ne constituait pas une prestation légale obligatoire. Or, la perte de poids, conséquence voulue et normale de l'intervention d'octobre 2002, devait être assimilée à une cure d'amaigrissement. L'opération prévue n'était ainsi pas la conséquence d'une maladie, mais bien celle de l'intervention précédente. De surcroît, il ne s'agissait nullement dans le cas présent d'une amputation et les indications contenues dans l'OPAS, prévoyant la prise en charge des frais de reconstruction mammaire après une amputation médicalement indiquée, ne concernaient pas l'assurée. Enfin, la caisse-maladie a relevé que l'assurée n'avait bénéficié d'aucun suivi psychologique depuis le 28 janvier 2004.

16. L'assurée a été hospitalisée du 3 au 13 septembre 2004 et a subi une intervention chirurgicale lors de laquelle il fut procédé à une réparation de l'éventration (hernie sur la cicatrice), à un redrapage, ainsi qu'à une mastopexie (qui comprenait également la pose de prothèses mammaires).

17. Par courrier du 22 septembre 2004, l'assurée a recouru contre la décision du 24 août 2004 auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales, concluant, sous suite de dépens, à la prise en charge de l'intervention de chirurgie plastique et reconstructive au niveau des seins et du ventre effectuée en septembre 2004. S'il était vrai que l'opération subie en 2002 avait notamment pour but une perte de poids, celle-ci n'était pas prévue dans une telle mesure par les médecins. La recourante avait en effet perdu plus de 40 kilos, ce qui avait entraîné la disparition quasi complète de ses seins. Or, la perte de ses seins devait être assimilée à une amputation, à laquelle il devait être remédié par une intervention de chirurgie plastique et reconstructive, prise en charge selon l'art. 1 OPAS. Enfin, la recourante a rappelé que l'opération de septembre 2004 avait pour but de rétablir son intégrité physique et psychique.

18. Dans sa réponse du 22 novembre 2004, l'intimée a fait valoir qu'un défaut purement esthétique, sans rapport avec un processus morbide, n'était pas un risque assuré par la LAMal. Selon le TFA, les coûts de reconstruction d'un sein demeuré sain, et devenu asymétrique à la suite d'une amputation, et de reconstruction de l'autre sein, atteint d'une tumeur, n'étaient pas à la charge de l'assurance obligatoire des soins, au regard de l'annexe 1 de l'OPAS. La prise en charge de ces coûts par l'assurance-maladie ne pourrait se justifier que dans l'hypothèse où le défaut causait des troubles physiques ou psychiques ayant valeur de maladie, ce critère étant également applicable dans les cas de correction d'un sein asymétrique congénital ou d'une hypertrophie mammaire. L'application de ces principes avait conduit le TFA à nier, par exemple, le droit aux prestations en cas de simple correction d'un défaut esthétique, comme l'ablation de plis du ventre après une cure d'amaigrissement. De plus, toujours selon le TFA, une gêne psychologique ou un complexe psychologique n'étaient nullement assimilables à une atteinte à la santé mentale ayant valeur de maladie, sinon, cela reviendrait à reconnaître un droit à des prestations de l'assurance dans tous les cas où, indépendamment de toute maladie, il existait un défaut relativement important. Dans le cas d'espèce, il n'était pas possible d'assimiler la perte des seins - suite à une perte pondérale - à une amputation. La plastie mammaire proposée en vue d'augmenter le volume des deux seins ne servait pas non plus à la guérison proprement dite d'une maladie. En l'occurrence, une simple gène à se montrer déshabillée devant d'autres personnes n'avait pas valeur de maladie. C'était dès lors à juste titre qu'elle avait refusé la prise en charge de la chirurgie plastique et reconstructive de la recourante.

19. En date du 11 janvier 2005 se sont tenues devant le Tribunal de céans des audiences d'enquêtes et de comparution personnelle.

    Le Dr A_____ a été entendu en qualité de témoin. Il a exposé avoir procédé à l'opération de bypass gastrique chez la recourante le 9 octobre 2002. Il s'agissait de l'opération la plus communément pratiquée en cas d'obésité, qui consistait, d'une part, à réduire le volume de l'estomac et, d'autre part, à court-circuiter la nourriture de façon à ce qu'elle passe directement dans l'intestin. Cette opération avait été totalement réussie en ce qui concernait la perte de poids, mais relativement inefficace sur les douleurs dont souffrait la recourante. La chirurgie de l'obésité comprenait non seulement l'opération proprement dite, mais également le suivi. Il s'agissait d'un tout. Ce médecin avait revu la recourante à six reprises après l'opération. En août 2004, il avait constaté la présence d'une éventration, c'est-à-dire d'une hernie sur la cicatrice. Il y avait dès lors une indication pour la réparation de cette éventration; parallèlement, la recourante avait le désir de procéder à un redrapage cutané. Selon les médecins-conseils des assurances, l'excès de peau ne constituait pas une maladie et le redrapage n'était pas pris en charge par les caisses-maladie, sauf en cas de problèmes dermatologiques ou d'hygiène. Or, chez l'assurée, la question de l'hygiène était partiellement réalisée. En raison de l'indication médicale [de réparation de l'éventration], une intervention avait donc eu

lieu le 6 septembre 2004, à l'occasion de laquelle les médecins avaient procédé à la réparation de l'éventration, au redrapage et à la mastopexie. "L'avantage" d'une éventration, qui était une complication gênante, était qu'elle permettait de pratiquer en une seule opération et pour un forfait identique, soit un séjour hospitalier de 10 jours au maximum, l'ensemble des interventions. Le Dr A_____ a enfin précisé être expert en matière d'obésité et confirmé que la souffrance psychologique, induite par l'excès de peau, était terrible. Celle-ci créait une sorte de dichotomie entre l'apparence habillée qui était présentable et la phobie de se montrer nu. Sa conviction intime était que l'opération de redrapage était indiquée de façon presque systématique. La chirurgie de l'obésité n'était pas une chirurgie de la graisse, mais une chirurgie de l'estime de soi. Dans le cas de l'assurée, l'opération de redrapage et de mastopexie n'était pas purement esthétique.

Le Dr G_____, également entendu en qualité de témoin, a indiqué que suite à l'opération d'octobre 2002, sa patiente, qui souffrait de troubles psychiques graves depuis longtemps, soit d'un état dépressif sévère lié à d'importants problèmes familiaux, présentait clairement une atteinte à l'intégrité corporelle. Ses troubles s'étaient beaucoup aggravés suite à l'opération [de bypass], au point que l'on ait craint qu'elle n'attente à ses jours. Après cette opération, il y avait altération externe d'une partie du corps, puisque la poitrine n'existait plus. Suite à la deuxième opération, le Dr G_____ avait pu constater un changement radical de l'état psychologique de la patiente. Cette opération n'avait rien d'une intervention purement esthétique. Sa patiente était actuellement suivie par un psychiatre, qui lui avait été conseillé par le Centre de thérapie brève. Elle souffrait bien d'une maladie psychiatrique, diagnostiquée par la psychiatre qui l'avait expertisée dans le cadre de sa demande d'invalidité. Le Dr G_____ avait vu l'assurée à plusieurs reprises depuis janvier 2004, pour des problèmes de fibromyalgie, mais il ne s'occupait pas à proprement parler de l'aspect psychiatrique.

Suite à ces audiences d'enquêtes, la recourante a sollicité un délai de réflexion afin de se prononcer sur le maintien ou non de son recours, puisque la caisse-maladie prendrait en charge l'opération de réparation de l'éventration, de redrapage et de mastopexie, relevant d'un même forfait.

20. Par courrier du 13 janvier 2005, l'intimée a transmis au Tribunal de céans une copie de la facture des HUG du 23 septembre 2004. L'intervention de septembre 2004 allait être prise en charge sans participation aux coûts, du fait que la franchise et la quote-part avaient déjà été perçues.

21. Par courrier du 24 février 2005, la recourante a cependant déclaré persister dans ses conclusions. En effet, même si l'intervention litigieuse avait été effectuée dans le même forfait que l'opération de réparation de l'éventration médiane, les prothèses mammaires, qui feraient l'objet d'une facturation séparée, n'étaient pas remboursées par la caisse-maladie. Ainsi, si l'obligation de prise en charge de l'opération de

chirurgie plastique et reconstructive était confirmée par le Tribunal de céans, cette obligation impliquerait également la prise en charge des prothèses mammaires. Enfin, la recourante a précisé n'avoir pas encore reçu la facture de ses implants, dont le coût se situerait entre 500 fr. à 1'500 fr. pièce.

22. Par ordonnance du 1er mars 2005, le Tribunal de céans a fixé des délais aux parties pour déposer leurs écritures après enquêtes.

23. Dans ses écritures après enquêtes du 20 avril 2005, la recourante a conclu, sous suite de dépens, à la prise en charge par l'intimée du coût des prothèses mammaires, suite à l'opération de reconstruction mammaire qu'elle avait subie. En effet, elle avait pu bénéficier de trois gestes chirurgicaux sans frais supplémentaire pour son assurance. Cependant, le Dr H_____ des HUG l'avait informée que le coût des prothèses mammaires ne figurait pas dans la facture des HUG du 23 septembre 2004. A ce jour, elle n'avait toujours pas reçu la facture relative à ses implants. Au surplus, elle a exposé en substance ce qui suit : Les principes applicables à la prise en charge d'une reconstruction mammaire par l'assurance obligatoire étaient le rétablissement de l'intégrité physique et psychique, les corrections d'altérations externes ayant une certaine ampleur sur le plan esthétique et dues à la maladie, le défaut esthétique en rapport avec un processus morbide, ainsi que le défaut causant des troubles physiques ou psychiques ayant valeur de maladie. Selon les Drs G_____ et A_____, l'intervention ne pouvait être qualifiée de purement esthétique. La recourante subissait une grave altération d'une partie de son corps, puisque sa poitrine n'existait plus avant la deuxième intervention. Le Dr G_____ avait précisé qu'il craignait pour la vie de sa patiente en raison de l'aggravation de ses troubles psychiques suite à l'opération de bypass. Or, l'opération de mastopexie avait entraîné un changement radical de son état psychologique. Dès lors, comme la reconstruction mammaire avait permis de rétablir son intégrité physique et psychique, de corriger une altération externe liée à un processus morbide, qui avait occasionné des troubles physiques et psychiques graves, sans rapport avec un simple problème psychologique, le coût des prothèses mammaires devait être pris en charge par la caisse-maladie.

24. Par courrier du 10 mai 2005 aux HUG, l'intimée a requis une copie de la facture relative aux prothèses mammaires.

25. Par courrier du 31 mai 2005, les HUG ont confirmé à l'intimée que le séjour du 3 au 13 septembre 2004 de la recourante dans le service de chirurgie viscérale n'avait engendré qu'une seule facture d'un montant de 4'880 fr., relative au forfait journalier troisième classe.

26. Par courrier du 3 juin 2005, l'intimée a fait savoir au Tribunal de céans qu'il n'y avait pas lieu d'admettre qu'une autre facture serait établie et que le présent litige

était désormais sans objet, les interventions de septembre 2004 ayant été prises en charge.

27. Par courriers des 17 août et 5 décembre 2005, le Tribunal de céans a questionné les HUG à propos de la facturation des prothèses mammaires.

28. Par courrier du 20 décembre 2005, les HUG ont confirmé au Tribunal de céans que les prothèses mammaires seraient à la charge de la patiente, "s'agissant de chirurgie esthétique".

29. Par décompte du 5 janvier 2006, les HUG ont facturé les prothèses mammaires 1'500 fr.

30. Par courrier du 24 janvier 2006 au Tribunal de céans, la recourante a conclu à la prise en charge du coût des prothèses mammaires, s'élevant à 1'500 fr.

31. Dans ses écritures après enquêtes du 27 janvier 2006, l'intimée, concluant au rejet du recours, a relevé que les HUG estimaient que les prothèses mammaires devaient être à la charge de la patiente, car il s'agissait de chirurgie esthétique. Cet avis confirmait celui du Dr H_____. En effet, ce dernier mentionnait que la recourante avait pu bénéficier de trois gestes chirurgicaux supplémentaires, lors de la réparation de l'éventration, qui n'engendraient aucun frais supplémentaire pour l'assurance. Cependant, les prothèses mammaires ne faisaient pas partie de ce "forfait" et leur coût devait dès lors être supporté par la recourante. Enfin, aux termes de la convention relative à l'hospitalisation en division commune des HUG (version 2004), le forfait journalier d'hospitalisation comprenait les frais de soins, ainsi que les frais de pension. Des suppléments pour cas particulier étaient prévus, à l'annexe 2 de la convention. Or, il apparaissait que les prothèses mammaires ne faisaient pas partie des suppléments qui pouvaient être facturés à l'assurance en sus du forfait journalier. Aussi, en payant aux HUG le montant de 4'880 fr., correspondant au forfait journalier multiplié par le nombre de jours d'hospitalisation, la caisse-maladie avait rempli son obligation légale. Ainsi, force était d'admettre qu'elle ne pouvait être tenue de prendre en charge, en plus du forfait, lesdites prothèses.

32. Sur ce, les différents courriers ont été transmis aux parties par pli du 31 janvier 2006 et la cause gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à 3 juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 4 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales 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) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal).

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

3. Ratione temporis, les dispositions de la LPGA, entrées en vigueur le 1er janvier 2003, sont applicables.

4. Déposé dans les formes et délai légaux, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA).

5. a) Est seule encore litigieuse la question de la prise en charge par l'assurance-maladie obligatoire des soins, selon la LAMal, du coût des deux prothèses mammaires s'élevant à 1'500 fr.

   b) Dans le régime instauré par la LAMal, en vigueur depuis le 1er janvier 1996, 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). A 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 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 notamment les analyses, médicaments, moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques prescrits par un médecin ou, dans les limites fixées par le Conseil fédéral, par un chiropraticien (al. 2 let. b). Les prestations mentionnées à l'art. 25 LAMal doivent être efficaces, appropriées et économiques. L'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques (art. 32 al. 1 LAMal). L'efficacité, l'adéquation et le caractère économique des prestations sont réexaminés périodiquement (art. 32 al. 2 LAMal).

   Aux termes de l'art. 33 al. 1 LAMal, le Conseil fédéral peut désigner les prestations fournies par un médecin ou un chiropraticien dont les coûts ne sont pas pris en charge par l'assurance obligatoire des soins ou le sont à certaines conditions. Cette disposition se fonde sur la présomption que médecins et chiropraticiens appliquent des traitements et mesures qui répondent aux conditions posées par l'art. 32 al. 1

LAMal (ATF 125 V 28 consid. 5b). Il incombe ainsi au Conseil fédéral de dresser une liste "négative" des prestations qui ne répondraient pas à ces critères ou qui n'y répondraient que partiellement ou sous condition.

A l'art. 33 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal) et comme l'y autorise l'art. 33 al. 5 LAMal, le Conseil fédéral a délégué à son tour cette compétence au Département fédéral de l'intérieur (ci-après le DFI) qui en a fait usage en promulguant, le 29 septembre 1995, l'ordonnance sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie du 29 septembre 1995 (OPAS). Cette ordonnance détermine notamment les prestations visées par l'art. 33 let. a et c OAMal - disposition qui reprend textuellement les règles posées aux al. 1 et 3 de l'art. 33 LAMal - dont l'assurance-maladie obligatoire des soins prend en charge les coûts, avec ou sans condition, ou ne les prend pas en charge. La liste "négative" des prestations, soit de celles qui ne sont pas prises en charge par l'assurance-maladie ou ne le sont que sous condition, figure ainsi à l'annexe 1 OPAS (art. 1er OPAS; ATF 125 V 29 consid. 5b).

Comme l'a jugé le TFA, la réglementation nouvelle de la LAMal repose donc sur le principe de la liste. Ayant pour but de fixer précisément le catalogue légal des prestations, ce principe de la liste découle d'un système voulu par le législateur, selon l'art. 34 LAMal, comme complet et contraignant dès lors qu'il s'est agi d'une assurance obligatoire financée en principe par des primes égales (art. 76 LAMal). En dehors de ces listes, il n'y a pas d'obligation de prise en charge par la caisse-maladie, à tout le moins en ce qui concerne les prestations énumérées conformément à l'art. 33 al. 1 LAMal (cf. sur la portée du système légal des listes : ATF 130 V 540 consid. 3.4 et les références, 129 V 167, consid. 5b).

Aux termes du chiffre 1.1 "Chirurgie générale" de l'annexe 1 à l'OPAS, la reconstruction mammaire opératoire est prise en charge sous condition, soit pour rétablir l'intégrité physique et psychique de la patiente après une amputation médicalement indiquée. Ces conditions ont été fixées dans une décision de la Commission fédérale des prestations générales (cf. les art. 37a let. b et 37d OAMal en liaison avec l'art. 1er OPAS) en août 1984 (RAMA 1984 p. 212 ch. 3), puis reprises dans l'ancienne Ordonnance 9 du DFI concernant certaines mesures diagnostiques ou thérapeutiques à la charge des caisses-maladie, dans sa version modifiée du 31 janvier 1995 (RAMA 2000 n° KV 113 p. 130 consid. 4b).

c) La question de la prise en charge par l'assurance-maladie obligatoire d'une correction chirurgicale sur les seins a donné lieu à une jurisprudence abondante du TFA. Dans ce contexte, le TFA s'est surtout attaché à délimiter les cas qui relèvent de la chirurgie esthétique où le but principal de l'intervention est de rendre la poitrine plus belle ou plus conforme aux mensurations idéales, de ceux qui - bien que l'aspect esthétique n'en soit pas absent - doivent être considérés comme ayant

valeur de maladie d'après la loi et, par conséquent, être couverts par l'assurance-maladie.

S'agissant de l'implantation de prothèses mammaires à la suite de l'ablation d'un sein, celle-ci constitue une mesure thérapeutique à charge des caisses-maladie depuis un arrêt de principe rendu par le TFA sous l'empire de la LAMA (ATF 111 V 229). Dans cet arrêt, le TFA a rappelé qu'une opération servait non seulement à la guérison proprement dite de la maladie ou des suites immédiates d'un accident, mais aussi à l'élimination d'autres atteintes, secondaires, dues à la maladie ou à un accident, notamment en permettant de corriger les altérations externes de certaines parties du corps - en particulier le visage - visibles et spécialement sensibles sur le plan esthétique; aussi longtemps que subsistait une imperfection de ce genre, due à la maladie ou à un accident, ayant une certaine ampleur et à laquelle une opération de chirurgie esthétique pouvait remédier, l'assurance devait prendre en charge cette intervention, à condition qu'elle eût à répondre également des suites immédiates de l'accident ou de la maladie et pour autant que fussent respectés les limites usuelles, ainsi que le caractère économique du traitement. Considérant, d'une part, que l'amputation médicalement indiquée d'un sein constituait une atteinte secondaire due à la maladie ou à un accident et, d'autre part, que la reconstruction mammaire par voie chirurgicale était propre à rétablir le mieux possible l'intégrité physique de l'assurée, le TFA a jugé qu'une telle intervention avait désormais un caractère obligatoire. Elle est maintenant mentionnée comme prestation obligatoire sous le ch. 1.1 de l'annexe à l'OPAS (chirurgie générale). En revanche, un défaut purement esthétique, sans rapport avec un processus morbide, n'est pas un risque assuré. Ceci dépend des particularités du cas concret, notamment du point de savoir si l'amputation a eu des conséquences significatives sur l'état physique de l'assurée et si cette dernière est atteinte dans son intégrité.

Rendue sous l'empire de la LAMA, cette jurisprudence, du moins les principes qui en découlent, peut être reprise dans les cas soumis à la LAMal (RAMA 2000 n° KV 138 p. 360 consid. 3b; voir également EUGSTER, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit [SBVR], n° 87, notamment les exemples à la note 182).

Il convient encore d'ajouter que, selon la jurisprudence récente (arrêt U. du 28 décembre 2001, K 80/00), les coûts de reconstruction d'un sein demeuré sain et devenu asymétrique à la suite d'une amputation et de reconstruction de l'autre sein, atteint d'une tumeur, ne sont à la charge de l'assurance obligatoire des soins au regard du chiffre 1.1 de l'annexe 1 à l'OPAS que si le défaut cause des troubles physiques ou psychiques ayant valeur de maladie, ce critère étant également applicable dans les cas de correction d'un sein asymétrique congénital ou d'une hypertrophie mammaire (cf. à ce sujet RAMA 2000 n° KV 138 p. 359 consid. 3a).

Enfin, dans un arrêt publié à la RAMA 2000 n° KV 113 p. 126, le TFA a encore fourni une précision quant aux critères permettant de circonscrire le droit aux prestations en matière d'opérations mammaires. Il a déclaré, en obiter dictum, que "mis à part l'éventualité d'une amputation, on ne saurait a priori exclure des situations où la correction chirurgicale de défauts esthétiques de la poitrine puisse être considérée comme une mesure obligatoirement à charge des assureurs-maladie (par ex. en cas d'agénésie ou d'hypertrophie mammaire); mais il s'agit de cas où il existe un défaut esthétique tout à fait hors du commun" (p. 131, consid. 4c).

6. a) La pose d'implants mammaires en vue d'augmenter le volume des seins relève du domaine de la reconstruction mammaire opérative. Or, comme on l'a vu, celle-ci n'est une mesure obligatoirement à la charge des assureurs-maladie qu'à certaines conditions.

b) Elle doit tout d'abord relever d'une amputation médicale, ce qui n'est pas le cas en l'occurrence, mais, selon le TFA, on ne saurait a priori exclure des situations où la correction chirurgicale de défauts esthétiques de la poitrine puisse être considérée comme une mesure obligatoirement à la charge des assureurs-maladie, ceci, s'il existe un défaut esthétique tout à fait hors du commun (voir également EUGSTER, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Krankenversicherung, ch. 85 et ch. 93). Il convient dès lors de déterminer si la quasi disparition des seins de la recourante, suite à sa perte de poids découlant de l'opération de bypass, peut être considérée comme un défaut esthétique tout à fait hors du commun. Cette disparition des seins a été constatée par plusieurs médecins. Le Dr F_____, psychiatre, estime que les entretiens avec la patiente ont mis en évidence une réelle souffrance psychologique en adéquation avec la situation clinique; le Dr G_____ relève que sa patiente ne supporte plus l'état actuel de son corps et qu'une intervention doit être entreprise pour lui recréer une poitrine, sous peine d'une péjoration grave de l'état psychologique. Ainsi, il apparaît au vu de ces témoignages que la quasi disparition des seins doit être considérée comme un défaut esthétique majeur tout à fait hors du commun, qui était visible.

c) Deuxièmement, selon la jurisprudence, les altérations visibles de certaines parties du corps, quand elles sont dues à la maladie, peuvent, sous certaines conditions, justifier un traitement opératoire à la charge de l'assureur-maladie (ATF 121 V 119). Cette jurisprudence trouve application en l'espèce, puisque le défaut esthétique invoqué est bien la conséquence de la maladie pour laquelle l'assurée a été initialement soignée (une obésité morbide traitée par une opération de bypass gastrique).

d) Reste maintenant à examiner si, d'une part, cette atteinte d'une certaine ampleur due au traitement de l'obésité causait à la recourante des troubles physiques ou psychiques ayant valeur de maladie et si, d'autre part, la mastopexie (avec pose de prothèses) pouvait rétablir l'intégrité physique et psychique de l'assurée. Selon le

Dr G_____, la quasi disparition de ses seins était très mal vécue par la recourante et avait gravement péjoré son état psychique qui était déjà fragile - elle souffrait d'une dépression liée à des problèmes familiaux -. La souffrance suscitée par cette atteinte à l'intégrité était grande, au point que son médecin traitant a craint pour sa vie. Selon le psychiatre, cette "réelle souffrance psychologique" était en adéquation avec la situation clinique et une opération de reconstruction pouvait très certainement améliorer l'état psychologique de la patiente. Enfin, le Dr A_____ a précisé que dans le cas de l'assurée, l'opération de redrapage et de mastopexie n'était pas purement esthétique. Il convient ainsi de constater, d'une part, que la recourante souffrait de troubles physiques et psychiques ayant valeur de maladie et était atteinte dans son intégrité et, d'autre part, que la mastopexie constituait le traitement adéquat pour remédier aux problèmes psychiatriques dus à la disparition des seins.

Il s'avère ainsi que le recours est bien fondé sur ce point.

7. En dernier lieu, l'intimée allègue que dans la convention relative à l'hospitalisation en division commune des HUG, le forfait journalier d'hospitalisation ne comprend que les frais de soins et ceux de pension, à l'exclusion de frais supplémentaires tels ceux de prothèses mammaires.

   Or, aux termes de l'art. 3 let. 7 de ladite convention, les frais et prestations qui ne sont pas à charge des assureurs-maladie selon les art. 49 al. 3 LAMal et 1 OPAS sont facturés directement aux patients. Cependant, comme on l'a vu ci-dessus, dans le cas de la recourante, sa mastopexie avec pose de prothèses remplit les conditions pour être admise à titre obligatoire par l'assurance des soins. Enfin, s'agissant de la question de savoir si les HUG pouvaient facturer séparément les implants mammaires, celle-ci, opposant la caisse-maladie aux HUG, peut rester en l'occurrence ouverte.

8. Ainsi, le recours, bien fondé, doit être admis et l'intimée condamnée à prendre en charge la totalité des coûts des opérations, y compris celui des prothèses mammaires, sous réserve de l'annulation de cette facture par les HUG auxquels le présent arrêt est communiqué pour information.

   Le recourante qui obtient gain de cause aura en outre droit à des dépens, fixés en l'espèce à 1'800 fr.

PAR CES MOTIFS,

LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.

3. Annule la décision sur opposition de l'intimée du 24 août 2004.

4. Dit que la totalité des coûts des opérations de redrapage et de mastopexie doit être prise en charge par l'intimée, y compris le coût des prothèses mammaires de 1'500 fr., sous réserve de l'annulation de cette facture par les HUG.

5. Condamne l'intimée à verser à la recourante 1'800 fr. à titre de dépens.

6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

Le greffier — La Présidente :

Pierre RIES — Isabelle DUBOIS

La secrétaire-juriste : Frédérique Glauser

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

Elle est également communiquée pour information aux HUG.