REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

**A/969/2006** **ATAS/936/2006**

# ARRET

# DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

## Chambre 2

## du 31 octobre 2006

En la cause

| | |
|---|---|
| Madame F_____, domiciliée , 1217 Meyrin, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître POGGIA Mauro | recourante |

contre

| | |
|---|---|
| INTRAS CAISSE-MALADIE, p.a administration centrale, rue Blavignac 10, 1227 Carouge | intimée |

**Siégeant : Isabelle DUBOIS , Présidente; Juliana BALDE et Karine STECK, Juges**

## EN FAIT

1. Madame F_____ (ci-après la recourante), née en 1963, est assurée auprès d' INTRAS CAISSE-MALADIE (ci-après la caisse) pour l'assurance obligatoire des soins.

2. En date du 8 juin 2004, la recourante a subi une réduction mammaire bilatérale, en raison d'une hypertrophie mammaire, opération prise en charge par la caisse.

3. La recourante a subi de nombreuses complications, sous la forme d'infections et d'abcès au sein droit, qui ont nécessité plusieurs traitements tant médicamenteux que chirurgicaux. Les frais en découlant ont été pris en charge par la caisse.

4. Ces excisions successives ont eu pour conséquence une asymétrie des deux seins, et la recourante a également souffert de troubles psychiques.

5. Par courrier du 29 septembre 2005, le Dr A_____, spécialiste FMH en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, a sollicité du médecin-conseil de la caisse l'éventuelle prise en charge d'une nouvelle intervention, visant à remédier à la diminution de volume du sein droit, par un complément de réduction du sein gauche.

6. En date du 5 octobre 2005, la caisse a envoyé une garantie de traitement à la clinique, bien que les photographies d'usage ne lui soient pas encore parvenues. Le 10 octobre 2005, le médecin-conseil de la caisse a sollicité du spécialiste une photographie de la poitrine de la recourante, qui a été effectuée le 14 octobre 2005 et transmise au médecin-conseil. Celui-ci a considéré que l'intervention n'était pas à charge de la caisse et en a informé le spécialiste.

7. Selon un rapport médical de la Dresse B_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, du 28 octobre 2005, la recourante a présenté un état dépressif majeur, actuellement en rémission partielle, dans l'apparition duquel les très sévères complications médicales survenues ont joué un rôle déterminant. La recourante a, en effet, été exposée à un risque vital ainsi qu'à un risque d'amputation, de sorte qu'il apparaît clairement qu'à la symptomatologie dépressive s'ajoute un état de stress post-traumatique. L'aspect actuel des seins a un effet « flash-back » qui participe au phénomène de reviviscence des événements traumatiques. Sur le plan psychiatrique, il est important d'obtenir une rémission complète de la dépression afin d'éviter une chronicité. Il lui paraît important de corriger l'asymétrie mammaire actuelle pour ce faire.

8. Par décision du 26 janvier 2006, la caisse a rejeté la demande de prise en charge, en s'appuyant sur un avis médical de son médecin-conseil, selon lequel l'atteinte psychique est uniquement secondaire au traumatisme initial provoqué par

l'enchaînement des complications. Le trouble psychique n'a pas été provoqué par le défaut de symétrie, et n'a dès lors pas valeur de maladie.

9. Suite à l'opposition de la recourante, la caisse a confirmé sa position par décision sur opposition du 15 février 2006.

10. Dans son recours du 16 mars 2006, la recourante conclut à l'annulation des décisions litigieuses, à ce que la caisse soit condamnée à prendre en charge l'opération litigieuse, avec suite de dépens. Préalablement, elle conclut à l'audition de témoins et subsidiairement à ce qu'une expertise psychiatrique soit diligentée pour évaluer le lien entre l'asymétrie des seins et le stress post-traumatique.

    Elle rappelle que les prestations à prendre en charge par la caisse sont prévues par les art. 33 al. 1 LAMal et 33 OAMal ainsi que par l'ordonnance sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (ci-après OPAS). L'annexe 1 à l'OPAS prévoit la prise en charge d'une reconstruction mammaire sous conditions, à savoir pour rétablir l'intégrité physique et psychique de la patiente après une amputation médicalement indiquée. Toutefois, selon la jurisprudence du TRIBUNAL FÉDÉRAL DES ASSURANCES (ci-après TFA), les coûts de reconstruction d'un sein devenu asymétrique à la suite d'une amputation et de la reconstruction de l'autre sein, atteint d'une tumeur, ne sont pas à la charge de l'assurance obligatoire des soins, à moins que le défaut ne cause des troubles physiques ou psychiques ayant valeur de maladie, critère également valable en cas d'hypertrophie mammaire. Dans le cas d'espèce, l'asymétrie entre les deux seins était manifeste et évidente, comme cela ressort de la photographie produite et effectuée avant l'intervention. Cette intervention était nécessaire pour faire cesser les troubles psychiques dont elle souffrait terriblement. L'opération, effectuée au mois de novembre 2005, avait été devisée à 8419 fr. Selon le certificat médical de la psychiatre, du 11 mars 2006, cette opération a eu un impact positif sur l'état de santé de la recourante, permettant de se diriger vers une rémission totale de l'état dépressif.

11. Dans sa réponse du 18 avril 2006, la caisse conclut au rejet du recours. Elle conteste l'argumentation de la recourante, invoquant que le critère d'un trouble psychique ayant valeur de maladie n'est pas rempli en espèce. En particulier le stress post-traumatique ne peut être retenu, car la recourante n'a pas fui le monde médical, responsable de ses souffrances, bien au contraire. Pour la caisse, ce sont les complications médicales qui ont joué un rôle déterminant dans l'apparition des troubles psychiques. L'asymétrie est par ailleurs qualifiée de modérée.

12. Lors de la comparution personnelle des mandataires qui s'est tenu le 9 mai 2006, la caisse a confirmé que son médecin-conseil était généraliste, mais a rappelé qu'il disposait d'une très longue expérience en matière de troubles psychiques. La caisse a indiqué qu'à son avis la radiographie avait été prise « de travers » de sorte que

l'asymétrie apparaît plus importante qu'elle n'est en réalité. Ces allégations été contestées par le mandataire de la recourante.

13. À l'issue de l'audience, le Tribunal a ordonné l'ouverture des enquêtes ainsi qu'une instruction écrite auprès du Dr A_____.

14. Par pli du 11 mai 2006, Tribunal a demandé à ce dernier si, préalablement au complément de réduction du sein gauche, l'asymétrie des deux seins avait fait l'objet de mesures, dans l'affirmative qu'elles étaient-elles.

15. Dans sa réponse du 19 mai 2006, le spécialiste a indiqué que les deux seins n'avaient pas fait l'objet d'une mesure par centimètre mais d'une estimation visuelle, faite avec le remplissage lors du port de soutien-gorge. Concernant la recourante, il est intéressant de savoir qu'avant la toute première intervention la patiente portait un bonnet E, que suite à l'intervention de réduction mammaire elle était passée à un bonnet C, et que suite à tous les événements survenus au sein droit on constatait à gauche un bonnet C bien rempli et à droite un bonnet C vide. Suite au complément de réduction du sein gauche, elle porte actuellement un bonnet B, bien adapté des deux côtés.

16. Lors de son audition le 11 juillet 2006, la Dresse B_____ a déclaré ce qui suit :

    «Je suis Madame F_____ de façon régulière depuis mars 2005. Depuis environ un mois et demi, il n'y a plus de rendez-vous fixé à l'avance, nous n'avons pas mis concrètement fin aux consultations, mais vu l'amélioration de son état de santé, il appartient à Madame F_____ de me contacter en cas de besoin.

    Je confirme la teneur de mes certificats des 28 octobre 2005 et 11 mars 2006. Comme je l'ai dit dans mes rapports, c'est l'enchaînement des événements médicaux, des complications, des opérations et des risques vitaux qui a déclanché l'état dépressif ainsi qu'un état de stress post-traumatique. L'asymétrie des seins, causant des phénomènes de flash-back réguliers entravait de mon point de vue la guérison de la dépression et comportait un risque de chronicisation de la dépression.

    Tout ce qui peut permettre l'élimination des phénomènes de flash-back doit être entrepris. Dans cette mesure, l'opération visant à éliminer l'asymétrie des seins était justifiée à mon avis, on était bien au-delà d'un problème physique. Je précise qu'il est rare qu'un psychiatre confirme la justification d'une opération esthétique, tel est le cas en l'espèce. Il est très clair que cette opération permettant de diminuer les phénomènes de flash-back elle participait à la guérison psychique de ma patiente, cela allait de pair avec le traitement que je lui prodiguais.

    S'agissant de l'évolution de l'état psychique de la recourante après la dernière opération chirurgicale, j'atteste que nous avons pu progressivement espacer les rendez-vous, et que comme je l'ai dit précédemment, l'état est actuellement bien amélioré, ma patiente ne ressent plus de symptômes de dépression. Comme il faut

en tout cas 6 mois, selon l'OMS (CIM-10) sans l'apparition de ces symptômes pour parler de guérison je pense que nous atteindrons ce stade à la fin de l'été.

L'opération a eu un impact très positif sur l'état psychique de ma patiente, elle a permis de rétablir l'estime de soi qui avait été gravement endommagée, par le retour à un sentiment d'intégrité physique acceptable. Avant l'opération, ma patiente était dans un effort vestimentaire constant pour que l'asymétrie ne se voie pas, elle évitait également les miroirs. Ce problème d'asymétrie était très présent. Il faut être conscient de la puissance des phénomènes de flash-back, qui sont totalement incontrôlables. Le seul moyen de les éliminer est d'en supprimer la cause.

J'ai parlé en effet de "grande asymétrie", vous m'en demandez la raison. J'explique que toutes les femmes ont une mini asymétrie entre les deux seins, mais lorsqu'il y a deux bonnets de différence, il s'agit d'une asymétrie flagrante, à mon sens, on ne peut pas se sentir autrement que difforme.

L'asymétrie a constitué un nouvel élément dépressogène qui s'est surajouté aux éléments existants et qui par conséquent a été un élément aggravant et d'entretien de la dépression. Cela a entravé le phénomène de guérison. L'opération a amélioré de façon significative les chances de guérison.

Il est difficile de se prononcer théoriquement mais je dirais qu'une telle asymétrie est de nature à déclancher une perte de l'estime de soi, des comportements d'évitement, et qu'il y a une forte probabilité qu'à terme un état dépressif apparaisse. Dans le cas par exemple des femmes atteintes du cancer du sein et qui ont eu l'ablation d'un sein les problèmes dépressifs sont très fréquents, surtout en l'absence de reconstruction mammaire. Je dirais que les flash-back renvoyaient à des images de mutilation, puisque l'amputation a été envisagée très sérieusement, même proposée à Madame F_____. De mon point de vue, il n'est pas contradictoire que Madame F_____ ait souffert d'un état post-traumatique et qu'elle ait souhaité effectuer cette dernière opération. Cela doit être examiné de cas en cas. Je confirme que Madame F_____ n'a pas développé de phobie envers le corps médical. Les flash-back l'a renvoyaient non seulement aux douleurs physiques mais également aux douleurs morales qu'elle avait subies.

Je n'ai pas eu connaissance avant ce jour du courrier du Dr C_____du 20 janvier 2006 ».

À l'issue de l'audience, des délais ont été fixés aux parties pour leur détermination.

17. Par courrier du 5 septembre 2006, la caisse a transmis la détermination de son médecin-conseil le Dr D_____, diplômé en psychiatrie. Selon celui-ci, le syndrome d'état de stress post-traumatique ne peut être retenu, un seul des critères étant présent celui du traumatisme, c'est-à-dire le fait de vivre des complications graves potentiellement mortelles. Sur la base des documents au dossier, on ne sait pas exactement si d'autres critères seraient effectivement remplis. Le diagnostic de la psychiatre est en outre posé uniquement sur les déclarations de la recourante. Enfin, l'évitement constant des facteurs provoquant n'est pas rempli. C'est même précisément le contraire, puisque la recourante a souhaité ardemment être à

nouveau opérée. Aucun élément ne permet de penser que les troubles psychiques seraient graves, et encore moins qu'ils seraient en rapport de causalité adéquate avec l'asymétrie au degré de la vraisemblance prépondérante.

18. Dans ses écritures du 19 septembre 2006, la recourante rappelle que sa psychiatre s'est expliquée sur l'apparente contradiction qu'il y aurait à souhaiter une opération alors même que le traumatisme est présent. Son appréciation tient par ailleurs compte de l'ensemble des signes présentés par sa patiente, et n'est donc pas une appréciation théorique, au contraire de celle du médecin-conseil. L'opération a par ailleurs été un succès.

19. Après communication de ces écritures aux parties, la cause a été gardée à juger.

## EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (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 trois 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'article 56 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. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1er 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 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). La LPGA s'applique donc au cas d'espèce.

4. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 à 60 LPGA).

5. Selon l'art. 25 al. 1 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. Est réputée maladie 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 (cf. art. 3 al. 1 LPGA). La notion de maladie, au sens de cette disposition légale, correspond à celle que la jurisprudence avait développée sous l'empire de la LAMA et que le législateur a codifiée (cf. ATFA du 2 juin 2004 I 127/04). Le Tribunal fédéral des assurances (TFA) a ainsi considéré qu'on ne saurait parler de maladie, dans un cas concret, s'il n'existe aucun trouble dû à des phénomènes pathologiques (ATF 121 V 293, consid. 2b, 304 consid. 3 et les références; ATF 116 IV 128 consid. 2a).

   Les prestations comprennent notamment les examens, traitements et soins dispensés sous forme ambulatoire au domicile du patient, en milieu hospitalier ou semi hospitalier ou dans un établissement médico-social par des médecins, des chiropraticiens et des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat médical (art. 25 al. 2 let. a LAMal). 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). L'efficacité, l'adéquation et le caractère économique des prestations sont examinés périodiquement (art. 32 al. 2 LAMal).

   Selon 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. 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 conditions.

   A l'art. 33 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 (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 (OPAS; RS 832.112.31). 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 129 V 173 consid. 4, 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 (ATF 125 V 29 consid. 5b; arrêt B. du 10 janvier 2003, K 98/01).

6. En principe, les défauts esthétiques en tant que conséquence d'une maladie ou d'un accident n'ont pas valeur de maladie. Au sujet des traitements chirurgicaux, le TFA considère cependant qu'une opération sert 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 des altérations externes de certaines parties du corps - en particulier le visage - visibles et spécialement sensibles sur le plan esthétique; aussi longtemps que subsiste 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 peut remédier, l'assurance doit prendre en charge cette intervention, à condition qu'elle eût à répondre également des suites immédiates de l'accident ou de la maladie. Il faut également réserver les situations où l'altération, sans être visible ou particulièrement sensible ou même sans être grave, provoque des douleurs ou des limitations fonctionnelles qui ont clairement valeur de maladie. Ainsi des cicatrices qui provoquent d'importantes douleurs ou qui limitent sensiblement la mobilité (sur ces divers points, voir ATF 121 V 119, 111 V 232 consid. 1c, 102 V 71 consid. 3; Gebhard EUGSTER, Krankenversicherung, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, ch. 87).

7. La question de la prise en charge, par l'assurance-maladie obligatoire, de corrections chirurgicales a donné lieu à une abondante jurisprudence. 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 une partie du corps 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. Le TFA a confirmé l'actualité de ces principes jurisprudentiels dans un arrêt G. du 11 novembre 2003, I 457/03, consid. 6, après avoir examiné la problématique des oreilles décollées sous l'angle des mesures médicales de l'AI.

8. En revanche, l'opération de réduction du sein, qui bien que ne figurant pas dans le catalogue de l'OPAS, constitue une prestation à la charge des caisses-maladie si l'hypertrophie mammaire est à l'origine de troubles ayant eux-mêmes valeur de maladie au sens juridique. Une indication médicale à une intervention est admise à partir du moment où une réduction de poids d'environ 500 grammes ou plus de

chaque côté est exécutée ou envisagée et pour autant que l'assurée souffre de douleurs dues à l'hypertrophie et 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 (ATF 130 V 301 consid. 2 et 3, avec les références; voir aussi RAMA 2000 no KV 138 p. 357).

9. En l'espèce, il faut rappeler que la recourante a fait l'objet d'une réduction bilatérale des seins, le 8 juin 2004, en raison d'une hypertrophie mammaire, qui a été pris en charge par la caisse. L'opération de réduction des seins constituait donc une prestation à la charge de la caisse, au sens de la jurisprudence susmentionnée. Cette opération a eu pour conséquence de multiples infections et complications, qui ont donné lieu à plusieurs interventions chirurgicales, également prises en charge par la caisse. Ce sont ces opérations successives, ces multiples excisions qui ont causé une asymétrie des seins ayant justifié l'opération de complément de réduction sur le sein gauche effectué en novembre 2005. Cette opération n'est, par conséquent, qu'une suite malheureusement logique des interventions précédentes et constitue, comme celles-ci, des séquelles au sens de l'article 25 al. 1 LAMal. À ce titre, elle doit être prise en charge par la caisse.

   En effet, il ne s'agit pas d'un défaut mineur et par conséquent d'une correction purement esthétique d'un défaut. La radiographie figurant au dossier est très parlante à ce sujet, et le chirurgien a confirmé, à la demande du Tribunal, l'importance de l'asymétrie. De même la psychiatre a-t-elle confirmé que cette asymétrie est telle qu'elle aboutit à une difformité du corps de la recourante. Il s'agit donc bien, en l'espèce, d'une imperfection correspondant à une séquelle d'une maladie, ayant une certaine ampleur, et à laquelle une opération de chirurgie esthétique peut remédier, au sens de la jurisprudence susmentionnée (cf. ATF 111 V 229). À noter que les conditions d'efficacité, d'adéquation et d'économicité sont remplies, à tout le moins non contestées, l'opération effectuée étant manifestement adéquate et efficace puisqu'elle a rendu à la recourante la symétrie à ses seins, et son coût n'ayant pas été discuté par la caisse.

   Vu ce qui précède, il est inutile de se référer comme le font les parties à l'annexe de l'OPAS, sous 1) chirurgie , point 1/1, reconstruction mammaire, opération qui n'est prise en charge que s'il s'agit de rétablir l'intégrité physique et psychique de la patiente après une amputation médicalement indiquée, car l'on n'est pas ici dans le cas d'une reconstruction mammaire mais d'une réduction mammaire, dont on a vu qu'elle devait être prise en charge par la caisse, de même que le complément de réduction mammaire, à titre de séquelles.

10. En conclusion, le recours sera admis, et les décisions des 26 janvier et 15 février 2006 annulées. La caisse sera invitée à prendre en charge l'opération de complément de réduction mammaire, devisée à 8'419 fr. et effectuée par le Dr A_____. La recourante, qui obtient gain de cause, a droit à des dépens qui seront fixés en l'espèce à 2'000 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 et annule les décisions des 26 janvier et 15 février 2006.

3. Condamne la caisse au versement d'une indemnité en faveur de la recourante de 2000 fr.

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 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 |

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