

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 17 décembre 2012

Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE, juge unique
Greffière : Mme Simonin

Cause pendante entre :

N._____, au Brassus, recourante, représentée par DAS protection
juridique,

et

P._____, à Zurich, intimée

Art. 24 et 32 al. 1 LAMal

E n f a i t :

A. N. _____ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née en 1928, est assurée pour l'assurance-maladie obligatoire selon la LAMal auprès de P. _____ (ci-après: l'assurance-maladie ou l'intimée). Elle dispose également auprès de cet assureur de plusieurs assurances complémentaires au sens de la LCA.

Par courrier du 7 décembre 2009, le Dr Z. _____, spécialiste en gynécologie et obstétrique, a écrit en ces termes au médecin-conseil de P. _____:

"Madame N. _____ m'a été adressée par son médecin gynécologue, le Dr F. _____, pour des douleurs cervico-dorsales invalidantes entraînant une diminution de l'activité physique, résistant à tous traitements physiothérapeutiques et conservateurs.

En fait, cette patiente déjà pourvue d'une poitrine lourde et douloureuse a développé ces dernières années un alourdissement important dû à une évolution de mastose fibrokystique bilatérale.

A l'examen, elle présente en effet une cyphose des vertèbres cervicales avec une hyperlordose dorsolombaire de compensation, elle présente aussi un creusement de 2 cm des sillons de bretelles de soutien-gorge et à mon sens présente donc une indication claire pour réduction mammaire bilatérale d'au moins 800 grammes de chaque côté.

Examen fait, c'est à mon avis le seul traitement efficace qui pourrait être effectué chez cette patiente.

Je vous demande donc votre accord de prise en charge de cette prestation pour Madame N. _____ et vous adresse pour information les photos récentes faites de son état".

Par courrier du 17 décembre 2009, adressé au Dr Z. _____ ainsi qu'à l'assurée, P. _____ a répondu en ces termes:

"[...]

Notre médecin-conseil a pris connaissance de vos lignes du 7 décembre 2009 [...].

En accord avec notre médecin-conseil, nous vous informons que nous refusons de prendre en charge l'intervention demandée, et ce au motif que l'indication médicale n'est pas justifiée dans le cas d'espèce".

Par courrier du 13 janvier 2010, l'assurée a contesté ce refus, relevant qu'elle regrettait que le médecin-conseil ne l'ait pas examinée avant de prendre sa décision, et a sollicité l'établissement par l'assurance-maladie d'une décision formelle.

Par courrier du 13 janvier 2010, le Dr F._____, spécialiste en gynécologie et obstétrique, gynécologue traitant, a fait savoir au médecin-conseil de P._____ qu'il s'étonnait que l'assurance n'ait pas procédé à une évaluation clinique de l'assurée avant de se prononcer. Il a attesté que l'assurée était très handicapée par une ptose très importante de sa poitrine dont le poids (400 à 500 g par côté) lui provoquait des douleurs aux épaules, à la nuque ainsi qu'un écrasement du sternum, malgré le port de différents soutiens-gorge. Il a encore relevé que pour lui, il paraissait logique que P._____ réévalue le cas ou demande au minimum la réévaluation du cas par un troisième médecin.

Par courrier du 20 janvier 2010, l'assurée a écrit à P._____, sollicitant à nouveau un réexamen de son cas et expliquant ce qui suit:

"Le poids de mes seins devient un handicap car je ressens de plus en plus de douleurs sous les seins et sur le sternum. Ce poids devient aussi très pénible pour mes épaules et mon dos, d'autant plus que j'ai de l'arthrose aux deux épaules.

Mon poids est de 65 kg et je mesure 1.61 m.

D'autre part, si j'envisage une telle opération et tous les désagréments que cela comporte, vous devez bien penser qu'à mon âge, ce n'est pas une question d'esthétique".

Le 21 janvier 2010, le Dr Z._____ a écrit en ces termes à l'assureur-maladie, sollicitant un réexamen du cas de l'assurée :

"Ces quelques lignes afin de vous fournir des éléments complémentaires concernant Madame N._____.

Poids: 65 kg

Taille: 1.61 cm

Mme N._____ se plaint de douleurs des épaules et au niveau du sternum.

Cliniquement, elle se tient voûtée avec une cyphose importante. Le trapèze est douloureux sauf en position couchée.

Par ailleurs, elle souffre de douleurs au niveau du sternum et du manubrium et des sterno-costales qui ne sont pas calmées par un soutien-gorge".

Dans son rapport du 28 janvier 2010, la Dresse W._____ médecin-conseil de P._____ a déterminé que l'indice de masse corporelle de l'assurée (IMC ou BMI) était de 25.08, sur la base des données transmises par le Dr Z._____ (161 cm pour 65 kg). Elle l'a commenté en ces termes: "en regardant les photos, je doute de ce BMI".

Le 4 février 2010, le Dr H._____, spécialiste en médecine interne générale, également médecin-conseil de P._____ a pris position en ce sens qu'il était nécessaire que la Dresse W._____ examine personnellement l'assurée et établisse un rapport médical.

Par courrier du 12 février 2010, le Dr Z._____ a informé le médecin-conseil de P._____ que l'intervention prévue initialement le 24 février 2010 avait été reportée afin que l'assurance ait le temps de se déterminer sur la situation.

Par courrier du 18 mars 2010, l'assurée a écrit à P._____ en sollicitant une prise de position rapide, précisant que depuis quatre mois, elle supportait des douleurs assez pénibles et qu'elle souhaitait pouvoir se faire opérer au plus vite.

Dans son rapport médical du 10 avril 2010, établi sur demande de P._____, le Dr L._____, spécialiste en médecine interne, indiquait les diagnostics suivants: une gonarthrose gauche, pour laquelle une prothèse partielle avait été posée, une polyarthrose, traitée par antalgiques et anti-inflammatoires en cas de nécessité, ainsi qu'une diverticulose asymptomatique. Il a précisé qu'il suivait l'assurée

occasionnellement depuis 1988 pour les atteintes à la santé mentionnées et quelques affections intercurrentes banales.

Sur demande de P._____, l'assurée a été examinée le 11 juin 2010, par la Dresse V._____, spécialiste en rhumatologie. Dans son rapport médical du 22 juin 2010, elle a indiqué ce qui suit:

"1. Diagnostics:

Polyarthrose:

Cervico-dorsalgies sur

- trouble statique

- perte de 4 cm de hauteur

Status après mise en place d'une hémiprothèse du genou gauche en 2003

Status après mise en place d'une prothèse totale de la hanche droite en 2007

Status après intervention pour arthrose trapézo-métacarpienne gauche en 2008

Ptose mammaire.

2. Traitements déjà entrepris:

AINS toutes les 48 heures sous protection de Pantazol, principalement pour les douleurs des épaules, des mains et des pieds depuis de nombreuses années. Physiothérapie pour le bas du dos, il y a de très nombreuses années et les différentes interventions orthopédiques.

3. Résultat des traitements entrepris:

Bonne évolution des interventions chirurgicales; persistance des douleurs des épaules, des mains et des pieds. Aggravation des douleurs cervico-dorsales, apparition de douleurs sternales, attribuées à la ptose mammaire.

[...]

6. Est-ce que la réduction mammaire reste le seul traitement encore possible?

Je n'ai pas à évaluer l'importance de la ptose mammaire.

Les douleurs cervicales et dorsales sont anciennes, mais ne figurent pas au premier plan ces derniers temps. La patiente a perdu 4 cm de hauteur. Il n'est pas exclu que la problématique ostéo-articulaire participe à la symptomatologie actuelle. Un bilan radiologique des rachis cervico-dorso-lombaire me paraît indiqué, notamment à la recherche de fracture ostéoporotique, et peut-être par la suite une densitométrie avec introduction d'un traitement si l'examen s'avère pathologique. Un traitement de physiothérapie pour le rachis me paraîtrait indiqué.

8. Poids et taille de l'assurée le jour de la consultation

66 kg, 157 cm (préalablement 161 cm)".

Le 15 novembre 2010, l'assurée a écrit à sa protection juridique pour l'informer qu'elle allait se faire opérer quelle que soit la décision définitive de P._____, expliquant que la situation était de plus en plus douloureuse pour elle.

Dans une prise de position interne du 30 décembre 2010, P._____ a refusé la prise en charge de la prestation, expliquant ce qui suit:

" Notre médecin-conseil, le Dr H._____, a bien évidemment examiné le dossier médical.

Une opération de réduction mammaire ne représente une prestation obligatoire que si l'hyperplasie mammaire entraîne des troubles physiques ou psychiques présentant un caractère de maladie, que ces troubles sont dus selon toute vraisemblance à la taille de la poitrine et qu'ils ne peuvent être guéris ou soulagés que par une opération. Ces trois facteurs doivent coexister.

Madame N._____ était vue par le Dr V._____ pour une évaluation définitive. Les indications sont: polyarthrose, cervico-dorsalgies dégénératives, ptose mammaire etc.

Le lien de causalité vraisemblable entre l'hypertrophie mammaire et les douleurs ne sont pas dus selon toute vraisemblance à la taille de la poitrine et ainsi pas une prestation à la charge de la LAMal.

Comme Madame N._____ a la couverture "classic" et que nous n'avons pas de possibilité de refuser l'intervention chirurgie esthétique (classic, 11), vous pouvez garantir la réduction mammaire en LCA. Par contre uniquement pour frais "traitement ambulatoires selon tarif LAMal". Comme le stipule l'art. 11.3., les traitements stationnaires sont pris en charge au maximum jusqu'à concurrence du tarif en vigueur dans la division générale d'un hôpital public du canton de domicile avec un mandat de prestations selon l'art. 39 de la LAMal. Si Madame N._____ fait l'intervention en privé elle devra assumer la différence de frais par soi-même".

Par courrier du 7 janvier 2011, P._____ a écrit ce qui suit à la Dresse V._____ :

"[...]

Bien que nos médecins-conseils puissent comprendre votre point de vue, il n'en demeure pas moins que votre argumentation n'est révélatrice d'aucun élément déterminant susceptible de pouvoir nous

permettre de reconsidérer objectivement ce dossier à l'avantage de votre patiente, du moins sur le plan de la LAMal.

Fort d'une jurisprudence constante en vigueur, il s'avère qu'une opération de réduction mammaire ne constitue une prestation obligatoire que si l'hyperplasie mammaire entraîne des troubles physiques et psychiques présentant un caractère vrai de maladie, que ces troubles sont dus selon toute vraisemblance à la taille de la poitrine et qu'ils ne peuvent être guéris ou soulagés que par une opération; ces trois facteurs doivent coexister.

S'il est un fait indéniable que des seins lourds et volumineux rendent la vie quotidienne pénible et constituent une gêne pour de nombreuses activités, il n'en demeure pas moins qu'ils n'entraînent pas pour autant de symptômes de maladie, raison pour laquelle il convient toujours d'évaluer chaque cas individuellement pour apprécier objectivement si une réduction mammaire est nécessaire du point de vue médical et si elle entraîne ainsi une obligation de prestations.

[...]

Du rapport médical que vous avez établi en date du 22 juin 2010 à l'attention de nos médecins-conseils, il ressort que Mme N. _____ souffre - entre autres affections- de polyarthrose, de cervico-dorsalgies dégénératives, de ptose mammaire; comme déjà relevé par l'un de nos médecins-conseils et ce d'autant plus en considération du profil global de la patiente, la pathologie sous-jacente est trop polymorphe pour pouvoir attester du bien-fondé, de l'adéquation et du respect du caractère économique d'une telle intervention; selon toute vraisemblance, le lien de causalité entre l'hypertrophie mammaire de la patiente et les douleurs ne saurait être imputé à la taille de sa poitrine. De fait il ne s'agit pas, en l'espèce, d'une prestation à charge de la LAMal.

Néanmoins, considérant le fait que votre patiente a souscrit, auprès de P. _____, à notre assurance complémentaire "classic" (LCA), conformément au chiffre 11 de nos conditions complémentaires, il nous sera tout de même possible de contribuer au recouvrement des frais découlant d'une telle intervention ce, dans les limites prévues par ce produit d'assurance.

Notre produit "classic" prévoit en effet :

- Une prise en charge des coûts à hauteur de 80% pour une opération des seins

Cas échéant:

- Les traitements ambulatoires sont pris en charge selon les tarifs en vigueur selon la LAMal, donc sur la base du tarmed (art. 11 ch. 2)
- Les traitements stationnaires sont pris en charge au maximum jusqu'à concurrence du tarif en vigueur applicable en cas de séjour effectué en division commune dans un hôpital public conventionné du canton de domicile du patient, avec mandat de prestations conformément à l'art. 39 de la LAMal (art. 11 ch. 3).

Si malgré ce qui précède, la patiente décide de se faire hospitalier en privé, il lui appartiendra alors de devoir supporter la différence (non-négligeable) de coûts résultant d'un tel choix".

Le 31 janvier 2011, le Dr Z._____ a adressé à l'assurée un devis pour une intervention à la clinique [...] pour un montant de 15'700 fr. pour trois jours d'hospitalisation en semi-privé, trois heures en salle d'opération, ainsi que les honoraires des médecins.

Le 30 mars 2011, l'assurée a été opérée à la clinique [...], par les Dr Z._____ et F._____. Le rapport anatomo-pathologique du 8 avril 2011 fait état d'une réduction mammaire de 350 g à droite et 336 g à gauche.

B. Par décision du 27 avril 2011, P._____ a refusé la prise en charge de l'opération de réduction mammaire, pour les mêmes motifs que ceux exprimés dans son courrier du 7 janvier 2011. Dans cette décision, après avoir relevé que l'assurée pourrait bénéficier à certaines conditions d'un remboursement de cette intervention sur la base de la LCA, P._____ lui a signifié ce qui suit:

" (...) Force est d'en conclure objectivement que ce n'est pas le fait de se voir ainsi opposer un déni de prestations qui motive votre cliente à recourir contre la prise de position de son assureur puisque P._____ est, contractuellement, favorable à la prise en charge des frais découlant d'une telle intervention, à caractère non obligatoire, à hauteur du 80% des frais en cas de séjour en division commune dans un hôpital public conventionné du canton de domicile au titre de son produit "classic" (LCA).

Le fait est qu'en l'espèce, votre cliente ne peut simplement prétendre, en la forme à une prise en charge des coûts résultant d'un séjour effectué en division supérieure (privée), au motif que son assurance complémentaire "Hospital Private" ne peut être engagée que pour autant que l'intervention à l'origine d'un séjour hospitalier soit reconnue comme relevant d'un caractère obligatoire, partant que la prise en charge d'une partie des frais découlant de ce séjour soit imputée à l'assurance obligatoire des soins ce que ne manquera certainement pas de prendre en considération le tribunal, auquel cas votre cliente jugerait opportun de recourir contre cette décision (on ne saurait en effet charger la LAMal sans fondement objectif, dans le seul but de permettre à une assurée exigeante de pouvoir prétendre à un confort hôtelier supplémentaire, dont les coûts sont imputables à la LCA)".

Le 24 mai 2011, le Dr Z._____ a écrit à P._____ pour l'informer de ce qui suit:

"Six semaines après l'intervention, j'ai vu ce jour Madame N._____ en parfait état, qui n'a plus aucune douleur au niveau du thorax, de l'appendice xiphoïde et des épaules.

Contrairement à vos suppositions, il semble donc que l'effet de réduction mammaire ait amendé toutes ses douleurs et dès lors, il n'y a plus lieu d'avoir des traitements au niveau physiothérapie et autres.

Sur la base de ce qui précède, j'aimerais donc que vous entriez en matière pour une révision de votre prise de position puisque la patiente a quand même payé pour cette intervention la somme de 15'700 fr".

Par acte du 30 mai 2011, l'assurée, représentée par DAS, protection juridique, a formé opposition à la décision, concluant principalement à son annulation et à la prise en charge de l'intervention au titre de la LAMal, subsidiairement à son annulation et au renvoi à P._____ pour complément d'instruction notamment concernant le dossier radiologique. Elle faisait valoir que le rapport médical de la Dresse V._____ ne pouvait justifier le refus de prise en charge n'ayant pas force probante au motif que le diagnostic posé n'était pas complet, que son style télégraphique était insuffisant et qu'il n'était pas suffisamment motivé. En particulier, à sa lecture, on ne comprenait pas pourquoi ce médecin n'avait pas "à évaluer l'importance de la ptose mammaire". L'assurée relevait également que la Dresse V._____ n'excluait pas que la problématique ostéo-articulaire participât à la symptomatologie, que ce médecin préconisait un bilan radiologique des rachis cervico-dorso-lombaire et enfin qu'elle préconisait un traitement physiothérapeutique sans expliquer en quoi celui-ci serait efficace. Selon l'assurée, si l'avis de la Dresse V._____ devait être suivi, il faudrait à tout le moins compléter l'instruction par un bilan radiologique. Par ailleurs, pour l'assurée, les conditions de prise en charge de l'intervention de réduction mammaire posées par la jurisprudence étaient réalisées. En particulier s'agissant de la condition de l'efficacité et de l'adéquation de l'intervention chirurgicale, elle relevait que tant le Dr Z._____ que le Dr F._____ préconisaient l'intervention et que le premier avait expressément exclu l'efficacité de la physiothérapie, préconisée par la Dresse V._____.

C. Par décision sur opposition du 7 novembre 2011, P._____ a rejeté l'opposition et confirmé son point de vue. Pour elle, il n'y avait pas, au degré de la vraisemblance prépondérante, de lien de causalité entre les douleurs à l'épaule, à la nuque et au sternum et la ptose mammaire, de sorte que l'intervention chirurgicale n'était pas appropriée et n'avait pas à être prise en charge par la LAMal. Pour P._____, les douleurs que présentait l'assurée pouvaient tout à fait être dues à la polyarthrose mise en évidence par la Dresse V._____. Par ailleurs, le fait que l'assurée ait perdu 4 cm de taille en six mois indiquait une ostéoporose généralisée avec d'éventuelles fractures du rachis, ce qui provoquait des douleurs, en particulier dans la région du tronc. Ces manifestations dégénératives étaient en partie à l'origine des douleurs musculo-squelettiques. Dès lors, au vu de la situation médicale, il était discutable que les douleurs soient dues à la ptose mammaire; enfin, la raison pour laquelle les douleurs avaient disparu après l'intervention n'était pas claire.

D. Par acte du 8 décembre 2011, N._____ a formé recours contre la décision sur opposition du 7 novembre 2011, devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Elle a conclu préalablement à la production par P._____ de l'entier de son dossier ainsi qu'à la communication des noms et rapports de tous les médecins-conseils intervenus dans le cadre de son dossier. A titre principal, elle a conclu à l'annulation de la décision sur opposition et à la prise en charge de l'opération de réduction mammaire par P._____, subsidiairement à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause à P._____ pour mesures d'instructions complémentaires. A l'appui de son recours, elle a notamment fait valoir que le premier refus d'entrer en matière du 17 décembre 2009 était basé sur l'avis d'un médecin-conseil dont le nom n'était pas connu et le rapport médical non produit par P._____. Elle a allégué que son passeport établi un mois avant l'examen de la Dresse V._____ indiquait qu'elle mesurait 160 cm alors que cette dernière indiquait 157 cm et que deux mois avant de déposer recours, elle mesurait 159 cm. Elle relevait qu'aucun médecin n'avait jamais

diagnostiqué chez elle d'ostéoporose et que si ces douleurs avaient été en lien avec ce diagnostic, il fallait admettre qu'elles n'auraient pas disparu avec l'intervention chirurgicale. Quant à l'opinion de la Dresse V. _____ selon laquelle la physiothérapie était indiquée, elle n'était pas motivée, de sorte que des mesures d'instructions complémentaires apparaissaient nécessaires. Par ailleurs, si l'on examinait sa situation à l'aune de la jurisprudence, il fallait admettre que les critères posés pour la prise en charge d'une réduction mammaire étaient remplis. En effet, en premier lieu, s'agissant du critère relatif à l'importance de la réduction mammaire, il fallait admettre que la masse de tissus retirés, soit 350 g à droite et 336 g à gauche était suffisamment important au vu des circonstances, notamment de l'âge de la recourante. Quant au lien de causalité entre les douleurs et l'hypertrophie mammaire, il était admis tant par le Dr Z. _____ que par le Dr F. _____. En troisième lieu, il fallait admettre qu'un IMC de 25.08 permettait de retenir une absence d'adiposité. Enfin, il fallait admettre que l'opération était efficace et adéquate puisque la recourante ne souffrait plus à la suite de celle-ci, et qu'elle avait bénéficié de séances de physiothérapie des années plus tôt, sans succès.

Dans sa réponse du 10 février 2012, P. _____ a maintenu sa position. Elle a fait valoir que les critères de la masse de tissus retirée, et de l'absence d'adiposité, permettant d'aider, à titre indicatif, à l'évaluation du lien de causalité entre les troubles et l'hypertrophie mammaire et au final de juger du caractère adéquat d'une opération de réduction mammaire, n'étaient pas réalisés en l'espèce. La recourante n'avait pas prouvé d'une autre manière l'adéquation de l'opération. L'intimée a par ailleurs produit différentes pièces, notamment celles qui sont énumérées ci-après:

- un courrier du 2 mars 2011 adressé par P. _____ au Dr Z. _____ l'informant qu'elle prenait en charge, au titre de l'assurance privée, l'intervention chirurgicale, jusqu'à concurrence du 80% du tarif applicable en cas de séjour effectué en division commune dans un hôpital public conventionné du canton de domicile de la patiente. En l'occurrence,

le tarif applicable était de 634 fr. par jour qu'elle couvrait à hauteur de 80%;

- un décompte de prestations du 11 mai 2011 adressé à la recourante indiquant que P._____ a pris en charge au titre de l'assurance privée (prestation de "Classic-LCA") le 80% d'un montant de 1'902 fr. correspondant aux frais d'hospitalisation dans une division générale d'un hôpital public conventionné pour trois jours;

- deux prises de position du Dr S._____, spécialiste en médecine interne et médecin-conseil de P._____, respectivement datées du 12 août 2011 et du 23 septembre 2011.

Dans sa première prise de position, ce médecin remarquait que suite à l'absence de prise de position par la Dresse V._____ le 22 juin 2010, sur le lien de causalité entre les douleurs et l'hyperplasie mammaire, il aurait fallu procéder à un examen par le médecin-conseil. Cependant, dès lors que l'opération avait eu lieu, on ne pouvait plus procéder à un examen médical et il n'était plus utile de procéder à une expertise.

Dans sa seconde prise de position, le Dr S._____ a d'abord résumé les éléments médicaux présents au dossier, soit notamment les suivants:

- le contenu du rapport médical du Prof. Z._____ du 7 décembre 2009 (cf. supra consid. A);
- la prise de position du Dr H._____, du 4 février 2010 (cf. supra, consid. A);
- le courrier du Dr F._____ du 13 janvier 2010 (cf. supra, consid. A);
- le rapport médical du 28 janvier 2010 de la Dresse W._____ (cf. supra, consid. A);

- le rapport médical du 10 avril 2010 du Dr L._____ (cf. supra, consid. A);
- le rapport médical du 22 juin 2010 de la Dresse V._____ (cf. supra, consid. A);
- le rapport médical du 24 mai 2011 du Dr Z._____ (cf. supra, consid. A);

Le Dr S._____ a ensuite constaté que l'assurée se plaignait de douleurs à la nuque, aux épaules et au sternum. Sur la base des rapports médicaux présents au dossier, il a relevé que des modifications du squelette étaient connues: de la polyarthrose ainsi qu'une perte de taille importante, soit 4 cm en six mois, due selon toute vraisemblance à une ostéoporose généralisée, avec de possibles fractures de vertèbres, car il n'existait pas d'autres explications cliniques à une telle perte de taille. Il fallait s'attendre à des changements dégénératifs, également au niveau du rachis. Les douleurs musculo-squelettiques étaient largement expliquées par l'ostéoporose. Avec de tels diagnostics, il fallait également s'attendre à une atrophie musculaire dans le sens d'un déconditionnement, ce qui pourrait encore aggraver les plaintes. Selon le Dr S._____, la raison pour laquelle les plaintes avaient disparu après l'opération, n'était pas claire. La garantie de prise en charge ne pouvait dès lors pas être accordée pour l'opération de réduction mammaire.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-maladie, à moins que la LAMal (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie; RS 832.10) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAMal). Les décisions sur opposition sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 al. 1 et 58 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

Interjeté en temps utile et respectant les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). De valeur litigieuse inférieure à 30'000 fr., la cause doit être tranchée par un membre de la Cour, statuant comme juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. Le litige porte sur la prise en charge par P._____, dans le cadre de l'assurance-maladie obligatoire des soins, des coûts relatifs à l'opération de réduction mammaire ayant eu lieu le 30 mars 2011.

3. a) En vertu de l'art. 24 LAMal, 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 LAMal.

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 ou ses séquelles. Ces prestations doivent être efficaces, appropriées et économiques (art. 32 al. 1 LAMal).

b) La prise en charge, par l'assurance obligatoire des soins, d'une opération de réduction mammaire dépend, en plus des critères de l'efficacité, du caractère approprié et de l'économicité, de conditions spécifiques dégagées par la jurisprudence (TFA K 147/05 du 7 août 2006, consid. 2.2). Ainsi, quoique non prévue par le catalogue de l'OPAS (ordonnance du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie; RS 832.112.31), l'opération de réduction des seins constitue une prestation à 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 (ATF 130 V 299, consid. 2 et 3, avec les références; TFA K 147/05 du 7 août 2006, consid. 2.2; TFA K 132/04 du 2 février 2006, consid. 2.2). Une indication médicale à une intervention est admise, c'est-à-dire que le caractère approprié de la prestation sera reconnu, à partir du moment où une réduction de poids d'environ 500 grammes ou plus de chaque côté est envisagée ou exécutée et pour autant que l'assurée souffre de douleurs dues à l'hypertrophie et ne présente pas d'adiposité. Une personne présente une surcharge pondérale (adiposité) lorsque l'indice de masse corporelle (IMC ou Body Mass Index [BMI]) est supérieur à 25 (ATF 130 V 299, consid. 3; TFA K 147/05 du 7 août 2006, consid. 2.2).

Selon la jurisprudence, le critère déterminant est l'existence d'un lien de causalité entre l'hypertrophie mammaire et les troubles physiques ou psychiques; à cet égard, le calcul de l'IMC et la quantité de tissus mammaires enlevée n'ont qu'une valeur indicative, en ce sens qu'ils aident à déterminer s'il existe un tel lien de causalité (ATF 121 V 211; TFA K 147/05 du 7 août 2006, consid. 2.2 et 6.1). Lorsque la quantité de tissu enlevée n'atteint de loin pas la valeur indicative de 500 g, ce n'est toutefois qu'en présence de circonstances tout à fait particulières que l'on peut admettre, en se conformant à la règle de la vraisemblance prépondérante, que les troubles physiques ou psychiques revêtent le caractère de maladie et qu'ils sont dus à l'hypertrophie mammaire (ATF 121 V 211, en particulier consid. 6b).

En définitive, seule une appréciation globale de l'ensemble des circonstances du cas particulier permet de déterminer si une assurée présente des troubles pathologiques suffisamment importants pour justifier une prise en charge d'une mammoplastie de réduction (TFA K 147/05 du 7 août 2006, consid. 6.1).

c) Selon la jurisprudence, on ne saurait de manière générale déduire de la disparition des symptômes postérieurement à l'opération que celle-ci était appropriée. En effet, tant l'efficacité d'une prestation que

son caractère adéquat en tant que critères de la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins doivent être appréciés de manière pronostique (ATF 130 V 299, consid. 5.2; TFA K 147/05 du 7 août 2006, consid. 2.3).

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 physique ou psychique (ATF 128 V 165, consid. 5c/aa; TFA K 147/05 du 7 août 2006, consid. 2.3). La question du caractère approprié d'une prestation 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 (ATF 127 V 146, consid. 5; TFA K 147/05 du 7 août 2006, consid. 2.3). Le caractère approprié relève en principe de critères médicaux et se confond avec la question de l'indication médicale: lorsque l'indication médicale est clairement établie, le caractère approprié de la prestation l'est également (ATF 125 V 99, coonsid. 4a; TFA K 147/05 du 7 août 2006, consid. 2.3). 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 (ATF 130 V 299, consid. 6.1). 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 ou auraient pu constituer une possibilité de traitement alternatif et efficace. Si tel est le cas, il convient encore d'examiner laquelle des deux prestations est la mieux appropriée (ATF 130 V 299; TFA K 147/05 du 7 août 2006, consid. 2.3; TFA K 94/04 du 26 septembre 2005, consid. 3.2).

d) aa) Selon le principe inquisitoire régissant la procédure dans le domaine des assurances sociales, les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a

besoin (art. 43 al. 1 première phrase LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés, c'est-à-dire au degré de la vraisemblance prépondérante (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007, consid. 3.2). Dans la mesure où l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément d'instruction (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007, consid. 3.2).

bb) Conformément au principe de la libre appréciation des preuves (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dans le domaine médical, le juge doit ainsi examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, avant de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008, consid. 4.2).

Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt que sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical, n'est ni son origine, ni sa désignation mais son contenu (TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2). A cet égard, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, enfin que les conclusions du rapport soient dûment motivées (ATF 133 V 450, consid. 11.1.3; ATF 125 V 351, consid. 3a; TF 9C_773/2007 du 23 juin 2008, consid. 2.1; TF 9C_168/2007 du janvier 2008, consid. 4.2; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes mêmes faibles quant à la fiabilité et à la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPG ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465; TF 8C_456/2010 du 19 avril 2011, consid. 3).

cc) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde généralement sa décision sur des faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible; la vraisemblance prépondérante suppose que d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération. En droit des assurances sociales, il n'existe pas de principe selon lequel le juge ou l'administration devrait, en cas de doute, statuer en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39, consid. 6.1 et les références).

4. En l'espèce, pour que l'opération de réduction mammaire soit prise en charge par l'assurance obligatoire des soins, il est donc nécessaire, afin de satisfaire au critère du caractère approprié de la prestation au sens de l'art. 32 al. 1 LAMal, qu'un lien de causalité soit établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, entre l'hypertrophie mammaire et les douleurs de la recourante à la nuque, aux épaules ainsi qu'au sternum.

A ce sujet, s'opposent en particulier les avis médicaux des Dr Z._____, d'une part et celui du Dr S._____, d'autre part. Pour le premier, une opération de réduction mammaire était clairement indiquée, la recourante souffrant de douleurs cervico-dorsales, aux épaules et au sternum, présentant par ailleurs une cyphose des vertèbres cervicales avec une hyperlordose dorso-lombaire. Le second, quant à lui, attribue les douleurs de la recourante aux modifications de son squelette - soit à une perte de taille importante (quatre centimètres en six mois) due selon toute vraisemblance à une ostéoporose généralisée - ainsi qu'à la polyarthrose qu'elle présente; ainsi pour ce médecin, il n'y a pas de lien de causalité entre les douleurs et l'hypertrophie mammaire, de sorte que l'opération de réduction mammaire qui a été effectuée le 30 mars 2011 n'était pas appropriée.

L'opinion du Dr S._____ tient compte des avis médicaux précédents, en particulier ceux des Dr L._____ et V._____, qui ont diagnostiqué la polyarthrose dont souffre la recourante. Tout comme le Dr S._____, la Dresse V._____ a estimé que les douleurs étaient - à tout le moins en partie - liées à cette atteinte à la santé. Quant au diagnostic d'ostéoporose, il est motivé par le fait que la recourante a perdu quatre centimètres de taille en six mois ainsi qu'à son âge. Même si elle conteste ce diagnostic, elle n'apporte aucun élément, en particulier aucun rapport médical, qui permettrait sérieusement de le mettre en doute. L'avis médical du Dr S._____ a donc été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, prend en considération les plaintes de la recourante, est fondé sur des examens complets, et ses conclusions sont motivées, de sorte qu'il a valeur probante. Il apparaît ainsi établi au degré de la vraisemblance prépondérante que les douleurs de la recourante sont dues à la polyarthrose ainsi qu'à l'ostéoporose et non à l'hypertrophie mammaire.

Quant à l'avis du Dr Z._____, il ne permet pas de mettre en doute cette appréciation. En effet, ce dernier médecin a considéré qu'une réduction mammaire était indiquée, sans tenir compte du fait que la recourante présentait d'autres atteintes à la santé que l'hyperplasie

mammaire, telle la polyarthrose, ces atteintes ayant selon toute vraisemblance une influence sur ses douleurs à la nuque, au sternum et aux épaules. Par ailleurs, le constat selon lequel les douleurs ont disparu après l'intervention ne permet pas à lui seul de conclure que la réduction mammaire était appropriée (cf. supra consid. 3c). A cela s'ajoute le fait que les valeurs indicatives posées par la jurisprudence, aidant à établir l'existence d'un lien de causalité entre les douleurs que présente une assurée et son hypertrophie mammaire, ne sont pas remplies. En effet, d'une part, la quantité de tissus enlevée, à savoir 336 g du côté gauche et 350 g du côté droit est loin d'atteindre la valeur indicative minimale de 500 g de chaque côté, préconisée par la jurisprudence. D'autre part, le critère d'absence d'adiposité n'est pas réalisé non plus, puisqu'en l'occurrence l'IMC de la recourante a oscillé avant l'opération entre 25.08 (valeur au 21 janvier 2010) et 26.78 (valeur au 22 juin 2010). Comme cela ressort de la jurisprudence, lorsque les valeurs indicatives ne sont de loin pas atteintes, comme c'est le cas en l'occurrence s'agissant de la quantité de tissus enlevée, le lien de causalité entre l'hypertrophie mammaire et les troubles physiques n'est admis qu'en cas de circonstances tout à fait particulières (cf. supra consid. 3c). A cet égard, les éléments mis en évidence par le Dr Z._____, soit notamment une poitrine lourde et douloureuse ou encore un creusement de la peau dû aux sillons de bretelles de soutien-gorge ne peuvent être considérés comme tout à fait particuliers (cf. à cet égard ATF 121 V 211, consid. 6b).

Ainsi, l'existence d'un lien de causalité entre les douleurs de la recourante et l'hypertrophie mammaire n'est pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante. Une mesure d'instruction complémentaire à cet égard n'est pas nécessaire. L'opération de réduction mammaire n'était pas appropriée au sens de l'art. 32 al. 1 LAMal et partant n'est pas à la charge de l'assurance obligatoire des soins.

5. Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition confirmée. La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir des frais judiciaires. La

recourante n'a pas le droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA a contrario).

**Par ces motifs,
la juge unique
prononce :**

- I. Le recours déposé le 8 décembre 2011 par N._____ est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue le 7 novembre 2011 par P._____ est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.

La juge unique :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- DAS, protection juridique (pour N._____),
- P._____,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :