

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 13 janvier 2014

Présidence de Mme PASCHE
Juges : Mme Di Ferro Demierre et M. Métral
Greffier : M. Bohrer

Cause pendante entre :

S._____, à [...], recourante, représentée par Me Philippe Chaulmontet,
avocat à Lausanne,

et

ASSURANCE X._____ **SA**, à [...], intimée.

Art. 24 à 34 LAMal ; 33 let. a et c, 37a let. b, 37d OAMal ; 1 OPAS

E n f a i t :

A. S._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1975, est affiliée auprès d'Assurance X._____ SA (ci-après : la caisse) pour l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (ci-après : AOS). Ayant présenté un cancer au niveau du sein gauche, elle a subi une tumorectomie en janvier 2011 suivie d'une radiothérapie ayant pris fin le 24 juin 2011.

Par lettre du 31 août 2011, la Dresse Q._____, chef de clinique au sein du Service de chirurgie plastique et reconstructive du Centre médical Y._____, consultée par l'assurée, s'est adressée à la caisse pour lui faire savoir que sa patiente présentait actuellement une asymétrie mammaire qui la gênait, avec une distance sternum-mamelon de 25 cm à droite et de 23 cm à gauche, l'invitant à se prononcer sur la prise en charge d'une intervention de symétrisation mammaire.

Afin de pouvoir prendre position, la caisse, par courrier du 20 septembre 2011, a prié la Dresse Q._____ de lui adresser des photos de l'assurée.

Le 3 octobre 2011, la caisse a écrit au Service de chirurgie plastique et reconstructive du Centre médical Y._____ que sur la base des informations transmises à son médecin-conseil, les conditions de la prise en charge de l'intervention n'étaient pas réunies selon l'art. 25 LAMal et qu'elle ne pouvait dès lors accéder à sa demande.

Le 14 octobre 2011, la Dresse Q._____ s'est adressée en ces termes au médecin-conseil de la caisse :

"Suite à votre refus concernant ma demande de prise en charge pour une symétrisation mammaire droite à la suite d'une tumorectomie du sein gauche pour un cancer et par conséquent la diminution de taille de celui-ci chez une très jeune patiente, je vous prie de convoquer la patiente à votre meilleure convenance afin d'évaluer la situation et de pouvoir remettre en cause votre refus."

Après avoir examiné l'assurée le 23 novembre 2011, le Dr D._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin-conseil de la caisse, a expliqué par courrier du 1^{er} décembre 2011 à la Dresse Q._____ que le sein gauche avait été opéré avec une reconstruction immédiate ; il était calme. Le sein droit, sain, était asymétrique, un peu plus grand que le sein gauche. Toutefois, le Dr D._____ notait que la réduction mammaire du sein non malade n'était pas une prestation à la charge de l'assurance, conformément à la jurisprudence en vigueur.

Par courrier du même jour à l'assurée, la caisse a maintenu la prise de position exprimée dans son courrier du 3 octobre 2011.

Le 5 avril 2012, la Dresse Q._____ a rappelé que sa patiente présentait une asymétrie mammaire importante avec un sein droit beaucoup plus volumineux que le sein gauche, avec une distance sternum-mamelon de 24 cm à droite et de 23 cm à gauche, requérant de la caisse la prise en charge de la réduction mammaire à droite. Elle a joint à son envoi un article du quotidien "Le Courrier" du 9 février 2012, titrant "Le droit à des seins symétriques", selon lequel la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral améliorerait la prise en charge des reconstructions mammaires, le sein intact pouvant aussi être remodelé.

Par courrier du 1^{er} mai 2012 au Service de chirurgie plastique et reconstructive du Centre médical Y._____, la caisse a expliqué que son médecin-conseil avait réexaminé le cas, mais que les critères de prise en charge de la nouvelle jurisprudence n'étaient pas remplis.

Le 12 juin 2012, la Dresse K._____, médecin assistante aînée au sien de l'Unité de sénologie du Département de gynécologie obstétrique et génétique médicale du Centre médical Y._____, a adressé le courrier suivant au médecin-conseil de la caisse :

"Il s'agit d'une jeune patiente de 37 ans, diagnostiquée en novembre 2010 pour un carcinome canalaire invasif du sein gauche qui a nécessité une tumorectomie et une recherche de ganglion

sentinelle gauche. Le traitement chirurgical a été complété par une radiothérapie adjuvante qui a pris fin le 24.06.2011.

J'ai vu Mme S. _____ à ma consultation en présence de la Dresse Q. _____, chirurgienne plasticienne, la première fois en août 2011 puis à nouveau en avril 2012 pour une demande de symétrisation.

Au plan sénologique, la patiente présente un bonnet C à D, les seins sont ptosiques. Après tumorectomie, le sein gauche a considérablement diminué de volume, ce qui crée une asymétrie importante. Chez cette jeune patiente, le problème n'est pas seulement esthétique mais bien plus le fait qu'elle doive porter des soutiens-gorge de la taille du sein opéré pour équilibrer, ce qui n'est pas vraiment recommandé, et qu'elle se retrouve donc avec des problèmes importants de drainage du côté droit.

D'autre part, pour rétablir la symétrie mammaire, nous devrions mettre en place une prothèse mammaire dans le sein gauche, ce qui est une contre-indication absolue dans le contexte d'un status après irradiation mammaire et exposerait la patiente à des complications postopératoires importantes à savoir capsulite et problèmes de cicatrisation.

Pour toutes ces raisons, nous estimons qu'une réduction du sein droit est justifiée et devrait être prise en charge par l'assurance obligatoire selon les critères de prise en charge de la nouvelle jurisprudence."

Par courrier du 6 juillet 2012 à la Dresse K. _____, la caisse a maintenu sa position.

Le 4 septembre 2012, la caisse a rendu une décision de refus de prise en charge d'une symétrisation mammaire, en exposant que selon les informations médicales en possession de son médecin-conseil et à la suite de la consultation du 23 novembre 2011 à son cabinet, il estimait que l'intervention chirurgicale envisagée au sein droit sain n'avait pas valeur de maladie, refusant ainsi la prise en charge de la symétrisation mammaire envisagée.

Le 2 octobre 2012, l'assurée, par son conseil, s'est opposée à cette décision. Elle a en substance fait valoir que les critères posés par l'arrêt du Tribunal fédéral du 6 janvier 2012 étaient remplis, concluant à la prise en charge de l'intervention de symétrisation mammaire.

Le Dr H. _____, spécialiste en médecine interne générale, s'est vu soumettre par la caisse le dossier de l'assurée. Dans son rapport

médical du 21 novembre 2012, il a estimé que la réduction du sein droit n'était pas à la charge de l'AOS, constatant que la différence de distance sternum-mamelon entre le sein gauche et le droit était de 2 cm, que la correction du sein droit, avec pour but de corriger l'asymétrie, n'avait pas valeur de maladie, que le déséquilibre de la poitrine n'avait pas besoin d'être rétabli par une intervention sur le sein droit et qu'il n'y avait pas de prestation de physiothérapie ni de consultation chez un psychologue ou un psychiatre pouvant justifier des problèmes physiques ou psychiques.

Par décision du 19 décembre 2012, la caisse a rejeté l'opposition de l'assurée. Elle a notamment retenu qu'aucun trouble dû à des phénomènes pathologiques qui pourrait justifier une prise en charge par l'AOS ne ressortait des rapports médicaux, ses médecins-conseils estimant l'asymétrie insuffisante pour ouvrir un droit aux prestations.

B. Par acte du 1^{er} février 2013, S._____, représentée par l'avocat Philippe Chaulmontet, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à la prise en charge par l'intimée de l'opération de symétrisation mammaire par la réduction du sein droit. En substance, elle fait valoir que la tumorectomie du sein gauche, la recherche de ganglion sentinelle et la radiothérapie adjuvante ont provoqué une asymétrie mammaire significative et notoire, confirmée par la Dresse K._____ le 12 juin 2012. Elle ajoute être handicapée psychiquement et socialement, déplorant que la caisse n'ait pas pris en compte l'impact psychologique de cette asymétrie ainsi que les problèmes de drainage du côté droit qui découlent de l'asymétrie mammaire. A titre de mesures d'instruction, elle requiert la mise en œuvre d'une expertise judiciaire psychiatrique avec pour but de déterminer les troubles psychologiques provoqués par son asymétrie mammaire ainsi que leur gravité.

Le 12 février 2013, la recourante a produit des photographies visant à démontrer son asymétrie mammaire. Estimant leur qualité médiocre, elle a requis la mise en œuvre d'une expertise ayant pour but de déterminer l'ampleur de l'asymétrie mammaire qu'elle présente.

Dans sa réponse du 5 mars 2013, l'intimée conclut au rejet du recours, en exposant qu'il n'existe selon elle pas de différence notable ou significative de volume entre les deux seins de la recourante permettant de prendre en charge l'intervention sur son sein droit sain.

Par réplique du 13 juin 2013, la recourante fait valoir que la seule différence de centimètres sternum-mamelon entre le sein gauche et le droit ne saurait être l'unique élément à prendre en compte pour retenir le caractère significatif ou notable de l'asymétrie qu'elle présente, ces mesures étant insuffisantes pour déterminer la différence de volume entre les deux seins. Elle produit avec son écriture deux rapports médicaux des 22 mai et 10 juin 2013 du Dr P._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, et de la psychologue L._____, qui posent le diagnostic d'épisode dépressif moyen à sévère et relèvent notamment qu'entre le traumatisme provoqué par l'annonce du diagnostic d'un cancer, les traitements de chimiothérapies, de radiothérapies et médicamenteux, puis l'apparition d'une dissymétrie entre ses deux seins engendrée par l'acte chirurgical, ces événements ont provoqué un traumatisme avec un impact cliniquement significatif sur son mode de fonctionnement présent et futur, avec des attitudes d'évitement (choix de l'habillement et port du costume de bain) et de retrait social avec impossibilité de s'engager dans toute nouvelle relation sentimentale. Pour le psychiatre et la psychologue, l'opération de symétrisation améliorerait l'état psychique de la patiente. Elle produit en outre des photographies couleurs de face et profil de son buste.

Dans sa duplique du 8 juillet 2013, l'intimée maintient sa position. Elle fait valoir que les troubles psychiques n'ont jamais été évoqués à l'appui des demandes successives de prise en charge des 31 août 2011, 5 avril 2012 et 12 juin 2012, celles-ci n'étant mentionnées pour la première fois qu'à l'appui de l'opposition du 2 octobre 2012, sans être étayées par un document médical. Elle relève que les rapports des 22 mai et 10 juin 2013 sont postérieurs auxdites demandes et ont vraisemblablement été établis pour les besoins de la cause, en déduisant

que la préférence doit être donnée à l'avis établi alors que l'intéressée en ignorait les conséquences juridiques.

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 (art. 1 LAMal [loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.10]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). Les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c LPGA).

En l'espèce, le recours a été interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée compte tenu des fêtes de fin d'année ; il satisfait en outre aux autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

b) La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]). Le dossier ne contient pas de données chiffrées, par exemple sous forme de devis, permettant de fixer le coût du traitement médical litigieux. Il n'est donc pas exclu que la valeur litigieuse dépasse 30'000 fr., de sorte que le présent litige doit être tranché par le tribunal dans une composition ordinaire de trois juges (art. 94 al. 1 let. a et al. 4 LPA-VD).

2. Le litige porte sur la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins des coûts afférents à la réduction du sein droit de la recourante.

3. 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. 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. D'après l'art. 33 al. 3 LAMal, le Conseil fédéral détermine également dans quelle mesure l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts d'une prestation nouvelle ou controversée, dont l'efficacité, l'adéquation ou le caractère économique sont en cours d'évaluation. Le Département fédéral de l'intérieur (ci-après : DFI), auquel le Conseil fédéral a délégué à son tour les compétences susmentionnées (art. 33 al. 5 LAMal en relation avec l'art. 33 let. a et c OAMal [ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 ; RS 832.102]), a promulgué l'OPAS (ordonnance sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie du 29 septembre 1995 ; RS 832.112.31). Conformément à l'art. 1 OPAS, l'annexe 1 à cette ordonnance énumère les prestations visées par l'art. 33 let. a et c OAMal - dispositions reprenant textuellement les règles posées aux al. 1 et 3 de l'art. 33 LAMal - qui ont été examinées par la Commission des prestations générales de l'assurance-maladie et dont l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts, avec ou sans condition, ou ne les prend pas en charge.

Aux termes du ch. 1.1 "Chirurgie générale" de l'annexe 1 OPAS, la reconstruction mammaire 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. 1 OPAS) en août 1984 (RAMA 1984 p. 212 ch. 3), puis reprises dans l'ancienne ordonnance 9 du DFI du 18 décembre 1990 sur l'assurance-maladie concernant certaines mesures diagnostiques ou thérapeutiques à la charge des caisses-maladie

reconnues, dans sa version modifiée du 31 janvier 1995 (RO 1995 891 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 50/99 du 8 février 2000 consid. 4b, in RAMA 2000 n° KV 113 p. 126).

Les principes applicables en matière de reconstruction mammaire ont été exposés à l'ATF 111 V 229 portant sur le cas d'une assurée qui avait subi une mastectomie (ablation de la glande mammaire) radicale du côté gauche et sollicitait la prise en charge de l'implantation d'une prothèse mammaire. Au sujet des traitements chirurgicaux, le Tribunal fédéral des assurances 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. En revanche, un défaut uniquement esthétique, sans rapport avec un processus morbide, n'était pas un risque assuré (ATF 111 V 232 consid. 1c et la référence).

Ainsi, dans les limites de l'assurance-maladie, le but du traitement médical était d'éliminer de la manière la plus complète possible les atteintes physiques ou psychiques à la santé. A cet égard, l'amputation d'un sein médicalement indiquée était une atteinte, secondaire, due à la maladie ou à un accident, dont l'élimination relevait du traitement chirurgical. Or les opérations ayant pour objet de corriger des altérations - d'une certaine ampleur - de parties du corps visibles et spécialement sensibles sur le plan esthétique devaient, si certaines conditions étaient remplies, être prises en charge par les caisses-maladie comme prestations légales obligatoires. En ce qui concerne une mastectomie, n'entraient en

considération que des mesures servant en premier lieu à supprimer ce préjudice corporel. Certes, celles-ci rétablissaient en même temps une apparence extérieure et jouaient, par conséquent, un rôle essentiel sur le plan esthétique. Mais elles étaient thérapeutiques, du moins si l'assurée était atteinte dans son intégrité (cf. à ce sujet la prise de position de la Commission fédérale des prestations générales de l'assurance-maladie, in RAMA 1984 p. 212). Ceci dépendait toutefois des particularités du cas concret, notamment du point de savoir si l'amputation avait eu des conséquences significatives sur l'état physique de l'assurée. Aussi, selon la ratio legis, l'assurée avait-elle droit en principe, à la suite d'une amputation mammaire prise en charge par une caisse-maladie au titre des prestations légales obligatoires, aux mesures nécessaires au rétablissement de son état physique (ATF 111 V 234 consid. 3b).

Rendue sous l'empire de la LAMA, cette jurisprudence, du moins les principes qui en découlent, a été reprise dans les cas soumis à la LAMal (arrêts du Tribunal fédéral des assurances K 132/02 du 17 février 2003 consid. 4 et K 85/99 du 25 septembre 2000 consid. 3b, in RAMA 2000 n° KV 138 p. 360 ; voir également Gebhard EUGSTER, Krankenversicherung, in Soziale Sicherheit, SBVR 1998, p. 44 n° 87, notamment les exemples à la note 182).

Toutefois, le Tribunal fédéral des assurances a précisé (arrêts K 80/00 du 28 décembre 2001, in R DAT 2002 II n° 89 p. 331 et K 132/02 du 17 février 2003), que les coûts de reconstruction d'un sein demeuré sain et devenu asymétrique à la suite d'une amputation et de la reconstruction de l'autre sein n'étaient pas à la charge de l'assurance obligatoire des soins au regard du ch. 1.1 annexe 1 OPAS. La prise en charge ne pouvait se justifier que dans l'hypothèse où le défaut causait des troubles physiques ou psychiques ayant valeur de maladie. La jurisprudence s'inspirait de l'arrêt K 85/99 du 25 septembre 2000, in RAMA 2000 no KV 138 p. 357, où le Tribunal fédéral des assurances avait jugé que ce critère était applicable dans le cas d'une asymétrie mammaire congénitale et d'une hypertrophie mammaire.

Dans un arrêt ultérieur du 6 janvier 2012 (ATF 138 V 131), le Tribunal fédéral a rappelé que dans le cas qui avait donné lieu à l'ATF 111 V 229, il avait considéré que l'intervention subie par l'assurée, qui avait permis de redonner au sein amputé un volume et un galbe imitant un sein plus ou moins identique à l'autre, était une mesure propre à rétablir l'intégrité physique de la personne concernée. Il a précisé qu'en principe, la restauration de la poitrine à la suite d'une amputation totale ou partielle devrait sans autre être possible en redonnant au sein amputé son volume et son galbe originels, sans qu'il soit nécessaire d'opérer le sein demeuré sain pour rétablir la symétrie mammaire. Une telle intervention - qui du point de vue de l'assurance obligatoire des soins devrait être la règle - peut cependant parfois ne pas être adéquate ou ne pas répondre au but et aux exigences de la LAMal. Ainsi, le retour à un statu quo ante, dans les limites usuelles et le respect du caractère économique du traitement, peut dans certains cas ne pas être possible car l'intervention n'est pas réalisable d'un point de vue chirurgical ; dans d'autres cas, la restauration de la poitrine dans son état antérieur peut être contre-indiquée pour des raisons médicales objectives (hypertrophie mammaire préexistante) ; enfin, dans d'autres cas encore, la seule réduction du sein non atteint peut se révéler une mesure moins invasive (pas d'implant mammaire pour le sein touché). Dans de telles circonstances, une intervention sur le sein non atteint par la maladie - à la charge de l'assurance obligatoire des soins - peut s'avérer plus adéquate, voire nécessaire, pour rétablir l'intégrité physique de la personne assurée, étant rappelé que celle-ci n'a pas droit à la prise en charge par l'assurance-maladie sociale du correctif général de sa silhouette tel qu'elle le souhaiterait par le biais de la réparation d'un préjudice corporel à la charge de l'assurance ; ainsi, dans l'hypothèse où le retour à un statu quo sine au moyen d'une reconstruction mammaire s'avérerait objectivement impossible à réaliser, seule une différence notable ou significative de volume entre les deux seins permettrait de justifier la prise en charge d'une intervention sur l'autre sein. En d'autres termes, une assurée ne peut prétendre par le truchement d'une prestation à charge de l'assurance sociale visant à la restauration d'un état "ante ou sine" à des mesures visant une modification d'un point de vue esthétique de ce statut. Dès lors que les arrêts K 80/00 du 28 décembre 2001 et K

132/02 du 17 février 2003 n'ont pas pris en compte le fait que l'atteinte corporelle survenue à la suite d'une amputation partielle portait sur un organe pair et n'ont pas examiné la question de la restauration de l'intégrité corporelle de la poitrine dans son ensemble, ils ne peuvent être suivis.

4. En l'espèce, la recourante a subi, en raison d'un carcinome canalaire invasif du sein gauche, une tumorectomie et une recherche de ganglion sentinelle gauche. Le traitement chirurgical a été complété par une radiothérapie adjuvante. Ce traitement a eu pour conséquence le rapetissement du sein gauche. Les Dresses Q._____ et K._____ prévoient la réduction du sein droit pour rétablir la symétrie mammaire.

Il est constant que l'amputation d'un sein, qu'elle soit totale ou partielle, est une altération externe d'une partie du corps visible, particulièrement sensible sur le plan esthétique, portant sur un organe caractéristique de l'appartenance au sexe féminin, susceptible d'affecter le sentiment profond de l'identité personnelle et sexuelle. Le préjudice corporel qui découle d'une telle amputation est double, dans la mesure où l'un des deux organes pairs fait totalement ou partiellement défaut et où l'équilibre de la poitrine s'en trouve rompu (cf. ATF 138 V 131 consid. 8.2.1).

Il n'est pas contesté que conformément à la jurisprudence, la restauration de la poitrine à la suite d'une amputation partielle ou totale devrait être possible en redonnant au sein amputé son volume et son galbe originels, sans qu'il soit nécessaire d'opérer le sein demeuré sain pour rétablir la symétrie mammaire (cf. consid. 3 supra). Toutefois, il ressort de l'avis médical de la Dresse K._____ du 12 juin 2012 que dans le cas de la recourante, pour ne pas toucher le sein droit (sain), il faudrait mettre en place une prothèse mammaire dans le sein gauche, à savoir le sein qui a été traité. Or selon la Dresse K._____, qui n'est pas contredite par d'autres médecins, il s'agit d'une contre-indication absolue dans le contexte d'un status après irradiation mammaire, qui exposerait de surcroît la patiente à des complications postopératoires importantes, à

savoir capsulite et problèmes de cicatrisation. Il découle de ce qui précède que seule la réduction du sein non atteint, soit le sein droit, s'avère adéquate et nécessaire pour rétablir l'intégrité physique de la recourante, la reconstruction mammaire du sein gauche étant impossible à réaliser ou à tout le moins manifestement contre-indiquée.

Il convient dès lors d'examiner encore s'il existe une différence notoire ou significative de volume entre les deux seins justifiant la prise en charge d'une intervention sur l'autre sein.

A cet égard, tous les médecins s'accordent sur le fait que les deux seins sont asymétriques. Ainsi cette asymétrie a été relevée par la Dresse Q._____ (lettre du 31 août 2011, rapports médicaux du 14 octobre 2011 et du 5 avril 2012), par le Dr D._____ (courrier du 1^{er} décembre 2011), par la Dresse K._____ (courrier du 12 juin 2012), par le Dr H._____ (rapport médical du 21 novembre 2012) et par le Dr P._____ (rapports médicaux des 22 mai et 10 juin 2013). S'agissant plus particulièrement de l'ampleur de l'asymétrie, le Dr D._____ ne s'est pas formellement prononcé, expliquant seulement que la réduction mammaire du sein non malade n'est pas une prestation à la charge de l'AOS (courrier du 1^{er} décembre 2011). Le Dr H._____ a pour sa part uniquement mesuré la distance sternum-mamelon, sans se prononcer sur l'ampleur de l'asymétrie, observant comme le Dr D._____ que la correction du sein droit n'a pas valeur de maladie. Or, en leur qualité de médecin-conseil, laquelle joue un rôle déterminant dans l'appréciation de la prise en charge d'un traitement (cf. ATF 127 V 43 consid. 2d p. 47), on aurait pu attendre de ces praticiens qu'ils fournissent un avis circonstancié et motivé sur l'importance des atteintes dues à l'intervention subie par la recourante et, partant, sur l'opportunité des mesures de chirurgie réparatrice envisagées. Quoi qu'il en soit, la Dresse Q._____ a pour sa part bien exposé dans son rapport médical du 5 avril 2012 que l'asymétrie mammaire de sa patiente était importante, avec un sein droit beaucoup plus volumineux que le sein gauche. Quant à la Dresse K._____, elle a expliqué le 12 juin 2012 qu'après la tumorectomie, le sein gauche avait considérablement diminué de volume, ce qui crée une asymétrie importante.

A cela s'ajoute que les photographies de la poitrine de face et de profil produites au dossier attestent manifestement d'une différence notable entre les seins droite et gauche. Cette différence de volume est aussi confirmée par le fait que la recourante doit porter des soutiens-gorge de la taille du sein opéré pour équilibrer, ce qui n'est pas recommandé, et qui induit des problèmes importants de drainage du côté droit (cf. rapport médical de la Dresse K. _____ du 12 juin 2012).

Il résulte de ce qui précède qu'au regard du dossier et des explications données par les médecins traitants, l'opération en cause, savoir la symétrisation mammaire consistant en la réduction du sein droit, doit être mise à la charge de l'intimée au titre de l'AOS.

La décision doit donc être réformée, en ce sens que les coûts afférents à l'intervention de réduction du sein droit de la recourante doivent être pris en charge par l'AOS.

5. La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires. La recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire, a droit à une indemnité de 1'800 fr. à titre de dépens (art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

I. Le recours est admis.

II. La décision sur opposition rendue le 19 décembre 2012 par Assurance X. _____ SA est réformée en ce sens que les coûts liés à l'intervention de réduction du sein droit doivent être

prise en charge par l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie.

III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

IV. Assurance X. _____ SA versera à S. _____ une indemnité de 1'800 fr. (mille huit cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Philippe Chaulmontet, avocat (pour S. _____),
- Assurance X. _____ SA,
- 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).

Le greffier :