

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 17 novembre 2020

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente
Mmes Brélaz Braillard et Berberat, juges
Greffière : Mme Huser

Cause pendante entre :

Z._____, à [...], recourante, représentée par Me Antonella Cereghetti
Zwahlen, avocate à Lausanne,

et

B._____ **SA**, à [...], intimée.

Art. 25 et 32 LAMal ; 61 let. g LPGA

Considérant en fait et droit :

que Z._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1991, est assurée auprès de B._____SA (ci-après : B._____SA ou l'intimée) pour l'assurance obligatoire des soins,

qu'elle a déposé, en date du 28 juillet 2014, par l'intermédiaire de la Dre D._____, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, une première demande de prise en charge d'une réduction mammaire bilatérale, dès lors qu'elle présentait une gigantomastie bilatérale, accompagnée de problèmes cutanés, de dorsalgies, de cervicalgies et de douleurs au niveau des épaules et de la cage thoracique,

que, par courrier du 20 août 2014, B._____SA a refusé d'accorder la garantie de paiement souhaitée, aux motifs que les quatre critères (réduction des tissus mammaires d'au minimum 500 gr des deux côtés, absence d'obésité, douleurs imputables à l'hypertrophie mammaire et adéquation) posés par la jurisprudence fédérale devaient être remplis de manière cumulative et que ce n'était pas le cas en l'espèce, s'agissant des trois derniers critères,

que l'assurée, par l'intermédiaire du Dr Y._____, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, a déposé une deuxième demande de prise en charge de réduction mammaire bilatérale le 3 mars 2016, appuyée par le Dr R._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, laquelle a été refusée par courrier de B._____SA du 11 avril 2016,

qu'une troisième demande a été déposée par l'assurée le 12 janvier 2017, par l'intermédiaire du Prof. G._____, spécialiste en médecine interne générale et diabétologie-endocrinologie, laquelle a fait à nouveau l'objet d'un refus de B._____SA le 3 février 2017,

que le 31 juillet 2017, l'assurée a déposé une quatrième demande, par l'intermédiaire de la Dre F._____, spécialiste en endocrinologie et diabétologie, qui confirmait qu'il n'existait aucune mesure conservatrice permettant de soulager la patiente des cervico-dorsalgies, des folliculites récidivantes et de la détresse psychologique engendrées par la gigantomastie et que, contrairement à ce qui avait été avancé par B.____SA dans son courrier du 3 février 2017, il existait un lien incontestable entre l'état psychopathologique de la patiente et son gigantisme mammaire,

que, par décision du 16 novembre 2017, B.____SA a, une nouvelle fois, refusé la prise en charge des coûts d'une réduction mammaire bilatérale, aux motifs que les critères posés par la jurisprudence pour une telle prise en charge n'étaient pas remplis,

que, dans un rapport du 12 décembre 2017, la Dre C._____, spécialiste en médecine interne générale et diabétologie-endocrinologie et médecin responsable de la consultation de prévention et de traitement de l'obésité au Centre hospitalier M.____ (Centre hospitalier M.____), a notamment relevé qu'il y avait lieu, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, de procéder à une appréciation globale de l'ensemble des circonstances du cas particulier et de ne pas se limiter aux quatre critères évoqués par l'intimée,

que, dans un rapport du 12 décembre 2017, le Dr R.____ a fait état de graves troubles psychopathologiques chez sa patiente incontestablement en lien direct avec le gigantisme mammaire dont elle souffrait,

que, le 15 décembre 2017, l'assurée s'est opposée à la décision de refus de prise en charge d'une réduction mammaire bilatérale, invoquant notamment tous les problèmes rencontrés dans sa vie quotidienne en lien avec la gigantomastie, les souffrances endurées, tant au plan physique que psychologique, et demandant un entretien avec le médecin-conseil de B.____SA,

que, par courrier du 16 janvier 2018, la Dre D._____ a réitéré la demande de prise en charge d'une réduction mammaire, en insistant sur le fait que la gigantomastie dont souffrait sa patiente lui causait de la souffrance tant au niveau somatique que psychologique,

que, par décision sur opposition du 15 juin 2018, B._____SA a rejeté l'opposition formée par l'assurée et confirmé la décision de refus de prise en charge d'une opération de réduction mammaire bilatérale du 16 novembre 2016, aux motifs que les troubles physiques et psychiques de l'assurée n'occasionnaient pas de souffrances ayant valeur de maladie pouvant être mise à la charge de l'assureur-maladie, que l'adiposité de l'assurée constituait un indice parlant contre l'existence d'un lien de causalité entre les douleurs invoquées et l'hypertrophie mammaire, que l'assurée n'avait pas apporté la preuve qu'aucune autre mesure n'était possible, dès lors qu'elle n'avait effectué aucun traitement de physiothérapie jusqu'à ce jour pour tenter de soulager les douleurs somatiques, et qu'aucun diagnostic psychiatrique n'avait été posé,

que, par acte du 15 août 2018, l'assurée, par l'intermédiaire de son conseil, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant, principalement, à la prise en charge, par B._____SA, des coûts de l'opération de réduction mammaire bilatérale, et, subsidiairement, au renvoi de la cause à B._____SA pour complément d'instruction et nouvelle décision,

qu'elle a en substance fait valoir que l'indice de masse corporelle (BMI), de même que la quantité de tissus mammaires à retirer n'avaient qu'une valeur indicative et qu'il fallait procéder à une appréciation globale de l'ensemble des circonstances du cas particulier, que les douleurs cervico-dorsales et les infections cutanées récidivantes constituaient des atteintes à la santé importantes ayant valeur de maladie, que ces atteintes étaient en lien de causalité avec l'hypertrophie mammaire, de même que les troubles psychiques induits par cette problématique, et qu'aucune mesure conservatrice, telle que de la

physiothérapie, ne constituait une possibilité de traitement alternatif efficace,

que la recourante a produit, à l'appui de son recours, notamment un rapport médical de la Dre C._____ du 9 août 2018, indiquant, entre autres, que la quantité de tissus mammaires à retirer était estimé à 7-8 kg, ainsi qu'un rapport médical du Dr R._____ daté du même jour, faisant état d'une réaction dépressive grave, de caractère concomitant directement liée au gigantisme mammaire bilatéral,

que, par réponse du 10 décembre 2018, l'intimée, s'appuyant sur une prise de position de son médecin-conseil du 4 septembre 2018, a relevé qu'aucun diagnostic différentiel en ce qui concernait l'étiologie des troubles musculo-squelettiques, ni aucun résultat d'examen, ni tentative de traitement par physiothérapie ou dermatologique ne figurait au dossier médical de la recourante et que les rapports produits ne faisaient apparaître aucune indication médicale exploitable permettant d'admettre l'existence d'un lien de causalité au degré de la vraisemblance prépondérante entre les maux somatiques et psychiques et l'hyperplasie mammaire,

que, par réplique du 1^{er} avril 2019, la recourante a fait valoir que, contrairement à ce que soutenait l'intimée, le diagnostic de gigantomastie, son étiologie et ses effets avaient fait l'objet d'une analyse fouillée de la part de la Dre C._____ et que les conclusions posées par cette médecin étaient claires et étayées, que sur le plan dermatologique, elle avait fait l'objet d'un suivi médical et qu'au plan psychique, il appartenait à l'intimée d'instruire si elle considérait que la situation sur ce plan n'était pas suffisamment claire,

qu'elle a produit un rapport de la Dre C._____ du 13 mars 2019, ainsi qu'un rapport de la Dre H._____, spécialiste en dermatologie et vénéréologie, du 8 octobre 2018,

que, par duplique du 21 juin 2019, l'intimée, se fondant sur la prise de position de son médecin-conseil du 17 avril 2019 (traduite le 26 avril 2019), a considéré que les deux rapports précités ne permettaient pas de modifier la position adoptée jusqu'à présent,

que, par courrier du 28 août 2019, la recourante a produit un rapport du 12 août 2019 de la Dre V._____, spécialiste en médecine interne générale, établi à la suite d'un séjour qu'elle avait effectué à la Clinique S._____ du 25 février au 24 mars 2019, dans lequel cette médecin confirmait que la gigantomastie bilatérale était bel et bien responsable des troubles physiques (rachialgies diffuses, notamment des cervico-dorsalgies invalidantes avec de grosses tensions musculaires au niveau de la ceinture scapulaire ainsi qu'une modification posturale vers l'avant) et psychiques (trouble anxieux et dépressif ainsi qu'un isolement social important aggravant sa détresse psychologique) qu'elle rencontrait et que les séances de physiothérapie régulières qu'elle avait suivies, ainsi que les traitements antalgiques n'avaient eu d'effet bénéfique qu'à court terme,

que, par courrier du 24 octobre 2019, l'intimée a soutenu que le rapport précité concernait une période ultérieure à la décision sur opposition litigieuse, si bien qu'il ne pouvait être pris en compte dans le cadre de cette procédure, maintenant ainsi sa position et précisant que ce courrier allait être examiné par le médecin-conseil comme une nouvelle demande,

que, par courrier du 31 octobre 2019, la recourante a fait remarquer que le rapport de la Dre V._____ ne faisait que confirmer la position des différents médecins intervenus dans le cadre de cette affaire et que ce rapport devait ainsi être pris en considération dans l'appréciation du présent cas,

que, par courrier du 6 novembre 2019, la juge instructrice a informé les parties de la mise en œuvre d'une expertise judiciaire et leur a

fixé un délai pour faire des propositions d'expert et déposer un questionnaire,

qu'après plusieurs demandes de prolongations de délai, l'intimée a, par courrier du 10 février 2020, informé l'autorité de céans que le médecin-conseil avait requis de la Clinique S. _____ le rapport de sortie du 29 avril 2019 et qu'il avait recommandé, à réception de ce rapport en janvier 2020, la prise en charge de l'opération de réduction mammaire, dès lors que la valeur de maladie de l'hyperplasie mammaire était établie par les deux rapport de la Clinique S. _____ (rapports des 12 août 2019 et 29 avril 2019),

qu'une garantie de paiement pour une réduction mammaire des deux côtés avait ainsi été accordée à la recourante en date du 23 janvier 2020 (avec traduction le 4 février 2020),

que l'intimée était d'avis que la cause devenait sans objet, qu'il n'était pas nécessaire d'ordonner une expertise judiciaire et que chaque partie assumait ses propres frais,

que, par courrier du 26 février 2020, la recourante a fait valoir que la décision de l'intimée ne pouvait être considérée comme une reconsidération *pendente lite*, rendant le recours sans objet, mais que le contenu du courrier du 10 février 2020 valait acquiescement à ses conclusions, si bien que des dépens devaient être mis à la charge de B. _____ SA,

que, par déterminations du 25 mai 2020, l'intimée a répondu que le courrier du 10 février 2020 ne constituait en aucun cas un acquiescement aux conclusions de la recourante mais informait la Cour de céans sur le résultat de la nouvelle demande de prestation initiée après réception du rapport de la Dre V. _____ du 12 août 2019, soutenant, en se fondant sur l'appréciation de son médecin-conseil du 27 mars 2020, que les conditions de prise en charge de la réduction mammaire n'étaient pas réalisées avant l'hospitalisation de la recourante en février 2019 et

que les deux rapports de la Clinique S._____ relatifs à cette hospitalisation avaient pu attester, d'une part, la résistance à la thérapie des mesures conservatrices visant à supprimer la douleur et, d'autre part, l'influence négative sur le succès du traitement psychiatrique-psychothérapeutique, en tant que co-facteur de l'hyperplasie mammaire, ce qui avait permis au final de conclure que les conditions d'une prise en charge de l'opération de réduction mammaire étaient remplies,

que l'intimée a maintenu sa position, en ce sens que la cause devait être rayée du rôle, étant, selon elle, devenue sans objet, et que chaque partie assumait ses propres frais ;

que selon l'art. 51 al. 1 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1), applicable par renvoi de l'art. 1 al. 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 peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent, dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA),

qu'en l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable ;

que l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles (art. 25 al. 1 LAMal), ces prestations devant être efficaces, appropriées et économiques (art. 32 al. 1 LAMal),

que la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins d'une réduction mammaire dépend – en plus des critères de l'efficacité, du caractère approprié et de l'économicité (art. 32 al. 1 LAMal) – de conditions dégagées par la jurisprudence sous l'empire de la LAMA qui ont

continué à s'appliquer avec l'entrée en vigueur, au 1^{er} janvier 1997, de la LAMal (RAMA 2000 n° KV 138 p. 360 consid. 3b),

que l'opération de réduction du sein constitue une prestation à la 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 secondaires,

que la présence de troubles pathologiques n'est pas en soi déterminante, mais bien le point de savoir si les troubles sont importants et que d'autres raisons, en particulier d'ordre esthétique, peuvent être écartées (ATF 121 V 213 consid. 4 et 5a ; RAMA 1996 n° K 972 p. 3 consid. 4 ; TFA K 171/00 du 29 janvier 2001),

qu'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 envisagée ou exécutée 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. 3 ; 121 V 211 ; TFA K 4/04 du 17 août 2005 ; RAMA 2000 n° KV 138 p. 357 ; CASSO AM 12/14 - 12/2016 du 24 février 2016) ;

que, selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment de la clôture de la procédure administrative, si bien que les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 et 121 V 362 consid. 1b),

que les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 98 consid. 4) ;

qu'en l'espèce, comme l'a relevé à juste titre la recourante, l'appréciation de la Dre V._____ du 12 août 2019 ne fait que confirmer la position des différents médecins intervenus qui, exception faite du médecin-conseil de l'intimée, ont tous fait état de troubles importants ayant eux-mêmes valeur de maladie en lien avec la gigantomastie dont elle souffrait,

qu'en effet, la Dre F._____ avait déjà indiqué qu'aucune mesure conservatrice ne permettait de soulager la patiente des cervico-dorsalgies, des folliculites récidivantes et de la détresse psychologique engendrées par la gigantomastie (cf. rapport du 31 juillet 2017),

que le Dr R._____ a fait état de graves troubles psychologiques chez sa patiente incontestablement en lien direct avec le gigantisme mammaire dont elle souffrait (cf. rapports des 12 décembre 2017 et 9 août 2018),

que la Dre D._____ a, pour sa part, insisté sur le fait que sa patiente souffrait aussi bien au niveau somatique que psychologique (cf. rapport du 16 janvier 2018),

que la Dre C._____ a également relevé qu'une intervention chirurgicale s'imposait et permettrait à la patiente de soulager ses importantes souffrances physiques et psychiques (cf. rapports des 12 décembre 2017, 9 août 2018 et 13 mars 2019),

que la Dre H._____ enfin a mentionné appuyer l'indication des autres médecins à une intervention chirurgicale de réduction mammaire, relevant le retentissement psychologique et social considérable de l'hypertrophie mammaire engendrant notamment des lésions cutanées (cf. rapport du 8 octobre 2018),

que, partant, le rapport de la Dre V. _____ du 12 août 2019 doit être pris en considération dans le cadre de la présente procédure et ne constitue pas une nouvelle demande comme la soutient l'intimée,

qu'en l'occurrence, le courrier du 10 février 2020, par lequel l'intimée a finalement accepté de prendre en charge l'opération de réduction mammaire bilatérale, ne peut valoir reconsidération au sens de l'art. 53 al. 3 LPGA, dans la mesure où cette figure juridique ne peut intervenir que jusqu'à l'envoi du préavis de l'assureur à l'autorité de recours,

qu'en effet, B. _____ SA a revu sa position le 10 février 2020 seulement, alors que l'échange d'écritures était terminé et que la juge instructrice avait informé les parties de son intention d'ordonner une expertise judiciaire,

qu'il y a, par conséquent, lieu de considérer que l'intimée a acquiescé aux conclusions de la recourante, ce qui ne rend pas le recours sans objet,

que celui-ci doit ainsi être admis ;

qu'il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA) ;

qu'aux termes de l'art. 61 let. g LPGA, le recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, a droit au remboursement de ses frais et dépens dans la mesure fixée par le tribunal, leur montant devant être déterminé sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige,

qu'en l'espèce, la recourante a dû effectuer de multiples opérations (recours, réplique, plusieurs déterminations avec production de rapports médicaux à l'appui, questionnaire à l'expert envisagé) avant que l'intimée ne reconnaisse finalement son obligation de prêter en sa faveur,

qu'il convient, par conséquent, d'arrêter l'indemnité de dépens à 3'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de l'intimée qui succombe.

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I. Le recours est admis.

- II. La décision sur opposition rendue le 15 juin 2018 par B. _____ SA est réformée, en ce sens que celle-ci doit prendre en charge les coûts de l'opération de réduction mammaire prévue des deux côtés de Z. _____.

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

- IV. B. _____ SA versera un montant de 3'000 fr. (trois mille francs) à Z. _____, à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Antonella Cereghetti Zwahlen (pour Z. _____),
- B. _____ 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).

La greffière :