

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 1^{er} avril 2021

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, juge unique
Greffière : Mme Tagliani

Cause pendante entre :

F._____, à [...], recourante, représentée par Me Didier Elsig, avocat à Lausanne,

et

A._____, à [...], intimée.

Art. 24 ss LAMal ; 43 et 53 LPGA

E n f a i t :

A. F._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le [...], est assurée auprès d'A._____ (ci-après : A._____ ou l'intimée), depuis le 1^{er} janvier 2004, au titre de l'assurance obligatoire des soins (ci-après : AOS). Elle bénéficie du modèle alternatif d'assurance « Médecin de famille », avec une franchise de 300 fr. et sans couverture du risque accident.

En 2000, l'assurée a bénéficié de la pose de prothèses mammaires.

Le 16 septembre 2015, le Dr N._____, médecin praticien, a pratiqué une intervention sur l'assurée, à la Clinique W._____. Cette opération comportait trois gestes chirurgicaux : l'ablation des implants mammaires, une capsulectomie et une mastopexie (ou mammopexie) bilatérale.

Le 12 janvier 2016, le Dr N._____ a adressé à A._____ une demande de remboursement en faveur de l'assurée, relative à l'intervention précitée. Il a précisé que l'opération avait été prévue en raison de « gênes ressenties » et à la suite d'une mammographie et d'une échographie. Le médecin a annexé à son courrier les documents suivants :

- Un rapport daté du 17 février 2015 de mammographie bilatérale et échographie mammaire effectuées la veille à la Clinique [...], signé par le Dr V._____, spécialiste en radiologie ;
- Deux devis relatifs à l'intervention chirurgicale, l'un du 18 juin 2015, établi par la Clinique [...], chiffrant les honoraires du médecin anesthésiste par 2'000 fr. et les frais hospitaliers à 4'750 fr., notamment pour un séjour de deux jours et une nuit en chambre privée ; l'autre du 25 juin 2015, établi par le Dr N._____, estimant ses honoraires à 4'500 francs ;

- Un protocole opératoire signé par le Dr N._____, relatif à l'intervention en question ;
- Un rapport de diagnostic anatomopathologique du 24 septembre 2015, émis par la Dre C._____, spécialiste en pathologie.

Par courrier du 26 janvier 2016, A._____ a fait savoir au Dr N._____ que son médecin-conseil avait formulé un préavis défavorable s'agissant de la prise en charge de l'intervention du 16 septembre 2015 au titre de l'AOS, motif pris qu'elle n'avait pas valeur de maladie.

Le 4 janvier 2017, Me Didier Elsig a indiqué à A._____ que l'assurée l'avait mandaté pour la représenter et que la position de l'assurance quant à la prise en charge des soins en question était contestée. Me Elsig a requis la production du dossier de l'assurée, qui lui a été transmis le 10 janvier 2017.

Le 25 juin 2018, l'assurée, par l'intermédiaire de son conseil, a prié A._____ de revoir sa position relative à la prise en charge des soins liés à l'intervention chirurgicale dont elle avait bénéficié, en particulier au regard de plusieurs rapports médicaux, qu'elle a joints à son envoi, soit ceux précités des Dr V._____, C._____ et N._____, ainsi qu'un rapport du 30 octobre 2013 du Dr B._____, radiologue. L'assurée a relevé que l'opération avait été rendue nécessaire par une capsulite rétractile douloureuse des deux côtés. Elle considérait que la capsulectomie et l'ablation des prothèses étaient donc à la charge de l'AOS, « même si la facturation comport[ait] un élément esthétique ». L'assurée a requis qu'une décision formelle soit rendue si l'assurance entendait maintenir sa position.

Par décision du 23 juillet 2018, après un nouvel examen du dossier par son médecin-conseil, A._____ a admis la prise en charge au titre de l'AOS de la capsulectomie du sein droit, ainsi que de l'extraction de la prothèse mammaire droite. Selon le médecin-conseil, l'assurée

présentait déjà en 2013 une capsulite bilatérale, prédominante à droite ; elle avait alors fait état de douleurs du sein droit, diffuses et répondant à l'application locale d'un gel à base de progestérone. En revanche, l'assurée ne présentait pas de symptôme ni de rupture extracapsulaire s'agissant du sein gauche. La mammopexie revêtait un caractère entièrement esthétique. A._____ maintenait dès lors sa position s'agissant du sein gauche et de la mammopexie bilatérale. L'assureur a précisé qu'il devait être en possession d'une facture établie conformément au tarif en vigueur, codifiée selon le SwissDRG, afin de se prononcer précisément quant à la prise en charge des soins, sur le plan financier. A._____ a exposé que la Clinique W._____ et le Dr N._____ étaient soumis à des obligations d'information à ce sujet, et a invité l'assurée à faire suivre sa position à ces derniers, pour qu'ils puissent l'informer utilement. La décision était accompagnée de deux annexes établies par le service des spécialistes en codage médical avec brevet d'A._____. La première indiquait un calcul hypothétique de la prise en charge envisagée telle que décrite ci-avant, sous le système tarifaire SwissDRG J24A (catalogue des forfaits pour les interventions sur la glande mammaire). Il en ressortait une indemnisation potentielle de l'AOS à hauteur de 3'665 fr. 45. La seconde annexe considérait l'intervention précitée, mais sur les deux seins, toujours hors mammopexie, et faisait état du même montant d'indemnisation.

Le 29 août 2018, l'assurée a formé opposition contre la décision précitée, concluant à son annulation. Elle a maintenu ses arguments et indiqué qu'elle allait faire suivre la position d'A._____ à la Clinique W._____ et au Dr N._____ pour déterminations, ensuite de quoi elle complèterait son opposition. A._____ a indiqué qu'elle attendrait de recevoir ce complément avant de rendre sa décision sur opposition.

Par courrier du 30 novembre 2018, l'assurée a fait savoir à A._____ que la Clinique [...] et le Dr N._____ n'avaient pas été en mesure de lui fournir le détail des factures, tels que requis. Elle a produit un rapport du Dr N._____, non daté, qui indiquait :

« L'ablation des implants mammaires a été rendue nécessaire en raison d'une capsulite rétractile plus importante à gauche et douloureuse.

En raison de la Lipomatose mammaire et de l'évolution de la capsulite des deux seins, nous renonçons à la remise en place d'implants mammaires et procédons à une pexie bilatérale pour redonner une forme et un volume normal aux 2 seins.

La réaction capsulaire aux implants mammaires de silicone est douloureuse et très gênante en décubitus ventral et pour toute activité sportive ».

L'assurée a en outre maintenu sa position, rappelant que les douleurs étaient bel et bien présentes aux deux seins, raison pour laquelle la capsulite bilatérale avait dû être effectuée. Elle s'est référée à ses précédentes écritures pour le surplus.

À la suite d'échanges téléphoniques et électroniques, le conseil de la recourante a indiqué le 8 janvier 2019 à A. _____ qu'il lui reviendrait après examen des simulations d'indemnisation chiffrées, qui lui avaient été renvoyées à sa demande.

Le 21 février 2019, A. _____ a mis en demeure la recourante, en lui impartissant un ultime délai au 4 mars 2019 pour lui faire parvenir ses déterminations, sans quoi elle serait contrainte de rendre une décision sur opposition, conformément à l'art. 43 al. 3 LPGA.

Le 4 mars 2019, la recourante a fait savoir par courriel à A. _____ que selon elle, la simulation chiffrée ne changeait rien au fond ni au bienfondé de son opposition, qu'elle maintenait. L'éventuel manque de collaboration du médecin de l'assurée, tout comme les problèmes de tarification, ne sauraient lui être reprochés, alors qu'elle-même n'avait jamais refusé de collaborer. Elle requérait qu'une décision sur opposition soit rendue.

Par décision sur opposition du 26 juin 2019, A. _____ a rejeté l'opposition de l'assurée et confirmé sa décision du 23 juillet 2018. Elle a considéré en substance que la mammopexie bilatérale avait été effectuée pour des raisons esthétiques, ce qui ne justifiait pas une prise en charge

par l'AOS. S'agissant de la capsulectomie bilatérale et du retrait d'implants mammaires, A._____ a relevé que l'assurée n'avait mentionné des douleurs aux deux seins que par ses lignes du 30 novembre 2018 et par le biais du nouveau rapport non daté du Dr N._____. Ce rapport avait étonné le médecin-conseil, car les éléments qui y étaient mentionnés ne l'avaient pas été avant la décision formelle du 23 juillet 2018. Le médecin-conseil relevait en outre l'écart temporel particulièrement grand entre les premiers examens survenus en 2013 et l'intervention chirurgicale de septembre 2015. La fibrose mammaire était usuelle chez une patiente âgée d'une cinquantaine d'années et l'existence d'un lien entre cette affection et les prothèses mammaires n'était pas démontrée. Les symptômes de maladie n'étaient pas avérés pour le sein gauche. Finalement, A._____ maintenait sa position, en ce sens que seule la capsulectomie et l'ablation de la prothèse droite devaient être prises en charge au titre de l'AOS, à l'exclusion de la mammopexie bilatérale, laquelle revêtait un caractère purement esthétique. A._____ n'était pas en possession d'une facture établie conformément aux règles SwissDRG par le fournisseur de soins, ce qui l'empêchait de s'acquitter de ses obligations envers l'assurée. En outre, au vu des simulations effectuées par ses spécialistes, l'affaire ne soulevait qu'une question de principe, puisqu'au regard de l'AOS, le montant de la prise en charge potentielle était identique, pour la capsulectomie et le retrait de l'implant du sein droit, au montant d'indemnisation potentiel correspondant à ces gestes chirurgicaux sur les deux seins.

B. Par acte du 28 août 2019, F._____, représentée par Me Elsig, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision sur opposition précitée, concluant à son annulation et à ce que les frais liés à l'intervention chirurgicale du 16 septembre 2015 et à ses suites soient pris en charge par A._____. Subsidiairement, elle a conclu au renvoi de la cause à A._____ pour instruction complémentaire. Sur le fond, la recourante reproche à l'intimée de ne pas avoir retenu que la reconstruction mammaire était une mesure propre à rétablir son intégrité physique et devait donc donner lieu à une prestation obligatoire de l'assurance-maladie. Elle avait interpellé le médecin qui la suivait à

l'époque de l'intervention, la Dre D._____, médecin praticien, qui avait pu lui fournir un rapport, daté du 16 août 2019 et basé sur ses notes informatiques. Ce rapport fait état de plaintes systématiques de la recourante, relatives à des douleurs des deux seins et à des lombalgies sévères. Cette symptomatologie l'avait conduite à référer la recourante à un chirurgien plastique, qui avait reçu la recourante en juin 2015. Le chirurgien avait alors recommandé l'ablation des prothèses, qui avait été effectuée en septembre 2016, « avec la disparition par la suite de tout symptôme algique ». La recourante a également produit un historique de pharmacie, daté du 14 août 2019 et qui atteste l'achat, en décembre 2013 puis en février 2015, de gel Progestogel. Les symptômes de douleurs aux seins, de lombalgies sévères et les troubles psychiques de la recourante avaient mené à l'intervention en question, ce qui devait conduire A._____ à l'admission de la prise en charge des trois gestes chirurgicaux, pour les deux seins. La recourante ne devait pas pâtir du fait que son chirurgien n'avait pas fourni de facture telle que requise par A._____, alors qu'elle s'était démenée pour obtenir divers rapports auprès de ses médecins. La recourante réservait tout autre moyen de preuve, dont la mise en œuvre d'une expertise médicale, son audition, ainsi que celle de témoins, notamment la Dre D._____.

Dans sa réponse du 18 octobre 2019, l'intimée a conclu au rejet du recours, à la confirmation de sa décision sur opposition rendue 26 juin 2019 et à l'allocation de dépens, à la charge de la recourante. L'intimée relève qu'elle avait invité la recourante à de nombreuses reprises à compléter son opposition et lui avait laissé un délai particulièrement long pour le faire. Dès lors, la production soudaine, le 30 novembre 2018, du rapport non daté du Dr N._____, qui contenait des éléments nouveaux, était étonnante. Ces éléments n'avaient pas été évoqués avant la décision formelle du 23 juillet 2018. L'intimée a encore rappelé qu'elle était surprise par le temps écoulé entre les premiers examens et l'intervention. Ainsi, c'était à juste titre que l'intimée n'avait retenu de valeur de maladie qu'aux affections du sein droit dans sa décision formelle. Cependant, à la lumière des nouveaux éléments apportés par le rapport de la Dre D._____, il pouvait être admis une

valeur de maladie sur le sein gauche, raison pour laquelle le médecin-conseil de l'intimée préavisait désormais favorablement le remboursement des frais engendrés par l'ablation des prothèses et la capsulectomie bilatérale, selon la tarification SwissDRG (avis du 14 octobre 2019). La mammopexie bilatérale ressortait en revanche à l'esthétisme, de sorte qu'elle ne donnait pas lieu à des prestations de l'AOS. La recourante l'avait elle-même reconnu dans un premier temps. En outre, en l'absence d'hypertrophie mammaire ou de trouble analogue, l'intimée peinait à comprendre comment les lombalgies évoquées auraient pu être soulagées par une mastopexie. L'intimée a souligné qu'elle ne disposait toujours pas d'une facturation établie selon les règles SwissDRG par le fournisseur de soins, ce qui l'empêchait de s'acquitter de ses obligations légales. Elle a enfin rappelé ses arguments quant au litige qui portait selon elle sur une question de principe.

Dans sa réplique du 24 janvier 2020, la recourante a pris position sur la réponse, maintenu ses conclusions, indiqué qu'il convenait d'interpeller le fournisseur de soins et s'est référée pour le surplus à ses précédentes écritures. Elle reprochait à A. _____ de se réfugier derrière le fait qu'elle n'était toujours pas en possession d'une facture établie par le fournisseur de soins conformément aux règles SwissDRG, pour refuser de s'acquitter de ses obligations légales, et ce malgré le fait que le médecin-conseil formulait un préavis favorable pour le remboursement des frais engendrés par l'ablation des prothèses et par la capsulectomie bilatérale, à l'exception toutefois de la mastopexie.

Par duplique du 17 février 2020, l'intimée s'est déterminée sur la réplique, a maintenu sa position et ses conclusions, en particulier elle estime que sa décision sur opposition était bien fondée au vu des informations qui étaient alors en sa possession. Elle rejoignait la recourante sur le fait qu'il pouvait être utile que la Cour de céans interpelle le fournisseur de soins.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-maladie (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 (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) 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.

c) Vu la valeur litigieuse inférieure à 30'000 fr., la cause doit être tranchée par un membre de la Cour statuant en tant que juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. Compte tenu de la réponse formulée par A._____ le 18 octobre 2019, dans laquelle elle reconnaît son obligation de prise en charge au titre de l'AOS de la capsulectomie et de l'ablation de prothèses bilatérales, seule l'indemnisation de la mastopexie bilatérale au titre de l'AOS demeure litigieuse. Par ailleurs, A._____ a indiqué qu'elle était disposée à s'acquitter de ses obligations légales à réception d'une facture, établie par le fournisseur de soins conformément aux règles SwissDRG, qu'elle n'a pas reçue à ce jour, malgré plusieurs relances.

3. a) D'après l'art. 24 LAMal, l'assurance obligatoire des soins (AOS) prend en charge les coûts des prestations définies aux art. 25 à 31, en tenant compte des conditions des art. 32 à 34. L'art. 25 al. 1 LAMal dispose que sont pris en charge les coûts des prestations qui servent à

diagnostiquer ou à traiter une maladie ou ses séquelles. Selon l'art. 25 al. 2 let. a ch. 3 LAMal, ces prestations comprennent notamment les examens et les traitements dispensés sous forme ambulatoire, en milieu hospitalier ou semi-hospitalier par des médecins.

Selon l'art. 32 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 (al. 1). L'efficacité, l'adéquation et le caractère économique des prestations sont réexaminés périodiquement (al. 2).

aa) Une prestation est efficace 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 somatique ou psychique (ATF 128 V 159 consid. 5c/aa). L'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques fondées sur la recherche et la pratique médicale et non sur le résultat obtenu dans un cas particulier (ATF 142 V 249 consid. 4.2 ; 131 V 271 consid. 3.1 ; 133 V 115 consid. 3 ; 125 V 95 consid. 4a).

bb) La question de son caractère approprié 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 138 consid. 5). 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 139 V 135 consid. 4.4.2 ; 125 V 95 consid. 4a ; TFA K 151/99 du 7 juillet 2000 consid. 2c).

cc) Aux termes de l'art. 56 al. 1 LAMal, intitulé « Caractère économique des prestations », le fournisseur de prestations doit limiter ses prestations à la mesure exigée par l'intérêt de l'assuré et le but du traitement. La rémunération des prestations qui dépassent cette limite peut être refusée (art. 56 al. 2, première phrase, LAMal).

Le critère de l'économicité intervient lorsqu'il existe dans le cas particulier plusieurs alternatives diagnostiques ou thérapeutiques appropriées. Il y a alors lieu de procéder à une balance entre coûts et bénéfices de chaque mesure. Si l'une d'entre elles permet d'arriver au but recherché en étant sensiblement meilleur marché que les autres, l'assuré n'a pas droit au remboursement des frais de la mesure la plus onéreuse (ATF 128 V 54 consid. 1b et les références citées ; 127 V 138 consid. 5 ; 124 V 196 consid. 4 ; TFA K 29/96 du 16 septembre 1997 consid. 3c in RAMA 1998 p. 1). Le critère de l'économicité ne concerne pas seulement le type et l'étendue des mesures diagnostiques ou thérapeutiques à accomplir, mais touche également la forme du traitement, notamment les questions de savoir si une mesure doit être effectuée sous forme ambulatoire ou dans un milieu hospitalier et de quelle institution de soins ou service de celle-ci le cas de la personne assurée relève d'un point de vue médical (ATF 139 V 135 consid. 4.4.3 ; 126 V 334 consid. 2b).

Le fournisseur de prestations doit remettre au débiteur de la rémunération une facture détaillée et compréhensible. Il doit aussi lui transmettre toutes les indications nécessaires lui permettant de vérifier le calcul de la rémunération et le caractère économique de la prestation (art. 42 al. 3 LAMal). De plus, les fournisseurs de prestations établissent leurs factures sur la base de tarifs ou de prix, lesquels sont fixés par convention avec les assureurs (conventions tarifaires) ou, dans les cas prévus par la loi, par l'autorité compétente (art. 43 LAMal). Pour rémunérer le traitement hospitalier, y compris le séjour et les soins à l'hôpital (au sens de l'art. 39 al. 1 LAMal), les parties à une convention conviennent de forfaits ; en règle générale, il s'agit de forfaits par cas (art. 49 al. 1 LAMal). Dans ce contexte légal, les fournisseurs de prestations doivent respecter les tarifs et les prix fixés par convention ou par l'autorité compétente ; ils ne peuvent exiger de rémunération plus élevée pour des prestations fournies en application de la LAMal (protection tarifaire, art. 44 LAMal).

4. S'agissant de la prise en charge par l'AOS d'interventions de chirurgie plastique des seins, la jurisprudence a délimité les cas qui relèvent de la chirurgie esthétique, avec pour but principal de rendre la poitrine plus belle ou plus conforme aux mensurations idéales, de ceux qui, bien que l'aspect esthétique n'en soit pas absent, doivent être considérés comme ayant valeur de maladie d'après la loi et, par conséquent, être couverts par l'assurance-maladie (TFA K 4/04 du 17 août 2005, consid. 2).

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).

Le Tribunal fédéral (TF) a confirmé l'obligation pour les assureurs-maladie de verser des prestations pour la thérapie d'une fibrose capsulaire survenue à la suite d'une plastie du sein (augmentation mammaire esthétiquement justifiée). Dans cet arrêt, notre Haute cour a précisé que seule l'explantation des prothèses devenues problématiques était à la charge de l'AOS, la reconstruction mammaire ne l'étant pas, lorsque la première intervention chirurgicale avait eu lieu à des fins esthétiques (consid. 4d). Dans un arrêt TFA K 50/99 du 8 février 2000, le Tribunal fédéral a indiqué que mise à part l'éventualité d'une amputation, on ne saurait *a priori* exclure des situations où la correction chirurgicale de défauts esthétiques de la poitrine puisse être considérée comme une mesure obligatoirement à la charge des assureurs-maladie (par exemple en cas d'agénésie ou d'hypertrophie mammaire) ; mais il s'agit de cas où il existe un défaut esthétique tout à fait hors du commun (consid. 4c). Le Tribunal fédéral a précisé que les frais nécessaires à une reconstruction mammaire n'étaient pas à la charge de l'AOS lorsque le défaut esthétique invoqué n'était pas la conséquence de la maladie pour laquelle l'assurée était traitée, mais provenait plutôt du fait que celle-ci avait subi, dans le passé, une intervention de chirurgie plastique qui n'avait aucunement été motivée par un état maladif (consid. 4d).

5. a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant 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 exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les 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. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 142 V 435 consid. 1 ; 126 V 353 consid. 5b).

b) Aux termes de l'art. 43 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (al. 1 première phrase).

L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (al. 2). Si l'assuré ou d'autres requérants refusent de manière inexcusable de se conformer à leur obligation de renseigner ou de collaborer à l'instruction, l'assureur peut se prononcer en l'état du dossier ou clore l'instruction et décider de ne pas entrer en matière. Il doit leur avoir adressé une mise en demeure écrite les avertissant des conséquences juridiques et leur impartissant un délai de réflexion convenable (al. 3).

c) Par ailleurs, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire (ATF 122 V 157 consid. 1a ; 121 V 204 consid. 6c et les références). Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2 ; cf. ATF 130 I 180 consid. 3.2).

6. En l'espèce, s'agissant tout d'abord des deux gestes chirurgicaux pratiqués le 16 septembre 2015 sur la recourante que sont l'ablation des prothèses mammaires et la capsulectomie bilatérale, les parties s'accordent sur le principe de leur prise en charge par A._____. En effet, à la suite de la production, en procédure, du rapport de la Dre D._____ du 16 août 2019, l'intimée a indiqué dans sa réponse qu'il pouvait être admis une valeur de maladie à ces gestes, pour les deux seins.

De jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. 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 ; 121 V 362 consid. 1b ; TF 9C_719/2016 du 1^{er} mai 2017 consid. 2). Le juge doit cependant prendre en compte les faits survenus postérieurement 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 ; TF 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2). En particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2).

L'assureur peut revenir sur les décisions et les décisions formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable (art. 53 al. 2 LPGA). Indépendamment de ces conditions, il peut également reconsidérer une décision ou une décision sur opposition contre laquelle un recours a été formé, jusqu'à l'envoi de son préavis à l'autorité de recours (art. 53 al. 3 LPGA). Si la nouvelle décision fait entièrement droit aux conclusions de la partie recourante, elle rend la procédure de recours sans objet, ce qui entraîne la radiation de la cause du rôle. Dans le cas contraire, la procédure se poursuit à propos de ce qui reste litigieux, sans qu'il soit nécessaire de recourir contre la nouvelle décision (ATF 113 V 238).

En l'occurrence, le certificat émis par la Dre D._____, lequel atteste des douleurs aux deux seins et de lombalgies sévères, qui ont conduit la médecin à référer la recourante à un chirurgien plastique, date du 16 août 2019. Ce rapport a donc été établi postérieurement à la période déterminante pour la prise de décision d'A._____. Pour autant, le rapport se réfère à la période qui a précédé l'intervention chirurgicale, la Dre D._____ s'appuyant sur son système de prise de notes informatisé. Ainsi, il sied d'en tenir compte et l'intimée aurait dû revenir formellement sur sa décision, en modifiant ses conclusions en procédure. Or, l'intimée s'est contentée de reconnaître la valeur de maladie aux gestes chirurgicaux en question dans sa réponse, mais a maintenu ses conclusions s'agissant du bien-fondé de sa décision sur opposition. Ce

faisant, elle n'a, à tort, pas fait usage de l'outil prévu à l'art. 53 LPGA, soit la reconsidération, avant ou avec l'envoi de son préavis à l'autorité de céans. Il y a donc lieu de donner gain de cause à la recourante sur ce point et de réformer la décision attaquée en ce sens que l'ablation de prothèses et la capsulectomie bilatérales sont prises en charges par l'AOS.

7. Demeure litigieuse la question de l'indemnisation du troisième geste chirurgical, soit la mastopexie bilatérale. La mastopexie est une intervention permettant de modifier la forme du sein en le remontant (Brigitte Pittet in Rev Med Suisse 2008, vol. 4, p. 253).

Eu égard aux principes jurisprudentiels rappelés ci-avant, il convient de déterminer dans le cas d'espèce si la mastopexie a été pratiquée pour des raisons esthétiques ou pour des raisons médicalement justifiées. Dans le cas de motifs esthétiques, il s'agira encore d'établir si le défaut était tout à fait hors du commun, ou si les motifs esthétiques découlaient d'un état maladif.

In casu, aucun élément au dossier ne permet de retenir que la pose initiale d'implants mammaires, en 2000, aurait été motivée par des raisons médicales. La recourante ne le soutient du reste pas. Les certificats médicaux produits n'attestent pas d'un défaut tout à fait hors du commun ou d'une maladie qui aurait imposé la pratique d'une mastopexie, comme une hypertrophie mammaire ou une agénésie. Le Dr N._____, dans son certificat non daté, expose précisément que l'ablation des prothèses a été rendue nécessaire par la capsulite rétractile, qui était douloureuse et très gênante pour la recourante. Il n'objective en revanche pas de telle nécessité médicale s'agissant de la mastopexie, qu'il a effectuée « pour redonner une forme et un volume normal aux deux seins ». Le médecin-conseil d'A._____ considère de même que ce geste chirurgical était purement à visée esthétique, ce qu'aucun élément médical du dossier ne vient contredire. Compte tenu des raisons de l'implantation des prothèses, la situation est celle d'une intervention de chirurgie plastique pratiquée pour des motifs esthétiques, qui ne découlaient pas d'un état maladif.

L'on relève de surcroît que la recourante semblait consciente de cet aspect dans un premier temps. En effet, elle a écrit à l'intimée, sous la plume de son conseil, le 25 juin 2018 que la capsulectomie bilatérale avec retraits des implants mammaires relevait de la nécessité médicale et que cette intervention avait été pratiquée « en même temps qu'une mammopexie bilatérale ». Elle a encore précisé que la facturation comportait un « élément esthétique ». Ainsi, la recourante elle-même ne semblait pas compter sur la prise en charge par son assurance-maladie de cette composante de l'intervention.

La décision sur opposition de l'intimée sera donc confirmée sur ce point.

8. Les prestations que l'intimée doit prendre en charge au titre de l'AOS étant circonscrites, se pose la question de la facturation conforme aux exigences légales et conventionnelles, qui semble toujours faire défaut. En effet, les seules pièces financières au dossier consistent en deux estimations de coûts établies avant l'opération en question, par le Dr N. _____ et la Clinique [...]. Les parties demandent à la Cour de céans d'interpeller le fournisseur de soins.

Dans sa décision du 23 juillet 2018, confirmée par décision sur opposition, A. _____ a mentionné, à titre purement indicatif, que les interventions aux deux seins pourraient être codifiées sous le SwissDRG J24A et qu'il en résulterait dans ce cas une prise en charge de 3'665 fr. 45, pour autant que la recourante ait effectivement été hospitalisée durant deux jours et une nuit. En l'absence de toute facturation, il était impossible à Assura de fournir un chiffre précis quant à sa prise en charge. Il s'ensuit que le montant précis que l'intimée devra verser pour les interventions prises en charge ne fait pas partie du présent litige.

Par surabondance, il est rappelé qu'en vertu des principes légaux et jurisprudentiels rappelés ci-avant (consid. 5), il appartient à l'assureur d'instruire la cause en priorité, soit de prendre d'office les

mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont il a besoin. L'art. 42 LAMal fixe les modalités de facturation et définit le débiteur de la prestation. Ainsi, le fournisseur de prestations doit remettre au débiteur de la rémunération une facture détaillée et compréhensible. Il doit aussi lui transmettre toutes les indications nécessaires lui permettant de vérifier le calcul de la rémunération et le caractère économique de la prestation.

En l'occurrence, il ne ressort pas du dossier transmis par l'intimée que celle-ci ait interpellé le Dr N. _____ ou la Clinique [...]. Il est par ailleurs étonnant que la recourante n'ait pu fournir aucune facture concernant les diverses interventions.

Il appartient dès lors à l'intimée, en vertu du principe inquisitoire applicable dans le domaine de l'assurance-maladie obligatoire (art. 43 al. 1 LPGA), de compléter l'instruction en interpellant les fournisseurs de prestations et en leur rappelant leurs obligations (art. 42 al. 3 LAMal), le cas échéant en mettant en demeure la recourante de produire les diverses factures reçues, et en cas d'échec des démarches, de rendre une décision, susceptible de recours, fixant le montant des prestations légales dues pour ces différentes interventions. Il convient de lui renvoyer la cause à cette fin.

9. a) Au vu de ce qui précède, il y a lieu d'admettre partiellement le recours et de réformer la décision sur opposition litigieuse s'agissant de l'indemnisation de l'ablation des prothèses mammaires et de la capsulectomie bilatérale, que l'intimée doit prendre en charge pour les deux seins.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020, applicable conformément à l'art. 83 LPGA).

c) La recourante, qui obtient partiellement gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, a droit à des dépens réduits. La

réduction des dépens se justifie en outre compte tenu du fait que la recourante a en partie provoqué la décision litigieuse par ses atermoiements et son retard à produire des documents médicaux dans les délais suffisamment prolongés par l'intimée.

Le mandataire n'ayant pas déposé de liste d'opérations, il convient d'arrêter l'équitable indemnité de partie à laquelle il a droit en tenant compte de l'importance et de la complexité du litige ainsi que du temps requis pour le traitement d'une telle affaire. Au regard de ces éléments, il se justifie de fixer forfaitairement l'indemnité à 1'000 fr., débours et éventuelle TVA compris, et de la mettre intégralement à la charge de l'autorité intimée (art. 10 et 11 du tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative [TFJDA ; BLV 173.36.5.1]).

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

- I. Le recours est partiellement admis.

- II. La décision sur opposition rendue le 26 juin 2019 par A._____ est réformée, en ce sens qu'A._____ doit prendre en charge les frais liés à l'intervention du 16 septembre 2015, s'agissant de la capsulectomie bilatérale et de l'ablation des prothèses mammaires. Elle est confirmée pour le surplus.

- III. La cause est renvoyée à A._____ pour fixer le montant des frais à indemniser.

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

V. A._____ versera à F._____ la somme de 1'000 fr. (mille francs) à titre de dépens réduits.

La juge unique :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- Me Didier Elsig (pour F._____),
- A._____,
- 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 :