BGer K 132/02 vom 17. Februar 2003

Bundesgericht, 2003-02-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger_K_132_02

FR: TF K 132/02 du 17 février 2003

IT: TF K 132/02 del 17 febbraio 2003

Regeste

Assurance-maladie

Erwägungen

E. 1

La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA), du 6 octobre 2000, est entrée en vigueur le 1er janvier 2003 et a entraîné la modification de nombreuses dispositions dans le domaine de l'assurance-maladie. La législation en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 demeure cependant déterminante en l'espèce. En effet, d'après la jurisprudence, la législation applicable en cas de changement de règles de droit reste celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques (ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 166 consid. 4b), les faits sur lesquels le Tribunal fédéral des assurances peut être amené à se prononcer dans le cadre d'une procédure de recours de droit administratif étant par ailleurs ceux qui se sont produits jusqu'au moment de la décision administrative litigieuse (ATF 121 V 366 consid. 1b).

E. 2.1

Aux termes de l' art. 33 al. 1 LAMal , le Conseil fédéral peut désigner les prestations fournies par un médecin ou un chiropraticien dont les coûts ne sont pas pris en charge par l'assurance obligatoire des soins ou le sont à certaines conditions. Cette disposition se fonde sur la présomption que médecins et chiropraticiens appliquent des traitements et mesures qui répondent aux conditions posées par l' art. 32 al. 1 LAMal (ATF 125 V 28 consid. 5b). Il incombe ainsi au Conseil fédéral de dresser une liste «négative» des prestations qui ne répondraient pas à ces critères ou qui n'y répondraient que partiellement ou sous condition. A l' art. 33 OAMal et comme l'y autorise l' art. 33 al. 5 LAMal , le Conseil fédéral a délégué à son tour cette compétence au Département fédéral de l'intérieur (DFI) qui en a fait usage en promulguant, le 29 septembre 1995, l'ordonnance sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (OPAS; RS 832.112.31). Cette ordonnance détermine notamment les prestations visées par l'art. 33 let. a et c OAMal - disposition qui reprend textuellement les règles posées aux al. 1 et 3 de l' art. 33 LAMal - dont l'assurance-maladie obligatoire des soins prend en charge les coûts, avec ou sans condition, ou ne les prend pas en charge. La liste «négative» des prestations, soit de celles qui ne sont pas prises en charge par l'assurance-maladie ou ne le sont que sous condition, figure ainsi à l'annexe 1 OPAS (art. 1er OPAS) (ATF 125 V 29 consid. 5b). Comme l'a jugé le Tribunal fédéral des assurances, la réglementation nouvelle de la LAMal repose donc sur le principe de la liste. Ayant pour but de fixer précisément le catalogue légal des prestations, ce principe de la liste découle d'un système voulu par le législateur, selon l' art. 34 LAMal , comme complet et contraignant dès lors qu'il s'est agi d'une assurance obligatoire financée

en principe par des primes égales (art. 76 LAMal). En dehors de ces listes, il n'y a pas d'obligation de prise en charge par la caisse-maladie, à tout le moins en ce qui concerne les prestations énumérées conformément à l' art. 33 al. 1 LAMal (ATF 125 V 29 consid. 5b; arrêt B. du 10 janvier 2003, K 98/01, prévu pour la publication dans le Recueil officiel).

E. 2.2

Aux termes du ch. 1.1 «Chirurgie générale» de l'annexe 1 à l'OPAS, la reconstruction mammaire opératoire 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. 1er OPAS) en août 1984 (RAMA 1984 p. 212 ch. 3), puis reprises dans l'ancienne Ordonnance 9 du DFI concernant certaines mesures diagnostiques ou thérapeutiques à la charge des caisses-maladie, dans sa version modifiée du 31 janvier 1995 (RO 1995 891) (RAMA 2000 n° KV 113 p. 130 consid. 4b).

E. 2.3

Après avoir correctement rappelé les règles de droit applicables, la juridiction cantonale a considéré que l'asymétrie mammaire que présentait encore la recourante n'était pas assimilable à une amputation si bien que le remodelage subséquent n'était pas à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Pour sa part, la recourante rappelle qu'elle a fait l'objet d'une amputation au sein gauche en 1992. A son avis, dès lors que la reconstruction opérée par le docteur A._____ avait pour but de rétablir son intégrité physique, les conditions de prise en charge posées par l'OPAS sont réunies.

E. 3

En fait, D._____ a subi une quadrantectomie du sein gauche pour carcinome en 1992. Les suites ont été simples, sans traitement de chimio- ou de radiothérapie et, selon son médecin, le docteur A._____, elle est aujourd'hui en parfaite santé. Dans la demande de prise en charge adressée au médecin-conseil de la caisse-maladie, ce praticien a exposé que la patiente présentait cliniquement un défect au niveau du QSE du sein gauche à la suite de l'excision intervenue en 1992. Afin de corriger ce défaut, une plastie bilatérale était indiquée avec réduction complémentaire du sein droit pour symétrisation. En cours d'instruction, le docteur A._____ a précisé qu'au niveau du sein gauche, la quadrantectomie avait laissé une dépression avec adhérences au niveau du quadrant supéro-externe, ce qui entraînait une déformation bien visible. Ce sein étant devenu plus petit que le droit, il y avait asymétrie nécessitant une réduction du côté opposé pour symétrisation. Même si sur les clichés photographiques de face, le creux n'était pas très visible en raison de l'exposition, le défect au niveau du sein gauche se voyait, en raison de sa localisation, dès le moment où la patiente portait une robe décolletée. L'intervention du côté gauche a consisté en un très léger redrapage, en une mobilisation des tissus et en une réinjection de graisse au niveau du creux afin de combler le défect; à droite il y a eu résection du tissu glanduleux (courrier du docteur A._____ au Tribunal des assurances vaudois du 6 février 2002). Sur la base des renseignements du docteur A._____ et du dossier photographique, le docteur B._____, médecin-conseil de la caisse intimée, a donné un préavis négatif. Il considérait que l'intervention envisagée était de nature purement esthétique, le dossier photographique ne permettant même pas de localiser ce défect. A la demande de l'assurée, ce médecin a procédé personnellement à un examen d'où

il ressort que le status est, selon lui, conforme à celui observable sur le document photographique: il n'y a pas d'asymétrie mammaire, une légère dépression du QSE (½ cm de décollement de la bretelle du soutien-gorge), une cicatrice calme et souple, pas de nodule et pas d'induration. Pour le médecin-conseil, il s'agit d'une simple correction d'asymétrie à visée esthétique (note du docteur B._____ du 16 janvier 2001).

E. 4.1

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; et qu'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). Dans les limites de l'assurance-maladie, le but du traitement médical est 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 est une atteinte, secondaire, due à la maladie ou à un accident, dont l'élimination relève 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 doivent, si certaines conditions sont remplies, être prises en charge par les caisses-maladie comme prestations légales obligatoires. En ce qui concerne une mastectomie, n'entrent en considération que des mesures servant en premier lieu à supprimer ce préjudice corporel. Certes, celles-ci rétablissent en même temps une apparence extérieure et jouent, par conséquent, un rôle essentiel sur le plan esthétique. Mais elles sont thérapeutiques, du moins si l'assurée est 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 dépend toutefois des particularités du cas concret, notamment du point de savoir si l'amputation a eu des conséquences significatives sur l'état physique de l'assurée. Aussi, selon la ratio legis, l'assurée a-t-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).

E. 4.2

Rendue sous l'empire de la LAMA, cette jurisprudence, du moins les principes qui en découlent, peut être reprise dans les cas soumis à la LAMal (RAMA 2000 n° KV 138 p. 360 consid. 3b; voir également Eugster, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit [SBVR], n° 87, notamment les exemples à la note 182). A cet égard, il convient encore d'ajouter que, selon la jurisprudence récente (arrêt

U. du 28 décembre 2001, K 80/00), 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, atteint d'une tumeur, ne sont pas à la charge de l'assurance obligatoire des soins au regard du chiffre 1.1 de l'annexe 1 à l'OPAS. Le fait de mettre éventuellement ces coûts à la charge de l'assurance-maladie ne pourrait se justifier que dans l'hypothèse où le défaut cause des troubles physiques ou psychiques ayant valeur de maladie, ce critère étant également applicable dans les cas de correction d'un sein asymétrique congénital ou d'une hypertrophie mammaire (cf. à ce sujet RAMA 2000 n° KV 138 p. 359 consid. 3a).

E. 5

Appliquées au cas d'espèce, ces règles ont pour conséquence qu'il n'incombe pas à la caisse-maladie intimée de prendre en charge les frais de chirurgie plastique et reconstructive pratiquée sur le sein droit de la recourante, en l'absence de troubles physiques ou psychiques consécutifs ayant valeur de maladie (cf. à cet égard, Eugster, op. cit. n° 87). Il n'est ainsi pas nécessaire de se prononcer sur la question, examinée par les juges cantonaux, de savoir si une asymétrie de volume des seins provoquée par une opération chirurgicale a valeur de maladie. Reste à déterminer si l'intervention pratiquée sur le sein gauche relève de l'assurance obligatoire des soins au titre de rétablissement de l'intégrité physique. Sur ce point, il convient tout d'abord de rappeler que, contrairement à la situation découlant d'une mastectomie, soit d'une amputation totale, la recourante a fait l'objet d'une quadrantectomie (qualifiée d'excision par le docteur A._____) laquelle a laissé subsister le sein gauche. Sous cet angle, la question de la prise en charge des suites d'une quadrantectomie en tant que telle peut toutefois rester ouverte, dès lors que les conditions légales, exposées ci-dessus, n'en sont de toute façon pas remplies. En effet, les avis des médecins qui ont examiné la recourante divergent quant aux conséquences de l'intervention pratiquée en 1992. Alors que le chirurgien évoque une déformation bien visible, le médecin-conseil n'a constaté qu'une légère dépression du quadrant supéro-externe (supra consid. 3). Au vu de l'une et l'autre appréciation cependant, il y a lieu de constater qu'il n'est pas établi que l'altération ait présenté une certaine ampleur, condition nécessaire pour justifier la prise en charge comme prestation légale obligatoire. En outre, et dès lors que le recours à un médecin expert n'est pas envisageable en l'absence de photographies de qualité suffisante (cf. courrier du docteur A._____ au Tribunal des assurances vaudois du 6 février 2002 et note du docteur B._____ du 16 janvier 2001), il n'apparaît pas critiquable de suivre, à l'instar des premiers juges, l'appréciation donnée, à la suite d'un examen personnel de l'assurée, par le médecin-conseil de la caisse dont il y a lieu de rappeler le rôle déterminant dans l'appréciation du caractère économique d'un traitement (ATF 127 V 47 consid. 2d). Au vu de ce qui précède, le recours est mal fondé.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.