

FR_GERICHTE 608 2017 40 vom 8. Juni 2018

FR Kantonsgericht, 2018-06-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2017_40

FR: FR_GERICHTE 608 2017 40 du 8 juin 2018

IT: FR_GERICHTE 608 2017 40 del 8 giugno 2018

Regeste

Arrêt de la IIe Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal | Krankenversicherung

Erwägungen

E. 7

mai 2014, et de la droite, le 17 décembre 2014. Il a ensuite requis la prise en charge du coût desdites interventions auprès de l'assurance. Par décision du 2 novembre 2016, l'Avenir a derechef refusé d'y donner suite, au motif que ces opérations n'étaient pas dues à une maladie au sens de l'art. 25 LAMal. Par l'intermédiaire de l'assurance de protection juridique Axa-Arag AG, l'assuré s'est opposé à cette décision, le 22 novembre 2016. Après avoir requis une nouvelle fois l'avis de son médecin-conseil, l'assurance a confirmé sa décision du 2 novembre 2016, par décision sur opposition du 30 janvier 2017. Elle retenait en particulier, se référant à l'avis de son médecin-conseil, que les rapports du médecin traitant ne faisaient pas état d'éléments pouvant être qualifiés de maladie, de sorte qu'une prise en charge était exclue. B. Le 23 février 2017, A. _____, représenté par Me Charles Guerry, avocat, interjette recours contre cette décision sur opposition. Il conclut, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision attaquée. A l'appui de ses conclusions, il soutient avoir souffert d'une gynécomastie algique, entraînant une sensibilité exacerbée de la poitrine ainsi que des douleurs en cas de contact. En cela, les opérations subies visaient avant tout à supprimer ces douleurs chroniques. Le caractère algique de l'atteinte, ressortant notamment de ses plaintes, lui font dire qu'il s'agit bien d'une maladie, et non d'une simple correction esthétique. Dès lors que les examens, notamment hormonaux, réalisés avant les opérations se sont avérés négatifs, la mastectomie était selon lui l'unique intervention médicale indiquée. Dans ses observations du 25 août 2017, l'assurance conclut au rejet du recours, considérant que les maux, tant physiques que psychologiques, invoqués par le recourant n'ont pas valeur de maladie au sens de l'art. 25 LAMal. Au plan physique, elle relève notamment les contradictions entre les médecins consultés par l'assuré, de même que l'absence de clichés photographiques clairs. Elle retient par conséquent que les douleurs, subjectives, ne sont pas étayées par des éléments médicaux suffisants. Au plan psychologique ensuite, l'Avenir note, d'une part, l'absence de mise en place d'un suivi et d'un traitement ainsi que, d'autre part, le fait que le médecin traitant n'a pas fait mention de tels problèmes dans ses courriers à l'assurance. Un second échange d'écritures n'a pas modifié la position des parties. Aucun autre échange d'écriture n'a été ordonné entre les parties.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 8 Il sera fait état des arguments, développés par elles à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants en droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige. en droit 1. Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par un assuré directement touché par la

décision attaquée et dûment représenté, le recours est recevable. 2. 2.1. Conformément à l'art. 1a al. 2 let. a de la loi du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal, RS 832.10), l'assurance-maladie sociale alloue des prestations en cas de maladie (art. 3 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA; RS 830.1]). L'art. 3 al. 1 LPGA définit la maladie comme étant toute atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou un traitement médical ou provoque une incapacité de travail. 2.2. Selon l'art. 24 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations définies aux art. 25 à 31 en tenant compte des conditions des art. 32 à 34. Selon l'art. 32 al. 1 1ère phrase LAMal, les prestations mentionnées aux art. 25 à 31 doivent être efficaces, appropriées et économiques. Une mesure est efficace lorsqu'elle est démontrée selon des méthodes scientifiques et permet objectivement d'obtenir le résultat diagnostique ou thérapeutique recherché. L'adéquation d'une mesure s'examine sur la base de critères médicaux. L'examen consiste à évaluer, en se fondant sur une analyse prospective de la situation, la somme des effets positifs de la mesure envisagée et de la comparer avec les effets positifs de mesures alternatives ou par rapport à la solution consistant à renoncer à toute mesure; est appropriée la mesure qui présente, compte tenu des risques existants, le meilleur bilan diagnostique ou thérapeutique. La réponse à cette question se confond normalement avec celle de l'indication médicale; lorsque l'indication médicale est clairement établie, il convient d'admettre que l'exigence du caractère approprié de la mesure est réalisée. 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. 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).

Tribunal cantonal TC Page 4 de 8 2.3. La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGA) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGA). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références). Le juge peut renoncer à accomplir certains actes d'instruction, sans que cela n'entraîne une violation du droit d'être entendu, s'il est convaincu, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves (voir ATF 125 V 351 consid. 3a), que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (sur l'appréciation anticipée des preuves en général, cf.

ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 et les références). 3. Est litigieux le point de savoir si l'assureur doit, dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins, prendre en charge les coûts des opérations du 7 mai et du 17 décembre 2014, comme le requiert le recourant. 3.1. Il s'agit en particulier de déterminer l'existence d'une maladie, d'où l'intérêt de se référer au dossier médical. Dans un courrier du 26 août 2013 adressé au Dr D. _____, médecin généraliste traitant qui lui avait adressé l'assuré en vue d'une consultation spécialisée, le Dr E. _____, spécialiste en chirurgie, rappelle que "le patient présente depuis quelques années depuis sa puberté des masses bilatérales en présence d'une glande mammaire bilatérale qui varie en volume. Il est très gêné surtout par sa symptomatologie sensible, en exerçant le sport et au moindre toucher, qui lui provoque des douleurs. Les examens effectués par vos soins, notamment une HCG s'avèrent négatifs. [...] Au status local, la palpation des glandes mammaires bilatérales s'avère tuméfiée, sans que ce soit visible par inspection, mais palpable et également algique". Le spécialiste, notant une symptomatologie durant depuis plusieurs années, sans rémission spontanée, propose de procéder à une mastectomie totale sous-cutanée pour résoudre le problème. Le même jour, ledit Dr E. _____ requiert la prise en charge d'une telle intervention par l'assurance des frais d'intervention. Il relate que son patient "présente une gynécomastie bilatérale, algique depuis quelques années, sans rémission spontanée. Les examens effectués par le médecin traitant s'avèrent normaux, donc il s'agit d'une gynécomastie banale, mais le patient présente une sensibilité locale prononcée, et ceci de manière périodique". Dans un rapport du 23 septembre 2013, le Dr F. _____, spécialiste en radiologie, donne le résultat de l'échographie mammaire bilatérale qu'il a effectuée sur l'assuré. Retenant une gynécomastie gauche sans lésion sous-cutanée, il note des glandes denses, avec asymétrie marquée à gauche, notamment s'agissant de l'épaisseur.

Tribunal cantonal TC Page 5 de 8 Par courrier du 3 octobre 2013, le Dr E. _____ fournit un cliché photographique et le résultat d'échographie précité, "tous deux démontrant la nécessité médicale tant sur le plan physique que psychologique pour une mastectomie bilatérale". Les rapports des interventions opératoires réalisées le 7 mai et le 17 décembre 2014 par le Dr E. _____ figurent au dossier. Par courrier du 13 juillet 2015, ce médecin prend acte du refus de l'assurance de prendre en charge le coût desdites opérations, mais invoque que celles-ci n'avaient pas de but esthétique, mais visaient bien à lutter contre une pathologie algique. "Avec cette intervention, nous lui avons offert une guérison et soulagement des douleurs". Le 21 juillet suivant, le Dr C. _____, spécialiste en chirurgie intervenant en tant que médecin-conseil de l'Avenir, propose de refuser la prise en charge, dès lors que, en présence d'examen normaux, l'intervention n'a pas valeur de maladie. En réponse du 30 septembre 2015, le Dr E. _____ demande le réexamen des protocoles opératoires, lesquels démontrent selon lui la présence d'une scléro-hyalinose du stroma de la glande mammaire des deux côtés pouvant expliquer les mastodynies que le patient présentait et qu'il ne présente plus actuellement. Le 19 février 2016, l'Avenir indique qu'"une simple altération tissulaire constatée par radiographie ne permet pas de justifier, à elle seule, une intervention chirurgicale, même si elle peut dans certains cas expliquer une certaine sensibilité". Notant en outre l'absence de tentatives de traitements conservateurs préalables, l'assurance relève également que le rapport radiologique du Dr F. _____ parlait de sensibilité, mais non de douleurs. Dans un courrier du mois de novembre 2016, le recourant explique que le problème mammaire, apparu à l'adolescence, provoquait des douleurs notamment lorsqu'il faisait du sport (lors de contacts au karaté ou en raison du mouvement lors de courses). Il invoque également des répercussions psychiques (moqueries

de camarades, craintes du regard des autres). Il termine en relevant que l'opération a mis fin à ses douleurs et que sa poitrine a retrouvé un niveau normal. Invité par l'assurance à se déterminer à nouveau suite à l'opposition formée par l'assuré à l'encontre de la décision formelle de refus de prestations, le Dr C. _____, en date du 17 janvier 2017, rappelle qu'au départ, le petit cliché montrant une légère proéminence d'un mamelon ainsi qu'un rapport d'échographie mammaire ne permettaient pas d'admettre une valeur de maladie. Faute d'avoir remis des éléments permettant une réévaluation avant de procéder aux interventions, le médecin-conseil maintient son avis initial et refuse d'admettre que la gynécomastie constitue une maladie devant être prise en charge par l'Avenir. Le 15 août suivant, ce même Dr C. _____ fait les constatations/remarques suivantes: "Suite à la demande initiale, des informations complémentaires ont été demandées, accompagnées des radiographies d'usage du thorax de face et de profil d'usage, afin d'évaluer la valeur de maladie de cette affection. Aussi le seul petit cliché de profil montrant un des deux mamelons légèrement proéminent que le rapport de l'échographie mammaire bilatérale du Dr F. _____ parlant d'une «sensibilité mais pas de douleur» ne permettaient pas d'admettre une valeur maladie". Il relève plus loin qu'"en préopératoire, aucun nouvel élément ne nous a été présenté afin de réévaluer ma position au sujet de la «valeur maladie». Les légères altérations histologiques ne permettent pas d'attester à elles seules d'une propension à des douleurs chroniques". S'agissant des troubles

Tribunal cantonal TC Page 6 de 8 psychiques également invoqués par l'assuré, le médecin-conseil constate que "ces derniers ne sont pas attestés par un traitement et suivi psychiatrique. En l'absence de photos du thorax de face et de profil, comme il est d'usage, le petit cliché grossissant ne permet pas de parler d'une image qui s'éloigne considérablement de la représentation idéale d'une poitrine masculine. La raison pour laquelle le côté opposé n'a pas été photographié reste un mystère. L'existence d'immenses douleurs n'a pas été confirmée par un autre médecin que le Dr E. _____. A noter que durant la puberté des poussées douloureuses dans les glandes mammaires sont fréquentes et ne nécessitent aucun traitement". Il termine en se référant aux douleurs évoquées par l'assuré dans son courrier de novembre 2016 (cf. supra), déplorant l'absence d'investigations supplémentaires et mentionnant l'existence de divers troubles hormonaux, sujets à traitement, connus pour provoquer des problèmes similaires. Dans un courrier du 3 novembre 2017 rédigé à l'attention du mandataire du recourant, le Dr D. _____, médecin traitant, rappelle les symptômes suivants: "Depuis l'âge de 15 ans environ, tuméfaction douloureuse récidivante des régions rétro-auréolaires. Exacerbation des douleurs lors de petits chocs. Sensation de contractilité au toucher. En raison de ces plaintes, limitation dans ses activités sportives (contact avec poitrine non supporté)". Ce constat l'a motivé à adresser son patient au Dr E. _____. "De mon avis, l'intensité, la fréquence, la durée et les conséquences de cette symptomatologie justifiaient une évaluation par un chirurgien". Par courrier du 9 mars 2018, en réponse à des questions posées par l'assurance, le Dr D. _____ indique avoir suivi l'assuré depuis le mois de juin 2013. Il précise avoir effectué une évaluation clinique et biologique (évaluation des B-HCG) le 25 juin 2013, sans examen radiologique, et avoir ensuite adressé son patient au chirurgien. Il termine en confirmant que la tuméfaction n'a été investiguée que par examen clinique, en l'absence d'indice de risque de lésion maligne. Enfin, aucun traitement médicamenteux n'a été envisagé avant la demande d'évaluation chirurgicale, vu la durée des plaintes (plus de 2 ans anamnestiquement). Le 30 avril 2018, le Dr C. _____ réexamine in extenso le dossier médical, en particulier les dernières informations reçues du médecin traitant, et campe sur sa position. Il relève notamment qu'"il

est néanmoins important de constater que les examens transmis n'ont pas correspondu à l'importance de cette symptomatologie aussi bien dans la durée que dans l'intensité. Une gynécomastie n'est pas une maladie en elle-même, mais un symptôme. Il y a lieu, par conséquent, d'en chercher la cause. Il en existe trois qui toutes sont dues à un désordre hormonal. Il était par conséquent indispensable de faire des recherches en ce sens. A noter que le marqueur HCG réalisé ne servait qu'à exclure un risque de cancer. Une des causes entrant fréquemment en jeu chez un jeune homme sportif est la conséquence de la prise de produits anabolisants. Cette piste n'a pas été explorée". 3.2. Les parties s'opposent principalement sur la qualification des douleurs ressenties par l'assuré. Appelée à statuer, la Cour de céans note que le point de vue défendu par le recourant repose en grande partie sur les plaintes douloureuses, qualifiées d'intenses, pour justifier les interventions dont la prise en charge est litigieuse. Or, d'un point de vue strictement médical, la présence d'une atteinte ayant valeur de maladie n'est que peu/mal documentée, l'accent étant porté sur les douleurs, soit un élément éminemment subjectif, sans que l'origine de celles-ci, respectivement de la gynécomastie, ne soit réellement investiguée.

Tribunal cantonal TC Page 7 de 8 Cela étant, même si l'on devait admettre que l'atteinte subie par le recourant constitue une maladie, les conditions d'une prise en charge devraient être réfutées sous un autre angle. Il appert en effet que les médecins traitants se sont très rapidement orientés vers une intervention chirurgicale, alors même que d'autres options entraient manifestement en ligne de compte. Selon l'avis du médecin-conseil de l'assurance, la gynécomastie peut avoir différentes origines (il évoque à cet égard la prise d'anabolisants); par ailleurs, plusieurs options thérapeutiques sont ouvertes, notamment l'application de crèmes spécifiques. Ce point de vue est corroboré par un article publié à la Revue médicale Suisse en 2009 par le Dr G. _____, spécialiste en endocrinologie et diabétologie, ayant pour titre "L'évaluation et de la prise en charge d'une gynécomastie". Il y distingue notamment les différents types de gynécomasties (physiologiques et non physiologiques), évoque certains diagnostics différentiels (entre autres le carcinome mammaire) et mentionne le contenu de l'examen clinique, ainsi que des situations pouvant justifier des examens complémentaires. Il relève à cet égard qu'en cas de gynécomastie de la puberté persistante, nouvelle ou en l'absence d'étiologie claire, un bilan biologique complémentaire est recommandé. Celui-ci porte sur les éléments suivants: testostérone, estradiol, hormone lutéinisante (LH) et β -hCG. A l'aune de ce qui précède, il est ainsi surprenant de constater que, sur la base d'une première consultation et principalement à la lumière des déclarations de l'assuré, le généraliste traitant a immédiatement adressé ce dernier à un confrère spécialiste en chirurgie. Plus surprenant encore est le fait que ce dernier ait confirmé la nécessité d'une opération. Sans dénier le fait que dite intervention a permis de résorber les douleurs du recourant, il n'en demeure pas moins qu'elle aurait dû être précédée d'exams plus approfondis et/ou de l'évaluation préalable d'alternatives thérapeutiques. Ainsi que le relève le médecin-conseil, l'unique examen de laboratoire effectué (contrôle du taux HCG) avait pour finalité de détecter un éventuel cancer. Or, s'il se justifiait effectivement d'écarter un tel diagnostic, il aurait convenu de s'assurer que d'autres éléments ne pouvaient pas entrer en ligne de compte pour expliquer la persistance des douleurs. A noter également que l'examen radiologique réalisé ne retenait qu'une gynécomastie à gauche. Globalement, la présence de douleurs persistantes dans le cadre d'une gynécomastie banale auraient dû inciter les médecins à envisager d'autres possibilités. Vu ce qui précède, la Cour de céans est d'avis que l'assurance était fondée à refuser la prise en charge des interventions litigieuses, auxquelles il a été procédé sans que l'assuré

n'obtienne l'aval préalable de l'assurance et sans que ses médecins n'aient évalué l'existence d'alternatives tout aussi efficaces et vraisemblablement plus économiques. Enfin, une prise en charge sous l'angle de la correction d'un défaut esthétique ne paraît pas défendable en l'espèce. L'invocation (tardive) par le recourant de difficultés psychologiques n'est corroborée par aucun suivi spécialisé (thérapie et/ou médicaments). Par ailleurs, et surtout, la présence d'un défaut esthétique susceptible d'avoir une conséquence psychique n'est pas rendue vraisemblable: l'unique photographie - de mauvaise qualité et ne donnant qu'une vision très partielle de la situation - ne permet pas de se forger une opinion solide à ce sujet. Il convient d'ajouter que ni le recourant, ni ses médecins n'ont fourni de clichés plus explicites, malgré la demande de l'assurance en ce sens.

Tribunal cantonal TC Page 8 de 8 4. Au vu de tout ce qui précède, les conditions d'une prise en charge des coûts des opérations par l'assurance obligatoire des soins n'étaient pas remplies. Partant, le recours doit être rejeté et la décision attaquée, confirmée.

Conformément au principe de la gratuité de la procédure valant en la matière, il n'est pas perçu de frais de justice. Vu l'issue de la procédure, il n'est pas alloué de dépens. la Cour arrête: I. Le recours est rejeté. II. Il n'est pas perçu de frais de justice, ni alloué de dépens. III. Notification. Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite. Fribourg, le 8 juin 2018/mba Le Président: Le Greffier-rapporteur:

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