GE_GERICHTE ATAS/523/2019 vom 17. Juni 2019

GE Cour de justice, 2019-06-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_523_2019

FR: GE_GERICHTE ATAS/523/2019 du 17 juin 2019

IT: GE_GERICHTE ATAS/523/2019 del 17 giugno 2019

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 4 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l’art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la LAMal. Sa compétence pour juger du cas d’espèce est ainsi établie.

E. 2

À teneur de l'art. 1 al. 1 LAMal, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-maladie, à moins que la loi n'y déroge expressément.

E. 3

Le délai de recours est de trente jours (art. 56 et 60 LPGA; art. 62 al. 1 de la de loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours contre la décision sur opposition du 17 octobre 2017 est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

A/4578/2017 - 12/23 -

E. 4

Le litige porte sur le point de savoir si les coûts de la mammographie subie par la recourante le 20 février 2017 doivent être pris en charge par l’intimée dans le cadre de l’assurance obligatoire des soins.

E. 5

L'AOS prend en charge les coûts des prestations définies aux art. 25 à 31 en tenant compte des conditions des art. 32 à 34 (art. 24 LAMal). À ce titre, les assureurs ne peuvent pas prendre en charge d'autres coûts que ceux des prestations prévues aux art. 25 à 33 (art. 34 al. 1 LAMal). Selon l'art. 25 al. 1 LAMal, l'assurance obligatoire des soins assume les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles. Les prestations mentionnées aux art. 25 à 31 LAMal doivent être efficaces, appropriées et économiques; l'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques (art. 32 al. 1 LAMal) fondées sur la recherche et la pratique médicale et non sur le résultat obtenu dans un cas particulier (ATF 142 V 249 consid. 4.1 et les références). L'efficacité, l'adéquation et le caractère économique des prestations sont réexaminés périodiquement (art. 32 al. 2 LAMal).

E. 6

Selon l'art. 26 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts de certains examens destinés à détecter à temps les maladies ainsi que des mesures préventives en

faveur d'assurés particulièrement menacés. Ces examens ou mesures préventives sont effectués ou prescrits par un médecin. Selon l'art. 33 al. 2 LAMal, il appartient au Conseil fédéral de désigner en détail, notamment, les prestations prévues à l'art. 26 LAMal. À l'art. 33 let. d de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal – RS 832.102). Le Conseil fédéral, comme le permet l'art. 33 al. 5 LAMal, a délégué à son tour cette compétence au Département fédéral de l'intérieur (DFI). Faisant usage de cette sous-délégation, le DFI a édicté l'OPAS. L'art. 12 de cette ordonnance renferme une liste positive des mesures médicales de prévention prises en charge par l'assurance obligatoire des soins (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 92/04 consid. 2.2).

E. 7

a. Dans sa teneur antérieure au 15 juillet 2015, l'art. 12d al. 1 let. d OPAS, intitulé « mesures en vue du dépistage précoce de maladies chez certains groupes à risques », prévoyait que l'assurance obligatoire des soins prend en charge la mammographie en cas de cancer chez la mère, la fille ou la sœur au maximum une fois par an. b. Dans sa version en vigueur depuis le 15 juillet 2015, l'art. 12d al. 1 let. d ch. 1 OPAS est libellé comme suit : « [p]our les femmes présentant un risque modéré ou élevé de cancer du sein en raison d'antécédents familiaux ou d'antécédents personnels comparables. Désignation du risque selon le document de référence de l'OFSP « Évaluation du risque » (état 2/2015). Pour déterminer si le risque est élevé, un conseil génétique au sens de la let. f doit être effectué. Indication, fréquence et méthode d'analyse adaptées en fonction du risque et de l'âge, selon le document de référence de l'OFSP « Schéma de surveillance » (état 2/2015). Un entretien explicatif et de conseil doit précéder le premier examen et être consigné ».

A/4578/2017 - 13/23 - c. Le présent litige doit être tranché à la lumière de la réglementation en vigueur au moment de la survenance des faits juridiquement déterminants (ATF 127 V 467 consid. 1), soit au moment de l'examen litigieux du 20 février 2017. Aussi la modification apportée à l'art. 12d al. 1 let. d ch. 1 OPAS, entrée en vigueur le 15 juillet 2015, est-elle applicable. d. Le document de référence « Évaluation du risque » a été établi conjointement par l'OFSP (cf. art. 9 de l'ordonnance sur l'organisation du Département fédéral de l'intérieur du 28 juin 2000 [Org DFI – RS 172.212.1] et la Ligue suisse contre le cancer sur le modèle de la NICE Clinical Guideline 164 de juin 2013, pages 14 à 16 (état de 02/2015) (cf. https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/suche.html#mammographie). Ce document détermine les cas dans lesquels une femme présente un risque accru de cancer du sein en raison d'antécédents familiaux. Selon le point A dudit document, les femmes présentent un risque modérément accru de cancer du sein (risque au cours de la vie : de 17 à 30 %) lorsque (i) un parent au premier degré a eu un cancer du sein à < 40 ans ; ou (ii) deux parents au premier ou deuxième degré chez lesquels un cancer du sein a été diagnostiqué à un âge moyen > 50 ans ; ou (iii) trois parents au premier ou deuxième degré chez lesquels un cancer du sein a été diagnostiqué à un âge moyen > 60 ans ; ou (iv) le risque de cancer du sein au cours de la vie a été estimé entre 17 et 30 % sur la base d'une évaluation formelle du risque à l'aide d'un programme tel que le Breast and Ovarian Analysis of Disease Incidence and Carrier Estimation Algorithm (BOADICEA) ; et aucun des cas ci-après n'est recensé dans l'anamnèse familiale : (i) cancer du sein triple négatif à < 40 ans ; (ii) cancer du sein bilatéral ; (iii) cancer du sein chez un parent masculin ; (iv) cancer de l'ovaire ; (v) antécédents lourds du côté paternel (quatre proches ayant eu un cancer du sein à < 60 ans) ; (vi) ancêtres juifs ; (vii) sarcome à < 45 ans ; (viii) gliome ou carcinome cortico-surrénalien dans l'enfance ; (ix) ou une forme complexe d'un autre type de cancer à un jeune âge. Selon

le point B dudit document, les femmes présentent un risque fortement accru de cancer du sein (risque au cours de la vie > 30 %) : (1) dans une famille dont l'anamnèse comporte exclusivement des cas de cancer du sein : lorsque (i) deux parents au premier ou deuxième degré chez lesquels un cancer du sein a été diagnostiqué à un âge moyen < 50 ans (dont au moins un parent au premier degré) ; ou (ii) trois parents au premier ou deuxième degré chez lesquels un cancer du sein a été diagnostiqué à un âge moyen < 60 ans (dont au moins un parent au premier degré), ou (iii) quatre parents ayant eu un cancer du sein, indépendamment de l'âge auquel il a été diagnostiqué (dont au moins un parent au premier degré) ; ou (2) dans une famille dont l'anamnèse comporte un cas de cancer épithélial de l'ovaire et qui compte, du même côté de la famille : (i) un parent au premier degré (y compris le parent avec cancer ovarien) ou un parent au deuxième degré chez lequel un cancer du sein a été diagnostiqué à < 50 ans ; ou (ii) deux parents au premier ou deuxième degré chez lesquels un cancer du sein a été diagnostiqué à un âge moyen

 < 60 ans, ou (iii) un autre cas de cancer ovarien ; ou (3) dans une famille dont l'anamnèse comporte un cas de cancer du sein bilatéral : lorsque (i) un parent au premier degré chez lequel le cancer du sein bilatéral a été diagnostiqué à un âge moyen < 50 ans ; ou (ii) un parent au premier ou deuxième degré a eu un cancer du sein bilatéral et un parent au premier ou deuxième degré a eu un cancer du sein à un âge moyen < 60 ans ; ou (4) dans une famille dont l'anamnèse comporte un cas de cancer du sein masculin et qui compte, du même côté de la famille, au moins : (i) un parent au premier ou deuxième degré ayant eu un cancer du sein à < 50 ans ; ou (ii) deux parents au premier ou deuxième degré chez lesquels un cancer du sein a été diagnostiqué à un âge moyen < 60 ans ; ou (5) le risque de cancer du sein au cours de la vie a été estimé > 30 % sur la base d'une évaluation formelle du risque, soit à l'aide d'un programme tel que le BOADICEA, soit à l'aide du Manchester Score. e. Le document de référence « Schéma de surveillance » (état de 02/2015) a également été établi conjointement par l’OFSP et la Ligue suisse contre le cancer sur le modèle de la NICE Clinical Guideline 164 de juin 2013 (état de 02/2015). Il détermine par tranches d’âge (20 à 29 ans, 30 à 39 ans, 40 à 49 ans, 50 à 59 ans, 60 à 69 ans, + de 70 ans), en fonction de la catégorie de risque (modérément accru ou fortement accru – la deuxième catégorie est elle-même subdivisée en cinq groupes [(1) risque au cours de la vie ≥ 30 % ; (2) > 30 % probabilité de mutation du gène BRCA ; (3) mutation du gène BRCA 1/2 ; (4) > 30 % probabilité de mutation du gène p53 ; (5) mutation du gène p53] – la méthode d’analyse à effectuer (mammographie uniquement, IRM uniquement, ou les deux examens à la fois) ainsi que la fréquence de l’analyse (aucune, annuelle, bisannuelle). Pour la tranche d’âge de 50 à 59 ans, en cas de risque fortement accru (pour les groupes 2, 3 et 4), une IRM complète la mammographie annuelle si la densité mammaire est élevée. Pour la tranche d’âge de 60 à 69 ans, en cas de risque modérément accru, une mammographie bisannuelle est à prévoir. Pour cette même tranche d’âge, en cas de risque fortement accru, la mammographie est également bisannuelle, excepté pour le groupe 3 (mammographie annuelle) et le groupe 5 (aucun examen).

E. 8

La recourante soutient que la condition de l’âge qui ressort du document de référence « Schéma de surveillance » crée une nouvelle obligation qui n’est prévue ni par la loi ni par l’art. 12d al. 1 let. d OPAS. Par ailleurs, l’âge et la non-prise en compte de la morphologie de la poitrine de chaque femme étaient de nature à créer une inégalité de traitement entre assurées.

E. 9

Le Tribunal fédéral des assurances examine en principe librement la légalité des dispositions d'application prises par le Conseil fédéral. Les dispositions adoptées par le DFI n'échappent pas au contrôle du juge, sous l'angle de leur légalité et de leur constitutionnalité. Lorsqu'il se prononce sur une ordonnance du Conseil fédéral fondée sur une délégation du Parlement (ou sur une ordonnance d'un département fédéral en cas de sous-délégation du Conseil fédéral), le Tribunal fédéral des assurances doit se borner à examiner si les dispositions incriminées sortent

A/4578/2017 - 15/23 - manifestement du cadre de la délégation de compétence donnée par le législateur à l'autorité exécutive ou si, pour d'autres motifs, elles sont contraires à la loi ou à la Constitution. Dans l'examen auquel il procède, le juge ne doit toutefois pas substituer sa propre appréciation à celle de l'autorité dont émane la réglementation en cause (ATF 125 V 21 consid. 6a et les références). Dans le cadre de ce contrôle, le Tribunal fédéral des assurances est en principe habilité à examiner le contenu d'une liste de maladies à prendre en considération ou de prestations. Néanmoins, il s'impose une grande retenue dans cet examen. D'une part, il ne dispose pas des connaissances nécessaires pour se faire une opinion sur la question sans recourir à l'avis d'experts. D'autre part, l'ordonnance, souvent révisée, peut être corrigée à bref délai par le DFI. En revanche, le tribunal revoit librement une disposition de l'ordonnance lorsqu'il apparaît que les commissions des spécialistes - dont les avis sont à la base d'une décision du DFI - se fondent non sur des considérations médicales, mais sur des appréciations générales ou de nature juridique (ATF 142 V 249 consid. 4.3 et les références). Une norme réglementaire viole le principe de l'égalité de traitement consacré à l'art. 8 al. 1 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. – RS 101) lorsqu'elle n'est pas fondée sur des motifs sérieux et objectifs, qu'elle est dépourvue de sens et d'utilité, qu'elle opère des distinctions juridiques que ne justifient pas les faits à réglementer ou qu'elle omet, au contraire, des distinctions juridiques que la diversité des circonstances en présence rend indispensables (ATF 128 v 102 consid. 6a ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 566/03 du 1er juin 2004 consid. 4.4 et les références). En d'autres termes, le droit à l'égalité de traitement postule que les situations de fait semblables soient assujetties à des règles de droit semblables, et les situations de fait dissemblables à des règles de droit dissemblables (arrêt du Tribunal fédéral 9C_647/2007 du 22 juillet 2008 consid. 3.2 et la référence).

E. 10

a. En l’occurrence, contrairement à ce que paraît croire la recourante, en tant que l’art. 12d al. 1 let. d OPAS se rapporte aux documents de référence « Évaluation du risque » et « Schéma de surveillance » (état de 02/2015) – lesquels déterminent les facteurs de risque du cancer du sein (en fonction de la présence d'antécédents familiaux de cette affection ; de l’âge auquel les parents ont développé cette maladie et de l’âge de la patiente) et prévoient la fréquence et le type d’analyses à mettre en œuvre selon la catégorie de risque et l’âge de la patiente –, ces documents font partie intégrante de la disposition précitée. A fortiori, l’art. 12d al. 1 let. d OPAS conditionne le droit aux prestations (fréquence et méthode d’analyse) notamment à l’âge de l’assurée. Cela étant dit, il n'y a pas de motif d'admettre que l'art. 12d al. 1 let. d OPAS soit contraire à la loi. L'art. 26 LAMal donne au Conseil fédéral, respectivement au DFI (art. 33 al. 5 LAMal en corrélation avec l’art. 33 let. d OAMal), un large pouvoir d'appréciation pour désigner les mesures de prévention en faveur d’assurés particulièrement menacés (cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 92/04 du 28

octobre 2004 consid. 2.2 et 3.1). Autrement

A/4578/2017 - 16/23 - dit, ces mesures ne sont à la charge de l'AOS que si l'autorité exécutive le prévoit expressément, en fonction de critères qui, sous réserve des conditions prévues aux art. 32 à 34 LAMal, sont laissés à sa libre appréciation (cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances du 30 avril 2001 K 114/00 consid. 5c). b. Certes, aucune distinction en fonction de l'âge des assurés ne peut être trouvée dans la LAMal (Gabrielle STEFFEN, Droit aux soins et rationnement, Approche d'une définition des soins nécessaires, 2002, p. 277). Toutefois, la question de l'âge peut entrer en ligne de compte dans l'évaluation du caractère efficace d'une prestation, à condition qu'elle repose sur des critères médicaux. À cette fin, il faut pouvoir se référer à des données médicales largement admises. Une distinction valable relative à l'âge doit se fonder sur un motif d'ordre clinique convaincant qui constituerait une justification objective et raisonnable ; il n'appartient pas au juge ou aux caisses-maladies de se livrer à des conjectures à cet égard (ATF 142 V 249 consid. 6.2.1 et les références). In casu, c'est à tort que la recourante s'appuie sur l'arrêt 9C_435/2015 du 10 mai 2016, publié à l'ATF 142 V 249, pour soutenir que l'art. 12d al. 1 let. d OPAS ne limite pas le dépistage précoce de maladie chez certains groupes à risque en fonction de leur âge, à l'instar du chiffre 3 de l'annexe 1 de l'OPAS – qui prévoit que le traitement par insémination intra-utérine est pris en charge par l'assurance- maladie obligatoire à raison de trois cycles de traitement par grossesse au maximum depuis le 1er janvier 2001 –, de sorte que la prise en charge de la mammographie litigieuse ne peut lui être refusée en raison de son âge. Dans cet arrêt qui concernait une assurée de 44 ans ayant bénéficié d'un traitement visant à remédier à des troubles de la fertilité (inséminations intra-utérine avec stimulations ovariennes), le Tribunal fédéral a constaté que si, selon la doctrine scientifique, les chances de procréer diminuaient au fur et à mesure de l'avancement de l'âge de la femme, une limite d'âge à partir de laquelle une femme ne pourrait plus tomber enceinte ni mener une grossesse à terme n'avait pas été arrêtée. Par contre, des âges limites variant entre 42 et 51 ans étaient évoqués. Ainsi, dans la mesure où la LAMal ne prévoyait pas de limite d'âge (si bien que l'âge ne constituait pas à lui seul un critère pour justifier l'inefficacité du traitement en question) et que les constatations médicales divergeaient quant à l'éventuel moment à partir duquel une femme ne serait plus en mesure de procréer, le DFI, en l'état actuel de la loi et de la doctrine médicale, n'avait pas mal évalué l'efficacité du traitement, sous l'angle de l'art. 32 LAMal, en ne mentionnant pas la condition de l'âge au chiffre 3 de l'annexe 1 de l'OPAS (consid. 6.3 et 6.4). Or, en l'occurrence, l'art. 12d al. 1 let. d OPAS fixe, depuis le 15 juillet 2015, un âge pour la prise en charge de la mammographie, éventuellement de l'IRM, par l'assurance obligatoire des soins. Cette disposition reprend les recommandations de la NICE de juin 2013 (état de 02/2015) qui demeurent inchangées à ce jour (https://www.nice.org.uk/guidance/cg164) et qui se fondent sur des considérations d'ordre médical. Ces recommandations ont conduit le DFI à modifier l'art. 12d al. 1

A/4578/2017 - 17/23 - let. d OPAS avec effet au 15 juillet 2015. Selon le modèle de la NICE Clinical Guideline 164 de juin 2013 (état de 02/2015), le risque de développer un cancer du sein dépend de : la nature des antécédents familiaux (degré de parenté) ; du nombre de parents ayant développé un cancer du sein, de l'ovaire ou un cancer apparenté ; de l'âge auquel les membres de la famille ont développé un cancer du sein ; et de l'âge de la personne concernée (p. 42). Le dépistage du cancer du sein est d'ailleurs habituellement effectué par mammographie et cible les femmes entre 50 et 69 ans, âge où l'incidence est la plus élevée (cf. Veronica AEDO LOPEZ, Athina STRAVODIMOU, Sheila UNGER,

Lucien PEREY, Khalil ZAMAN, Mutations de BRCA1/2 : d’Angelina Jolie à la thérapie, in Revue médicale suisse, 2016, volume

E. 12

Cela étant exposé, il ressort des rapports radiologiques au dossier que les examens auxquels s’est soumise la recourante en mars 2016 et février 2017 aboutissent à la classification BIRADS 2, ce qui signifie que cette dernière présente une anomalie bénigne, auquel cas un retour au dépistage doit être organisé deux ans plus tard (cf. https://www.swisscancerscreening.ch/fileadmin/user_upload/Documents/Swiss CancerScreening/WWW/Editors/Downloads/Brustkrebs/Downloads_Fachinformati onen_Brustkrebs/Infos_f%25C3%25BCr_Fachpersonen/Act._du_d%25C3%25A9p istage_4._Radiologue.pdf), et non pas annuellement comme le souhaite la recourante. La mère de cette dernière ayant souffert d’un cancer du sein à l’âge de 78 ans, la recourante ne présente, selon le point A et B du document de référence « Évaluation du risque » (cf. consid. 7d ci-dessus), ni un risque modérément accru ni un risque fortement accru de cancer du sein, sous réserve d’une estimation du

A/4578/2017 - 20/23 - risque à l’aide d’un programme tel que le BOADICEA, qui évalue la probabilité d'une mutation des gènes BRCA1 ou BRCA2 (cf. NICE Clinical Guideline 164 de juin 2013 [état de 02/2015], p. 7), examen qui n’a pas été effectué à ce stade. Cela étant, une analyse génétique moléculaire en vue d’identifier des gènes de prédisposition (BRCA1 et BRCA2) au cancer du sein se justifie si la famille comporte un des cas de figure suivants: (i) plusieurs femmes apparentées atteintes de cancers ; (ii) une femme avec au moins deux cancers ; (iii) une femme jeune avec un cancer du sein et/ou de l’ovaire ; (iv) un homme avec un cancer du sein ; ou (v) une personne avec une mutation pathogénique déjà identifiée (cf. Le réseau suisse de laboratoires régionaux, Cancer du sein et de l’ovaire : analyse génétique moléculaire, 2018, in https://www.dianalabs.ch/Portals/0/Documents/FR/2018/ LabNews__BRCA_web.pdf; Albertine BOURGET, Prédispositions génétiques: quand et comment réagir? in https://vaud.liguecancer.ch/notre-journal/entre-nous-n38-novembre-2016/predispositions-genetiques-quand-et-comment-reagir/). Par ailleurs, les femmes avec mutation BRCA1/2 développent leur cancer à un âge plus jeune, soit dès 25-30 ans (médiane entre 40 et 50 ans) (cf. AEDO LOPEZ, STRAVODIMOU, UNGER, PEREY, ZAMAN, op cit., p. 974). Or, aucun de ces cas de figure ne s'est produit ni même n'est évoqué en l'occurrence. Force est ainsi de constater que la recourante, âgée de 65 ans au moment déterminant, ne remplit pas les conditions requises par l’art. 12d al. 1 let. d OPAS pour une prise en charge de la mammographie du 20 février 2017 à titre de mesure préventive.

E. 13

a. En outre, c’est en vain que la recourante se prévaut d’un droit à la prise en charge de la mammographie litigieuse fondé sur l’art. 12e let. c OPAS. b. À teneur de cette disposition, en lien avec les mesures de dépistage précoce de maladies dans toute la population, l’assurance prend en charge les coûts d’une mammographie de dépistage dès l’âge de 50 ans révolus, tous les deux ans dans le cadre d’un programme organisé de dépistage du cancer du sein qui remplit les conditions fixées par l’ordonnance du 23 juin 1999 sur la garantie de la qualité des programmes de dépistage du cancer du sein par mammographie. Aucune franchise n’est prélevée sur cette prestation. Dans les cantons qui ont mis en place un programme de dépistage du cancer du sein, à l’instar du canton de Genève, la

participation est ouverte à toutes les femmes âgées de 50 à 74 ans. L’invitation s’accompagne d’une information neutre sur le dépistage. Les femmes invitées sont libres de participer ou non au programme ; la décision leur appartient. Elles n’ont pas besoin d’une ordonnance de leur médecin (cf. https://www.swisscancerscreening.ch/fr/depistage-precoce-du- cancer/sein/participation). L'État de Genève a donné à la Fondation genevoise pour le dépistage du cancer (FGDC) le mandat de gérer le programme cantonal de dépistage du cancer du sein. Le département de la sécurité, de l'emploi et de la santé fixe la procédure relative à l’organisation des mammographies de dépistage du

A/4578/2017 - 21/23 - cancer du sein dans le cadre du programme cantonal genevois (art. 1 al. 1 du règlement fixant le tarif relatif au remboursement des mammographies de dépistage du cancer du sein du 15 décembre 2008 (RTRMD – K 1 15.18). Le montant forfaitaire du remboursement pour la réalisation des mammographies de dépistage du cancer du sein est fixé à CHF 197.15 (art. 2 RTRMD). Dès 50 ans, la mammographie de dépistage effectuée dans le cadre du programme cantonal genevois est prise en charge tous les deux ans par l'assurance-maladie de base, indépendamment de la franchise choisie, c'est-à-dire que la franchise ne s'applique pas et qu'il ne reste à payer que la quote-part de 10 %, soit CHF 19.70 (cf. https://www.swisscancerscreening.ch/fr/offres-dans-votre-canton/programmes-cantonaux-cancer-du-sein/geneve/combien-ca-coute). c. Or, dans la mesure où la recourante s’est soumise à une mammographie le 20 février 2017 sur prescription de son médecin traitant, cet examen n’a pas été réalisé dans le cadre d’un programme organisé de dépistage du cancer du sein. Partant, l’une des conditions de l’art. 12e let. c OPAS n’étant pas réalisée, la recourante n’a pas droit à la prise en charge de la mammographie litigieuse selon les modalités de remboursement prévues par cette disposition.

E. 14

a. Reste à examiner si les coûts de l’examen litigieux doivent être pris en charge par l’intimée à titre de mesure diagnostique. b. Pour rappel, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations définies aux art. 25 à 31 en tenant compte des conditions des art. 32 à 34 (art. 24 LAMal). À ce titre, les assureurs ne peuvent pas prendre en charge d'autres coûts que ceux des prestations prévues aux art. 25 à 33 (art. 34 al. 1 LAMal). Selon l'art. 33 al. 1 LAMal, le Conseil fédéral peut désigner les prestations fournies par un médecin ou un chiropraticien, dont les coûts ne sont pas pris en charge par l'assurance obligatoire des soins ou le sont à certaines conditions. 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. À l'art. 33 OAMal et comme l'y autorise l'art. 33 al. 5 LAMal, le Conseil fédéral a délégué les compétences susmentionnées au DFI. Celui-ci en a fait usage en promulguant l’OPAS (cf. ATF 131 V 338 consid. 1.3). Conformément à l'art. 1 OPAS, l'annexe 1 de cette ordonnance énumère les prestations visées par l'art. 33 let. a et c OAMal – dispositions reprenant textuellement les règles posées aux al. 1 et 3 de l'art. 33 LAMal – dont l'efficacité, l'adéquation ou le caractère économique ont été examinés par la Commission fédérale des prestations générales et des principes de l'assurance-maladie (CFPP) et dont l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts, avec ou sans condition, ou ne les prend pas en charge. Cette annexe ne contient pas une énumération exhaustive des prestations (remarques préliminaires à l'annexe 1 de l'OPAS; ATF 142 V 249 consid. 4.2).

A/4578/2017 - 22/23 - Aux termes du chiffre 9.1 « radiodiagnostic » de l'annexe 1 de l'OPAS, depuis le 1er janvier, 2008 est obligatoirement prise en charge par l'assurance-maladie obligatoire la mesure « mammographie » à la condition suivante : « [p]our le diagnostic en cas de forte suspicion clinique de pathologie mammaire ». c. Or, in casu, la Dresse B_____ a déclaré, lors de l'audience du 24 septembre 2018, qu'elle n'avait jamais mentionné dans les bons, à l'attention du radiologue, que la recourante avait manifesté des plaintes à l'examen clinique. La gynécologue indiquait uniquement « antécédents familiaux et palpation difficile ». Quant à la recourante, elle a affirmé que, dans sa situation, elle consultait sa gynécologue même si elle ne ressentait pas de douleurs. Il ressort effectivement des rapports médicaux produits par la recourante que la réalisation de la mammographie était justifiée à chaque fois en raison de ses antécédents familiaux et de sa morphologie (quand bien même elle ne possède pas de seins denses comme on l'a relevé ci- dessus). Force est ainsi de constater que l'examen litigieux n'a pas été effectué au motif que la recourante présentait des symptômes ou des troubles au niveau des seins. Dans ces conditions, il ne saurait être pris en charge par l'intimée à titre de mesure diagnostique.

E. 15

En conséquence, en tous points mal fondé, le recours ne peut qu'être rejeté.

E. 16

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/4578/2017 - 23/23 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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