

GE_GERICHTE ATAS/778/2020 vom 17. September 2020

GE Cour de justice, 2020-09-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_778_2020

FR: GE_GERICHTE ATAS/778/2020 du 17 septembre 2020

IT: GE_GERICHTE ATAS/778/2020 del 17 settembre 2020

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 loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

A/333/2019 - 13/29 -

E. 2

Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Lorsque le délai échoit un samedi, un dimanche ou un jour férié selon le droit fédéral ou cantonal, son terme est reporté au premier jour ouvrable qui suit (art. 38 al. 3, 1ère phrase LPGA). Les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c LPGA et art. 89C let. c LPA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours du 28 janvier 2019 contre la décision sur opposition du 10 décembre 2018 est recevable.

E. 3

Le litige porte sur le droit du recourant à la prise en charge des frais liés à la mastectomie bilatérale réalisée le 30 janvier 2018 au titre de l'assurance obligatoire des soins.

E. 4

a. Conformément à l'art. 1a al. 2 let. a LAMal, l'assurance-maladie sociale alloue des prestations en cas de maladie (art. 3 LPGA). Selon l'art. 3 al. 1 LPGA, est réputée maladie 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. L'art. 6 LPGA dispose qu'est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. b. La notion de maladie suppose, d'une part, une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique dans le sens d'un état physique, psychique ou mental qui s'écarte de la norme et, d'autre part, la nécessité d'un examen ou d'un traitement médical. La notion de maladie est une notion juridique qui ne se recoupe pas nécessairement avec la définition médicale de la maladie (ATF 124 V 118 consid. 3b s et les références). Pour qu'une

altération de la santé ou un dysfonctionnement du corps humain soient considérés comme une maladie au sens juridique, il faut qu'ils aient valeur de maladie (« Krankheitswert ») ou, en d'autres termes, atteignent une certaine ampleur ou intensité et rendent nécessaires des soins médicaux ou provoquent une incapacité de travail (arrêt du Tribunal fédéral 9C_465/2010 consid. 4.1). Les défauts esthétiques en tant que conséquence d'une maladie ou d'un accident n'ont pas valeur de maladie. La jurisprudence reconnaît cependant que l'assurance obligatoire des soins est tenue de prendre en charge un traitement chirurgical lorsque, servant à l'élimination d'une atteinte secondaire due à la maladie ou à un accident, il permet de corriger des altérations externes de certaines parties du corps - en particulier le visage - visibles et spécialement sensibles sur le plan esthétique ; aussi longtemps que subsiste une imperfection de ce genre due à la maladie ou à un

A/333/2019 - 14/29 - accident, ayant une certaine ampleur et à laquelle une opération de chirurgie esthétique peut remédier, l'assurance doit assumer les frais de cette intervention, à condition qu'elle eût à répondre également des suites immédiates de l'accident ou de la maladie. Il faut également réserver les situations où l'altération, sans être visible ou particulièrement sensible ou même sans être grave, provoque des douleurs ou des limitations fonctionnelles qui ont clairement valeur de maladie. Il en est ainsi des cicatrices qui provoquent d'importantes douleurs ou qui limitent sensiblement la mobilité (ATF 134 V 83 consid. 3.2 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_465/2010 du 6 décembre 2010 consid. 4.2).

E. 5

a. Selon l'art. 24 al. 1 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. En vertu de l'art. 25 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles (al. 1). Ces prestations comprennent notamment les examens et traitements dispensés sous forme ambulatoire, en milieu hospitalier ou dans un établissement médico-social ainsi que les soins dispensés dans un hôpital par des médecins (al. 2 let. a ch. 1), les analyses, médicaments, moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques prescrits par un médecin ou, dans les limites fixées par le Conseil fédéral, par un chiropraticien (al. 2 let. b), le séjour à l'hôpital correspondant au standard de la division commune (al. 2 let. e). Conformément à 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. L'art. 32 LAMal prévoit que 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). b. 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 165 consid. 5c/aa ; RAMA 2000 n° KV 132 p. 281 consid. 2b). 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 146 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 125 V 99 consid. 4a ; RAMA 2000 n° KV 132 p. 282 consid. 2c). Le critère de l'économicité concerne le rapport entre les coûts et le bénéfice de la mesure, lorsque dans le cas

A/333/2019 - 15/29 - concret différentes formes et/ou méthodes de traitement efficaces et appropriées entrent en ligne de compte pour combattre une maladie (ATF 127 V 146 consid. 5 ; RAMA 2004 n° KV 272 p. 111 consid. 3.1.2). Ces critères doivent également s'appliquer lorsqu'il s'agit de déterminer sous l'angle de l'efficacité, laquelle de deux mesures médicales entrant alternativement en ligne de compte, doit être choisie au regard de la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins (ATF 130 V 304 consid. 6.1). Selon la jurisprudence, les assureurs-maladie sont en droit de refuser la prise en charge de mesures thérapeutiques inutiles ou de mesures qui auraient pu être remplacées par d'autres, moins onéreuses ; ils y sont d'ailleurs obligés, dès lors qu'ils sont tenus de veiller au respect du principe de l'économie du traitement. Ce principe ne concerne pas uniquement les relations entre caisses et fournisseurs de soins. Il est également opposable à l'assuré, qui n'a aucun droit au remboursement d'un traitement non économique (ATF 127 V 46 consid. 2b et les références).

E. 6

a. 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. D'après l'art. 33 al. 3 LAMal, le Conseil fédéral détermine également dans quelle mesure l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts d'une prestation nouvelle ou controversée, dont l'efficacité, l'adéquation ou le caractère économique sont en cours d'évaluation. b. Le Département fédéral de l'intérieur (DFI), auquel le Conseil fédéral a délégué à son tour les compétences susmentionnées (art. 33 al. 5 LAMal en relation avec l'art. 33 let. a et c de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 [OAMal - RS 832.102]), a promulgué l'ordonnance du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (OPAS - RS 832.112.31). 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 p. 251). En présence de prestations fournies par un médecin (ou par un chiropraticien), qui n'ont pas été soumises à l'avis de la commission (art. 33 al. 3 LAMal et 33 let. c OAMal), il convient donc d'appliquer la présomption légale que le

A/333/2019 - 16/29 - traitement répond aux exigences de la loi quant à son efficacité, son caractère approprié et économique. En effet, nombre de traitements remplissent ces conditions sans pour autant figurer dans l'annexe 1 à l'OPAS (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 9/05 du 12 mai 2005 consid. 4.1). c. Sous chiffre 1.1 « Chirurgie générale », l'Annexe 1 de l'OPAS prévoit que la réduction du sein intact en cas de mastectomie totale ou partielle du sein atteint pour corriger une asymétrie mammaire et rétablir l'intégrité

physique et psychique de la patiente est obligatoirement à charge de l'assurance maladie. Il en va de même en cas de reconstruction mammaire pour rétablir l'intégrité physique et psychique de la patiente après une ablation totale ou partielle du sein médicalement indiquée.

E. 7

a. La question de la prise en charge par l'assurance-maladie obligatoire d'une correction chirurgicale sur les seins féminins a donné lieu à une jurisprudence abondante du Tribunal fédéral. Dans ce contexte, le tribunal s'est surtout attaché à délimiter les cas qui relèvent de la chirurgie esthétique où le but principal de l'intervention est 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. La prise en charge par l'assurance obligatoire des soins d'une réduction mammaire dépend - en plus des critères de l'efficacité, du caractère approprié et de l'économicité (art. 32 al. 1 LAMal) - de conditions dégagées par la jurisprudence sous l'empire de la LAMA qui ont continué à s'appliquer avec l'entrée en vigueur, au 1er janvier 1997, de la LAMal (cf. RAMA 2000 n° KV 138 p. 360 consid. 3b). L'opération de réduction du sein - qui ne figure pas dans le catalogue de l'OPAS - constitue une prestation à la charge des caisses-maladie si l'hypertrophie mammaire est à l'origine de troubles physiques ou psychiques ayant eux-mêmes valeur de maladie au sens juridique et que le but de l'intervention est d'éliminer ces atteintes secondaires. La présence de troubles pathologiques n'est pas en soit 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 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 171/00 du 29 janvier 2001). Une indication médicale à une intervention est admise à partir du moment où une réduction de poids d'environ 500 grammes ou plus de chaque côté est envisagée ou exécutée et pour autant que l'assurée souffre de douleurs dues à l'hypertrophie et ne présente pas d'adiposité, le critère déterminant étant l'existence d'un lien de causalité entre l'hypertrophie et les troubles physiques ou psychiques (ATF 130 V 301 consid. 3 ; ATF 121 V 211 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 4/04 du 17 août 2005 ; voir aussi RAMA 2000 n° KV 138 p. 357). Une personne présente une surcharge pondérale (adiposité) lorsque le Body Mass Index (BMI), soit le quotient du poids corporel (kg) et de la taille au carré (m²) est supérieur à 25 (ATF 130 V 301 consid. 3).

A/333/2019 - 17/29 - En principe, la restauration de la poitrine à la suite d'une amputation totale ou partielle devrait sans autre être possible en redonnant au sein amputé son volume et son galbe originels, sans qu'il soit nécessaire d'opérer le sein demeuré sain pour rétablir la symétrie mammaire. Une telle intervention - qui du point de vue de l'assurance obligatoire des soins devrait être la règle - peut cependant parfois ne pas être adéquate ou ne pas répondre au but et aux exigences de la LAMal. Ainsi, le retour à un statu quo ante, dans les limites usuelles et le respect du caractère économique du traitement, peut dans certains cas ne pas être possible car l'intervention n'est pas réalisable d'un point de vue chirurgical ; dans d'autres cas, la restauration de la poitrine dans son état antérieur peut être contre-indiquée pour des raisons médicales objectives (hypertrophie mammaire préexistante) ; enfin, dans d'autres cas encore, la seule réduction du sein non atteint peut se révéler une mesure moins invasive (pas d'implant mammaire pour le sein touché). Dans de telles circonstances, une intervention sur le sein non atteint par la maladie - à la charge de l'assurance obligatoire des

soins - peut s'avérer plus adéquate, voire nécessaire, pour rétablir l'intégrité physique de la personne assurée, étant rappelé que celle-ci n'a pas droit à la prise en charge par l'assurance maladie sociale du correctif général de sa silhouette tel qu'elle le souhaiterait par le biais de la réparation d'un préjudice corporel à la charge de l'assurance ; ainsi, dans l'hypothèse où le retour à un statu quo sine au moyen d'une reconstruction mammaire s'avérerait objectivement impossible à réaliser, seule une différence notable ou significative de volume entre les deux seins permettrait de justifier la prise en charge d'une intervention sur l'autre sein. En d'autres termes, une assurée ne peut prétendre par le truchement d'une prestation à charge de l'assurance sociale visant à la restauration d'un état « ante ou sine » à des mesures visant une modification d'un point de vue esthétique de ce statut (ATF 138 V 131 consid. 8.2.2). b. Dans un arrêt du 8 juin 2018, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal de Fribourg (arrêt 608 2017 40) a jugé le cas d'un assuré qui, souffrant de gynécomastie algique entraînant une sensibilité exacerbée de la poitrine ainsi que des douleurs en cas de contact, requérait la prise en charge d'une mastectomie totale de la glande mammaire gauche puis droite, réalisée à l'âge de 20 ans. Elle a constaté que la présence d'une atteinte ayant valeur de maladie n'était 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. Cela étant, même en admettant que l'atteinte subie constituait une maladie, les conditions d'une prise en charge devraient être réfutées sous un autre angle. En effet, les médecins traitants s'étaient très rapidement orientés vers une intervention chirurgicale, alors même que d'autres options entraient manifestement en ligne de compte. Elle a notamment relevé que la gynécomastie pouvait avoir différentes origines et que plusieurs options thérapeutiques étaient ouvertes, notamment l'application de crèmes spécifiques. Selon la littérature médicale, en cas de gynécomastie de la puberté persistante, nouvelle ou en l'absence d'étiologie claire, un bilan biologique complémentaire était

A/333/2019 - 18/29 - recommandé. Celui-ci porte sur les éléments suivants: testostérone, estradiol, hormone lutéinisante (LH) et β -hCG. Il était 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 avait immédiatement adressé l'assuré à un confrère spécialiste en chirurgie, et que ce dernier avait confirmé la nécessité d'une opération. Sans dénier le fait que l'intervention avait permis de résorber les douleurs de l'assuré, il n'en demeurait pas moins qu'elle aurait dû être précédée d'examens plus approfondis et/ou de l'évaluation préalable d'alternatives thérapeutiques. Ainsi que le relevait 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. La Cour cantonale a également noté 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 aurait dû inciter les médecins à envisager d'autres possibilités. Partant, elle a jugé que l'assurance était fondée à refuser la prise en charge des interventions litigieuses, auxquelles il avait 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 paraissait pas défendable, la présence d'un défaut esthétique susceptible d'avoir une conséquence psychique n'étant pas rendue vraisemblable et l'invocation (tardive) de

difficultés psychologiques n'était corroborée par aucun suivi spécialisé (thérapie et/ou médicaments).

E. 8

La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir.

L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, 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 qu'en soit la 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, ce qui est déterminant c'est 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

A/333/2019 - 19/29 - connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et qu'enfin, les conclusions de l'expert soient dûment 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 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3). Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d).

L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant

est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.244/05 du 3 mai 2006 consid. 2.1). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

A/333/2019 - 20/29 -

E. 9

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence en ce sens que lorsque les instances cantonales de recours constatent qu'une instruction est nécessaire parce que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise, elles sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151 consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

E. 10

a. En l'espèce, l'intimée a nié le droit du recourant à la prise en charge de la mastectomie bilatérale effectuée le 30 janvier 2018, au motif que cette intervention n'était pas justifiée par une atteinte à la santé ayant valeur de maladie. Elle s'est fondée sur les avis de son médecin-conseil, lequel a estimé que le recourant ne souffrait pas de gynécomastie, mais d'une « pseudogynécomastie ». b. Le recourant pour sa part conteste cette appréciation et rappelle que tous les médecins qu'il a consultés ont retenu le diagnostic de gynécomastie et attesté que l'opération subie était nécessaire pour des raisons médicales. Il soutient en outre que les douleurs et la gêne induites par cette pathologie ne lui permettaient plus de porter son gilet pare-balles, et donc de travailler.

E. 11

Il convient d'examiner la valeur probante des différents rapports produits.

E. 12

a. À titre préalable, la chambre de céans relève qu'une gynécomastie est une prolifération bénigne de la glande mammaire de l'homme qui résulte d'une augmentation du rapport entre l'action des œstrogènes et des androgènes. Elle doit être distinguée de la lipomastie et du carcinome mammaire. La gynécomastie est soit physiologique à différents stades de la vie (naissance, adolescence, sénescence), soit secondaire à la prise de médicaments ou à des maladies entraînant une baisse des androgènes ou une élévation des œstrogènes. En l'absence de cause évidente, le bilan associe une évaluation des fonctions rénale, hépatique et thyroïdienne ainsi qu'un dosage de l'hormone lutéinisante (LH), de la β -hCG

A/333/2019 - 21/29 - (human chorionic gonadotrophin- β), de l'estradiol et de la testostérone totale. Ce bilan est toutefois souvent normal et le diagnostic de gynécomastie idiopathique est retenu. Dans les cas de gynécomastie récente, un traitement de tamoxifène durant trois mois peut s'avérer utile (<https://www.revmed.ch/RMS/2009/RMS-198/Evaluation-et-prise-en-charge-d-une-gynecomastie>). b. Quant à la pseudogynécomastie, ou lipomastie, elle est liée à une augmentation de la composante graisseuse mammaire (<https://www.revmed.ch/RMS/2010/RMS-248/Gynecomastie-unilaterale-chez-un-jeune-adulte-revue-de-la-litterature-et-mise-au-point-a-propos-d-un-cas>).

E. 12.4

mm ne permettait pas de la relier sans autre à une pathologie éventuelle dans le sein droit. Cet argument n'est toutefois pas de nature à écarter le diagnostic de gynécomastie, ni l'indication médicale à une mastectomie. Le Dr D_____ a considéré que les examens de laboratoire n'avaient pas relevé d'indices pour une affection maligne. Il n'a toutefois pas du tout discuté le rapport du Dr G_____ du 30 janvier 2018 relatif aux résultats histologiques. Or, ce document est difficilement compréhensible pour une personne ne disposant pas de connaissances particulières dans le domaine. D'ailleurs, les médecins-traitants du recourant ont semble-t-il interprété différemment les observations du Dr G_____, puisque le Dr E_____ a considéré que ce rapport se référait à une « glande mammaire » (rapport du 24 juillet 2018), alors que le Dr F_____ a relevé que l'acronyme PASH faisait référence à une tumeur (rapport du 8 mars 2018, confirmé lors de l'audition du 6 février 2020). Dans ces conditions, le médecin-conseil aurait dû développer clairement son point de vue et expliquer sur quels éléments précis du rapport d'analyse il se fondait. Enfin, le Dr D_____ a estimé que les problèmes du port d'un gilet pare-balles étaient difficiles à comprendre car une glande mammaire d'à peine 3 cm à droite et non mesurable à gauche ne pouvait guère entraîner un tel handicap, et la lipomateuse mise en évidence des deux côtés ne pouvait également pas expliquer les problèmes mentionnés. Ces conclusions ne sont pas convaincantes et il est surprenant que le médecin-conseil n'ait pas jugé utile d'examiner le recourant (contrairement à ce qui ressort des écritures de l'intimée) alors que le Dr E_____ avait expressément indiqué, dans son premier rapport du 30 novembre 2017, que la gynécomastie augmentait et devenait extrêmement douloureuse, au point que le recourant ne pouvait plus porter son gilet pare-balles. Ces plaintes ont également été relatées par le Dr F_____ qui a noté d'importantes douleurs à la palpation empêchant le recourant de porter son gilet pare-balles. d. Dans son dernier rapport du 15 novembre 2018, le Dr D_____ a souligné que, selon le rapport de laboratoire du 17 mai 2017, le taux d'hormones du recourant dans le sang était tout à fait normal. Cette remarque paraît peu pertinente, dès lors que le médecin-conseil a lui-même indiqué que le diagnostic de gynécomastie désignait un gonflement du tissu mammaire masculin « généralement » induit par un déséquilibre

hormonal. Il a ensuite relevé que le Dr E_____ avait mentionné une gynécomastie bilatérale et que les deux côtés avaient été excisés lors de l'intervention du 30 janvier 2018, alors que les rapports échographiques concluait à une gynécomastie droite, que l'examen du sein gauche évoquait une involution graisseuse sans notion de gynécomastie. Il est exact que les Drs C_____ et F_____ n'ont rapporté qu'une gynécomastie droite et que le rapport du Dr E_____ est insuffisamment étayé en ce qui concerne le diagnostic de gynécomastie droite. Cependant, il y a lieu de garder à l'esprit que, selon la jurisprudence rendue en matière de restauration de

A/333/2019 - 24/29 - poitrine féminine suite à une amputation, la réduction du sein non atteint peut constituer une mesure moins invasive que la restauration de la poitrine dans son état antérieur, et qu'une différence notable ou significative de volume entre les deux seins peut justifier la prise en charge d'une intervention sur l'autre sein. La chambre de céans ne voit aucune raison de ne pas appliquer cette jurisprudence mutatis mutandis aux assurés de sexe masculin. Partant, l'intimée ne saurait refuser la prise en charge de la mastectomie du sein gauche du recourant pour le simple motif qu'il ne présentait pas de gynécomastie de ce côté. Le médecin-conseil a considéré que le rapport histologique mentionnait que les coupes examinées étaient principalement d'ordre adipeuse et sans élément suspect, et que les examens de laboratoire n'avaient pas révélé d'indices pour une affection maligne. Comme déjà mentionné, la chambre de céans n'est pas en mesure de tirer des conclusions fiables du rapport du Dr G_____, dès lors qu'elle ne dispose pas des connaissances médicales nécessaires. Elle observe cependant que l'interprétation du Dr D_____ n'est partagée ni par le Dr E_____, ni par le Dr F_____ et que le rapport du Dr G_____ retient le diagnostic d'aspect compatible avec une gynécomastie et de modifications fibrokystiques bénignes, et qu'il mentionne des fragments de parenchyme, siège d'une fibrose focalement dense, empiétant sur le tissu adipeux, englobant des structures canalaire montrant une hyperplasie, ainsi que des canaux entourés d'une fibrose légèrement myxoïde et au sein du stroma des foyers de prolifération fibroblastique et focalement des espaces effilés optiquement vides bordés de cellules effilées, de type hyperplasie pseudo angiomatose (PASH). Le médecin-conseil a encore relevé que le Dr F_____ avait attesté qu'aucun traitement conservateur n'avait été effectué. Ceci n'est pas déterminant. En effet, le recourant a consulté son médecin-traitant en 2015 pour une gynécomastie et des examens d'imagerie ont alors été prescrits. Suite aux résultats, le Dr F_____ a considéré qu'il fallait uniquement surveiller la gynécomastie, qui était alors toute petite et ne faisait pas mal. En 2017, après avoir constaté une augmentation de la masse et compte tenu d'importantes douleurs, le recourant a derechef consulté le Dr F_____, qui a préconisé de nouveaux examens radiologiques complets, ainsi que des analyses sanguines. Ces investigations ont permis d'objectiver une augmentation importante de la structure ovaire et une adénopathie, qui n'était pas présente en 2015. Il n'y avait en revanche pas d'anomalie au niveau hormonal, de sorte qu'un tel traitement n'a pas été suggéré. Il appert donc que le recourant a été pris en charge dès le début des symptômes et qu'il s'est conformé aux indications de son médecin, à l'issue d'examens complets et poussés. À toutes fins utiles, la chambre de céans remarquera encore que la situation soumise à l'appréciation du Tribunal cantonal de Fribourg (arrêt 608 2017 40 cité par l'intimée) concernait une « gynécomastie de la puberté persistante » et qu'un bilan biologique complet n'avait pas été réalisé avant l'intervention. Les deux dossiers ne sont donc pas similaires, contrairement à ce que soutient l'intimée.

A/333/2019 - 25/29 - Le Dr D_____ a également indiqué que l'ablation préventive de la glande mammaire ne se justifiait pas, car les sensations douloureuses dans les glandes mammaires étaient fréquentes et bénignes. La suspicion d'un éventuel cancer n'était pas justifiée, car les microcalcifications, déjà observées en 2015, ne pouvaient pas être associées sans examen complémentaire à un cancer du sein. En outre, le test sanguin servant à détecter un cancer du sein était négatif et aucune biopsie n'avait été effectuée avant le 30 janvier 2018. Cet avis est toutefois basé sur la prémisse que le recourant présentait une pseudogynécomastie, contrairement à l'avis unanime de tous les médecins ayant examiné le recourant. Or, le Dr E_____ a noté que le cancer du sein se développait préférentiellement dans le contexte d'une gynécomastie (rapport du 30 novembre 2017). En outre, le Dr F_____ a fait état d'une tumeur proliférative du mésenchyme qui aurait de toute façon dû être traitée par exérèse (rapport du 8 mars 2018), ce qu'il a confirmé à la chambre de céans en exposant qu'il s'agissait d'une tumeur du tissu conjonctif qui aurait continué à croître sans l'intervention (procès-verbal d'audition du 6 février 2020). Le médecin-conseil de l'intimée n'a toutefois pas du tout discuté ces éléments. Enfin, le Dr D_____ a noté que si plus de 70 g avaient été réséqués lors de l'intervention, il ne pouvait s'agir que de « tissus lipomateux ». Une telle affirmation, dépourvue de toute motivation médicale, n'est pas satisfaisante. Le médecin-conseil devait se prononcer à l'aune du rapport d'histologie en sa possession, le discuter et expliquer les raisons pour lesquelles il réfutait les conclusions des Drs F_____ et E_____ qui ne correspondaient pas, selon lui, à ce document. 14. Eu égard à tout ce qui précède, les rapports du médecin-conseil de l'intimée ne sauraient se voir reconnaître une quelconque valeur probante.

E. 13

a. Dans ses premiers avis des 9 novembre 2017 et 18 janvier 2018, le médecin-conseil s'est contenté d'affirmer que la pseudogynécomastie n'avait pas valeur de maladie et que l'intimée pouvait refuser de prendre en charge l'intervention sollicitée. Il s'est ainsi distancé, sans la moindre explication, du diagnostic de gynécomastie retenu par les Drs C_____, B_____ et E_____, suite à des échographies et des mammographies réalisées en 2015 et 2017. b. Le Dr D_____ a ensuite indiqué, dans son avis du 19 avril 2018, que les « examens » confirmaient l'existence d'une pseudogynécomastie, avec de « petites glandes » de moins de 3 cm. Selon lui, la « masse apparente » était « essentiellement » constituée de graisse et n'avait pas valeur de maladie. Le médecin-conseil n'a pas précisé à quels « examens » il faisait référence, mais à cette époque, il avait uniquement reçu les bilans radiologiques, le dossier photographique et les résultats des analyses sanguines du 17 mai 2017. S'agissant des examens d'imagerie, le Dr C_____ a noté, dans son rapport du 15 mai 2017, que l'échographie avait démontré une structure ovalaire à droite relativement hypoéchogène « par rapport » à la graisse avec une hyperhémie. On en déduit donc que ladite structure n'était pas une masse graisseuse. De plus, le radiologue a observé qu'il n'y avait pas de « nodule suspect » du côté gauche, ce qui permet de penser que la structure du côté droit était quant à elle « suspecte ». Concernant les clichés photographiques transmis en novembre 2017, ils ne permettent de porter aucune appréciation sur la « masse apparente », faute de rapport de consultation faisant état d'observations cliniques relatives à la taille, au poids, ou encore aux mensurations du patient. Quant aux analyses sanguines, il est rappelé qu'un bilan hormonal normal ne s'oppose pas au diagnostic de gynécomastie. D'ailleurs, le médecin-conseil a clairement mentionné par la suite, dans son rapport du 15 novembre 2018, qu'une gynécomastie désignait un gonflement du tissu mammaire masculin « généralement » induit par un déséquilibre hormonal. Partant, l'absence d'anomalie lors

des examens de laboratoire du 17 mai 2017 n'est pas déterminante.

A/333/2019 - 22/29 - Enfin, la chambre de céans rappellera que l'échographie du sein droit réalisée en mars 2015 a mis en évidence une structure ovale mesurant 6.37 x 18 x 21.1 mm avec des vaisseaux (rapport du Dr C _____ du 30 mars 2015), et que l'échographie de mai 2017 a révélé que cette structure, avec une hyperhémie, avait grossi pour atteindre une taille de 8.93 x 28.2 x 24 mm. Le médecin-conseil ne s'est pas du tout prononcé sur cette évolution, mais il a noté que les « glandes » étaient petites et mesuraient moins de 3 cm. On en déduit donc qu'il a en fait retenu que la « structure ovale » décrite par le radiologue était la glande mammaire, et non pas de la graisse. Étant donné qu'il est établi que cette masse a augmenté de volume entre 2015 et 2017, on peine à comprendre comment le Dr D _____ a pu nier une prolifération de la glande mammaire et écarter ainsi le diagnostic de gynécomastie, en faveur d'une pseudo-gynécomastie. En l'absence de toute argumentation, les conclusions du médecin-conseil semblent peu cohérentes. c. Après avoir reçu le protocole opératoire et le rapport d'examen histologique, le Dr D _____ a rendu une nouvelle appréciation le 4 juillet 2018, contenant six remarques relatives à la mastectomie subie par le recourant. Il a tout d'abord noté que les examens radiologiques du sein droit effectués le

E. 15

a. La chambre de céans constate encore que les rapports des médecins consultés par le recourant comportent de nombreuses contradictions, erreurs ou incohérences, de sorte qu'ils ne remplissent pas non plus les critères pour se voir attribuer une valeur probante et mettre fin au litige. b. En ce qui concerne les rapports du Dr E _____, ce dernier a diagnostiqué une gynécomastie « bilatérale plus marquée à droite », précisant qu'elle était documentée par une mammographie et un ultrason (rapport du 30 novembre 2017). Toutefois, les rapports du Dr C _____ ne concluent pas à l'existence d'une telle pathologie au niveau du sein gauche, de sorte que le diagnostic retenu par le chirurgien n'est pas confirmé par les pièces du dossier. On relèvera encore l'erreur manifeste dans la taille de la masse rapportée par le Dr E _____, soit « 9 x 3 x 2 cm ». Dans son rapport opératoire du 30 janvier 2018, le Dr E _____ a mentionné à nouveau le diagnostic de gynécomastie « bilatérale », sans argumentation aucune, notamment quant au côté gauche. Il a noté que la « glande » atteignait 12 cm à

A/333/2019 - 26/29 - droite et 9 cm à gauche, « confirmée par un ultrason ». Bien que l'intimée ait sollicité à plusieurs reprises ledit rapport d'échographie, aucun document n'a été produit. On ignore donc si de nouveaux ultrasons ont été réalisés le jour de l'intervention. Quoi qu'il en soit, il semble peu probable que la glande ait pu atteindre une taille de 12 cm à droite et de 9 cm à gauche, alors que la structure observée lors de l'échographie de mai 2017 mesurait 8.93 x 28.2 x 24 mm à droite, et qu'aucune masse « suspecte » n'avait été constatée à gauche. Il est envisageable que le Dr E _____ se soit référé, en mentionnant une « glande » de 12 cm à droite et 9 cm à gauche, aux pièces de mastectomie, mais les dimensions ne correspondent pas tout à fait à celles rapportées par le Dr G _____. Enfin, le Dr E _____ a indiqué, dans son rapport du 24 juillet 2018, que le résultat histopathologique parlait d'une « glande mammaire » et non de tissus graisseux. La chambre de céans constate cependant que les termes « glande mammaire » ne ressortent pas expressément du rapport du Dr G _____, qu'elle n'est pas apte à interpréter. Le chirurgien a encore noté que la présence de 70 g de tissu mammaire était pathologique chez l'homme et pouvait occasionnellement permettre le développement d'une tumeur cancéreuse. Cette

affirmation est en l'état insuffisamment motivée, ce d'autant plus que le risque de cancer n'a pas été évoqué par le Dr F_____, lequel a uniquement fait référence à une tumeur bénigne. c. Enfin, les déterminations du Dr F_____ n'emportent pas non plus, en l'état, la conviction de la chambre de céans. Dans son rapport du 8 mars 2018, ce médecin a notamment indiqué que son patient avait présenté une gynécomastie droite à sa consultation du 19 mars 2015 mesurant 6.37 x 18 x 22.1 mm (recte 6.37 x 18 x 21.1 mm) sans adénopathie ni douleurs à la palpation, alors qu'il a indiqué, lors de son audition, que le recourant avait évoqué pour la première fois des douleurs à droite le 19 mars 2015. Il a ensuite écrit qu'en 2017, le recourant avait constaté une aggravation de la gynécomastie droite, mesurant 6.93 x 28.2 x 24 mm (recte : 8.93 x 28.2 x 24 mm), avec une adénopathie de 9.37 mm (recte : 12.4 mm, 9.37 mm concernant le côté gauche) avec de la douleur à la palpation et un aspect nodulaire. Le médecin-traitant n'a toutefois pas consigné dans ce document, ni dans aucun autre rapport produit, ses constatations objectives lors de ses examens, en particulier le BMI et les mensurations du recourant. Il a relevé, à la lecture du rapport du Dr G_____, une prolifération périphérique de type hyperplasie pseudo-angiomateuse, en plus du parenchyme mammaire fibrosé, et exposé qu'il s'agissait d'une « tumeur bénigne » du mésenchyme, proliférative, qui de toute façon devait être traitée par une exérèse chirurgicale car évolutive, même si le risque de « tumeur » était rare. On constate une certaine incohérence dans ces propos qui ne permet pas de conclure à l'existence ou l'inexistence, en l'état, d'une tumeur. Interrogé par l'intimée, le Dr F_____ a rendu un rapport succinct et peu précis le 3 avril 2018. Ce document semble en outre comporter des erreurs puisque le médecin-traitant a indiqué qu'il suivait le recourant depuis le

A/333/2019 - 27/29 - 22 novembre 2001, alors qu'il a déclaré à la chambre de céans qu'il était son médecin généraliste depuis le mois de novembre 2006. Il y a également mentionné que deux ultrasons « du sein » avaient été pratiqués en mars 2015 et mai 2017, alors que les deux cotés ont en réalité été investigués. Sur questions de l'intimée, il a noté que la gynécomastie n'était « pas récente » et ne posait « au début » aucun problème fonctionnel. Dans son rapport du 22 mai 2019, le médecin-traitant a noté que l'atteinte s'était aggravée « depuis le 1er janvier 2018 », avec un doublement de la taille de la gynécomastie et une atteinte douloureuse bilatérale. Il a ajouté qu'il était alors devenu urgent d'opérer le recourant, faute de quoi ce dernier aurait été en incapacité totale de travail dès le 1er février 2018. Le dossier produit ne comporte aucun rapport de consultation du médecin-traitant et on ignore à quelles dates celui-ci a examiné son patient et constaté que les symptômes engendraient les empêchements décrits. Quoi qu'il en soit, une importante augmentation de la gynécomastie droite a été mise en évidence lors des examens de radiologie du mois de mai 2017, et le recourant a consulté le Dr B_____ en vue d'une intervention en octobre 2017 déjà, puis le Dr E_____ en novembre 2017. Ce dernier avait alors mentionné des difficultés pour le port du gilet pare-balles, mais le recourant a tout de même été en mesure de travailler sans interruption jusqu'à la fin du mois de janvier 2018. L'aggravation et l'urgence au moment de l'intervention ne sont, à ce stade, pas établies. Le Dr F_____ a déclaré le 6 février 2020 que c'était à partir de la consultation du 14 décembre 2017 que le recourant avait constaté une boule plus ferme associée à une rougeur de peau sur le sein droit qui avait pris du volume. À nouveau, en l'absence de rapport de consultation, il n'est pas possible de savoir si le médecin-traitant se méprend quant à la chronologie, mais il est rappelé que des contrôles radiologiques et des analyses sanguines ont été pratiqués en mai 2017 déjà. Le Dr F_____ a affirmé que l'échographie avait démontré que les deux seins

avaient grossi, raison pour laquelle il avait préconisé une mastectomie bilatérale. Or, l'échographie du sein gauche de 2017 n'a pas signalé d'augmentation d'une quelconque masse. Enfin, il a exposé qu'une tumeur avait été observée après l'opération, ce qui ne saurait en l'état être considéré comme établi. En effet, le rapport d'histologie ne mentionne pas expressément l'existence d'une tumeur, mais il signale, à l'observation du stroma au microscope, à droite, des foyers de prolifération fibroblastique et focalement des espaces effilés optiquement vides bordés de cellules effilées, « de type hyperplasie pseudo angiomatose (PASH) ». De plus, comme déjà relevé, le Dr E_____ a fait état pour sa part d'une glande et de tissus mammaires, sans référence aucune à une tumeur.

E. 16

Dans ces conditions, la chambre de céans considère que les pièces produites dans le cadre de la présente procédure ne lui permettent pas de se déterminer, au degré de la vraisemblance prépondérante requis, sur l'existence d'une atteinte à la santé

A/333/2019 - 28/29 - ayant valeur de maladie, cas échéant sur le caractère efficace, approprié et économique de la mastectomie bilatérale réalisée le 30 janvier 2018.

E. 17

Compte tenu du fait que le médecin-conseil de l'intimée a écarté sans motivation suffisante le diagnostic posé par tous les autres médecins, qu'il n'a pas expliqué ni interprété les rapports de radiologie et d'histologie, et qu'il n'a pas discuté les arguments des Drs E_____ et F_____, la chambre de céans considère qu'il se justifie de renvoyer le dossier à l'intimée pour qu'elle en complète l'instruction en mettant en œuvre une expertise auprès d'un spécialiste indépendant, conformément à l'art. 44 LPGA. L'intimée rendra ensuite une nouvelle décision portant sur la prise en charge de l'intervention litigieuse.

E. 18

Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision sur opposition du 10 décembre 2018 annulée et le dossier retourné à l'intimée pour instruction complémentaire sous la forme d'une expertise par un spécialiste indépendant et nouvelle décision.

E. 19

La procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA). Vu l'issue donnée au recours, une indemnité de procédure de CHF 1'500.- est allouée au recourant, à la charge de l'intimée (art. 61 let. g LPGA).

A/333/2019 - 29/29 - 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.