

## **GE\_GERICHTE A/333/2019 vom 17. September 2020**

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

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_333\\_2019](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_333_2019)

FR: GE\_GERICHTE A/333/2019 du 17 septembre 2020

IT: GE\_GERICHTE A/333/2019 del 17 settembre 2020

### **Erwägungen**

#### **E. 5**

ème Chambre En la cause Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à LE GRAND-SACONNEX, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Florine KÜNG recourant contre MUTUEL ASSURANCE MALADIE SA, Service juridique, sise rue des Cèdres 5, MARTIGNY intimée EN FAIT 1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né le \_\_\_\_\_ 1983, était affilié du 1<sup>er</sup> janvier 2017 au 31 décembre 2018 auprès de Mutuel Assurance Maladie SA (ci-après : la caisse) pour l'assurance obligatoire des soins. 2. Par courrier du 6 octobre 2017, le docteur B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie, a indiqué au médecin-conseil de la caisse que l'assuré souffrait d'une gynécomastie importante, documentée par une échographie. Il a sollicité la prise en charge d'une intervention en mode stationnaire, consistant en une cure de gynécomastie associée à une lipoaspiration du pourtour et un drainage post-opératoire, qui seraient réalisées par un chirurgien plastique afin d'optimiser le résultat. Le Dr B\_\_\_\_\_ a annexé un rapport du docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, du 15 mai 2017, suite à une échographie des deux seins complétée par une mammographie droite effectuées le jour même. L'examen échographique droit avait démontré une structure ovoidale relativement hypoéchogène par rapport à la graisse mesurant 8.93 x 28.2 X 24 mm avec une hyperhémie périphérique, ainsi qu'un ganglion dans le creux axillaire droit de 12.4 mm. Du côté gauche, il n'y avait pas de nodule suspect. Un ganglion dans le creux axillaire de 9.37 mm d'aspect lipodystrophique était relevé. La mammographie droite avait révélé une opacité discoïde à contours irréguliers bien centrée par rapport au mamelon avec des microcalcifications éparses. Le spécialiste a conclu à une gynécomastie droite plus accusée par rapport à l'examen antérieur du 30 mars 2015. 3. Le 16 octobre 2017, la caisse a sollicité un dossier photographique complet afin de pouvoir se déterminer. 4. Dans un avis du 9 novembre 2017, le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie et médecin-conseil de la caisse, a considéré qu'une maladie ne pouvait pas être retenue et que la demande pouvait être refusée. 5. En date du 15 novembre 2017, la caisse a informé le Dr B\_\_\_\_\_ qu'elle refusait la prise en charge sollicitée, car l'intervention envisagée ne relevait pas des prestations générales en cas de maladie. 6. Par rapport du 30 novembre 2017, le docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, a indiqué à l'assurance qu'il avait été consulté en deuxième intention en vue de l'excision d'une gynécomastie bilatérale plus marquée à droite, documentée par une mammographie et un ultrason. Du côté droit, la masse mesurait 9 x 3 x 2 cm, avec un ganglion dans le creux axillaire droit de 12.4 mm. Cette gynécomastie était en augmentation par rapport à l'examen réalisé en mars 2015 et devenait extrêmement douloureuse, empêchant l'assuré, policier, de porter son gilet pare-balles. Il a également rappelé que le cancer du sein existait chez l'homme et se développait préférentiellement dans le contexte d'une gynécomastie. Il sollicitait donc à nouveau la prise en charge d'une mastectomie sous-cutanée chirurgicale, au cours d'une

brève intervention, dont le but était strictement médical et aucunement esthétique. Il a notamment annexé le dossier photographique de l'assuré. 7. Dans un nouvel avis du 18 janvier 2018, le Dr D\_\_\_\_\_ a maintenu le refus de prise en charge, notant que la pseudogynécomastie droite de 2.8 cm n'avait pas valeur de maladie. 8. Le 24 janvier 2018, la caisse a confirmé son refus de prise en charge au Dr E\_\_\_\_\_. 9. Le 30 janvier 2018, l'assuré s'est fait opérer par ce chirurgien. 10. Par courrier du 12 février 2018, l'assuré, représenté par un mandataire, a soutenu qu'il souffrait d'une maladie qui devait être traitée en urgence au vu des douleurs provoquées qui le mettaient dans l'impossibilité de porter son gilet pare-balles et d'exécuter ainsi correctement son travail à haut risque. Il a requis la prise en charge de l'intervention chirurgicale et des traitements et diagnostics y relatifs. 11. En date du 16 février 2018, la caisse lui a répondu qu'elle était disposée à réexaminer son dossier et qu'elle avait besoin d'un rapport détaillé comportant de nouveaux éléments médicaux. 12. Dans un rapport du 8 mars 2018, le docteur F\_\_\_\_\_, médecin, a indiqué que l'assuré avait présenté une gynécomastie droite à sa consultation du 19 mars 2015 mesurant 6.37 x 18 x 22.1 mm sans adénopathie ni douleurs à la palpation. En 2017, il avait constaté une aggravation de la gynécomastie droite, avec des douleurs, mesurant 6.93 x 28.2 x 24 mm, avec une hyperhémie périphérique, une adénopathie de 9.37 mm avec de la douleur à la palpation et un aspect nodulaire. En janvier 2018, à l'examen histologique, il en résultait une prolifération périphérique de type hyperplasie pseudo-angiomateuse (PASH) en plus du parenchyme mammaire fibrosé. 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. Il requérait donc la prise en charge de cette lésion proliférative et douloureuse, étant souligné que la gynécomastie s'était aggravée en deux ans, était accompagnée de douleurs et entraînait l'impossibilité de porter un gilet pare-balles, et donc de travailler. La prise en charge était ainsi devenue indispensable chirurgicalement, compte tenu du contexte évolutif, et non pas pour des raisons esthétiques. 13. Le 3 avril 2018, le Dr F\_\_\_\_\_ a répondu à un questionnaire de la caisse. Il a indiqué qu'il suivait l'assuré depuis le 22 novembre 2001, que deux ultrasons « du sein » avaient été pratiqués les 30 mars 2015 et 15 mai 2017, et que la gynécomastie n'était « pas récente » et ne posait aucun problème fonctionnel « au début », mais qu'une gêne importante au niveau du travail de l'assuré nécessitait une intervention. Il a joint les documents suivants : - un rapport du Dr C\_\_\_\_\_ du 30 mars 2015 suite à une échographie et une mammographie des seins effectuées le jour même ; l'examen échographique avait démontré une structure ovalaire relativement hypoéchogène dans la région rétro-mamelonnaire droite, mesurant 6.37 x 18 X 21 .1 mm avec des vaisseaux en son sein pouvant évoquer une gynécomastie, une involution graisseuse dans la région rétro-mamelonnaire gauche sans masse hypoéchogène et aucune adénopathie suspecte dans les creux axillaires ; la mammographie avait démontré une opacité irrégulière dans la région rétro-mamelonnaire droite avec des microcalcifications éparses non suspectes, ainsi qu'une involution graisseuse dans le sein gauche ; il a conclu à une gynécomastie droite sans lésion suspecte ; - le rapport du Dr C\_\_\_\_\_ du 15 mai 2017 ; - un rapport de laboratoire du 17 mai 2017 suite à une analyse sanguine : les résultats étaient dans les limites de la norme, que ce soit pour la thyroïde, les hormones (LH, Estradiol, E2 et Testostérone) et les marqueurs tumoraux. 14. En date du 19 avril 2018, le Dr D\_\_\_\_\_ a considéré que les examens confirmaient l'existence d'une pseudogynécomastie, avec de petites glandes de moins de 3 cm. La masse apparente était essentiellement constituée de graisse et n'avait pas valeur de maladie. Le port d'un gilet ne devrait pas poser de

problèmes. 15. En date du 25 avril 2018, la caisse a demandé au Dr F\_\_\_\_\_ de lui transmettre le protocole opératoire, une copie des résultats d'examen histologique et de l'ultrason mammaire du côté gauche. 16. Le 4 mai 2018, elle a reçu le protocole opératoire du 30 janvier 2018 du Dr E\_\_\_\_\_ mentionnant le diagnostic de gynécomastie bilatérale. Selon le rappel anamnestique, le patient était gêné par une gynécomastie bilatérale asymétrique très douloureuse avec une glande atteignant 12 cm à droite et 9 cm à gauche, confirmée par un ultrason. Il avait procédé à une mastectomie bilatérale, en une pièce de 77 g à droite et 69 g à gauche, à une égalisation graisseuse des bords par lipoaspiration (environ 30 ml). La caisse a également obtenu le rapport d'examen histologique du 30 janvier 2018, signé électroniquement le 2 février 2018 par le docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en pathologie. Ce dernier a retenu le diagnostic de « seins masculins droit et gauche avec recoupes : Aspect compatible avec une gynécomastie et modifications fibrokystiques bénignes ». À la macroscopie, ont été mentionnés, du côté droit, une pièce de mastectomie (75g : 9 x 7.5 x 3 cm ; à la coupe, le parenchyme était principalement adipeux avec quelques zones de fibrose de consistance élastique, sans zone ou nodule suspect), un fragment tissulaire fibreux élastique (3.5 g : 3 x 3 x 1 cm ; sans zone suspecte à la palpation) et un fragment de tissu adipeux (5 g : 4 x 3 x 1 cm ; à la coupe, le tissu était principalement adipeux avec quelques zones fibreuses élastiques, sans lésion suspecte) ; du côté gauche, une pièce de mastectomie (62 g : 9.5 x 7 x 1.5 cm ; à la coupe, le parenchyme mammaire était principalement adipeux, avec quelques zones de fibrose de consistance élastique, sans foyer suspect visuellement, ni à la palpation), plusieurs fragments de tissus adipeux (2.4 g et 2.9 g en partie fibreux élastique). Au microscope, ont été observés, à droite, des fragments de parenchyme mammaire siège d'une fibrose focalement dense, empiétant sur le tissu adipeux, englobant des structures canalaire montrant une hyperplasie focalement d'architecture micropapillaire, sans atypie notable. Les canaux étaient entourés d'une fibrose légèrement myxoïde et on observait 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). La recoupe profonde au niveau supéro-externe révélait un tissu essentiellement adipeux, sans structure canalaire visible. Du côté gauche, le parenchyme mammaire comportait des plages de fibrose englobant des structures canalaire sans particularité notable, sans élément suspect ou malin. Les recoupes externe et inféro-interne intéressaient un tissu essentiellement adipeux sans structure parenchymateuse. 17. En date du 24 mai 2018, la caisse a demandé au Dr E\_\_\_\_\_ une copie des résultats d'ultrason mentionnés dans le protocole opératoire. 18. Dans un avis du 4 juillet 2018, le Dr D\_\_\_\_\_ a apporté six remarques concernant la mastectomie. Il a premièrement relevé que l'échographie du sein droit complétée par une mammographie du 15 mai 2017 avait mis en évidence une opacité discoïde de 2.8 cm, que cette structure avait été qualifiée de « gynécomastie » et que les tissus avoisinants avaient été décrits comme lipomateux. Il a ensuite noté que l'échographie du sein gauche effectuée le 30 mars 2015 évoquait une involution graisseuse, sans notion de gynécomastie, et que cet examen n'avait pas été refait en 2017. Troisièmement, il a rappelé que le rapport opératoire parlait d'une glande atteignant 12 cm à droite et 9 cm à gauche, et que ces constatations montraient clairement qu'il s'agissait d'une pseudo-gynécomastie et non d'une gynécomastie. Il a également noté qu'une adénopathie axillaire droite de 12.4 mm ne permettait pas de la relier sans autre à une pathologie éventuelle dans le sein droit. Cinquièmement, les examens de laboratoire n'avaient pas relevé d'indices pour une affection maligne. Enfin, 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. En conclusion, il maintenait son point de vue selon lequel la valeur maladie de cette pseudo-gynécomastie ne pouvait être retenue. 19. Par décision du 11 juillet 2018, la caisse a refusé de prendre en charge la gynécomastie, au motif que son médecin-conseil avait constaté qu'il s'agissait d'une pseudo-gynécomastie et non d'une gynécomastie vraie. Dans ce sens, il soutenait que l'intervention chirurgicale effectuée était du ressort de l'esthétique et ne concernait pas l'assurance-maladie. 20. En date du 3 août 2018, l'assuré a contesté la position de la caisse et fait valoir que son dossier plaidait pour une véritable gynécomastie. En effet, le Dr C\_\_\_\_\_ avait relevé une augmentation du « ganglion » et non d'une « boule de graisse », et une microcalcification éparses laissant suspecter l'existence d'un cancer du sein. Ce ganglion avait augmenté de volume et était devenu extrêmement douloureux. D'après les revues médicales, une gynécomastie prolongée de plus d'un an devait nécessairement être enlevée par une intervention chirurgicale. Il s'agissait donc d'un acte médical et non esthétique. D'après le Dr F\_\_\_\_\_, la biopsie avait révélé que le ganglion était une tumeur et non une simple « boule de graisse ». Le Dr E\_\_\_\_\_ avait également fait état d'une glande mammaire et non pas de tissus adipeux, et expliqué que la cure de gynécomastie était indiquée pour raison médicale. Ainsi, tous les médecins qu'il avait consultés s'accordaient à dire qu'il s'agissait d'une intervention à but strictement médical et aucunement esthétique. Il a produit un rapport du Dr E\_\_\_\_\_ du 24 juillet 2018, rappelant que la mastectomie droite pesait 77 g et la gauche 69 g, que le résultat histopathologique parlait d'une glande mammaire et non de tissu graisseux comme on pourrait l'imaginer dans le cadre d'une pseudo-gynécomastie. La présence de 70 g de tissu mammaire était pathologique chez l'homme et pouvait occasionnellement permettre le développement d'une tumeur cancéreuse, raison pour laquelle la cure de gynécomastie était indiquée pour raison médicale et non esthétique. 21. Dans un avis du 15 novembre 2018, le Dr D\_\_\_\_\_ a expliqué que le diagnostic de gynécomastie désignait un gonflement du tissu mammaire masculin généralement induit par un déséquilibre hormonal. Or, selon le rapport de laboratoire du 17 mai 2017, le taux d'hormones dans le sang était tout à fait normal. Outre, les éléments déjà mentionnés dans son précédent rapport, le médecin-conseil a relevé que le Dr E\_\_\_\_\_ avait mentionné une gynécomastie bilatérale alors que les rapports échographiques concluaient à une gynécomastie droite, que l'examen du sein gauche réalisé en 2015 évoquait une involution graisseuse sans notion de gynécomastie, et n'avait pas été refait en 2017. Cependant, lors de l'intervention du 30 janvier 2018, les deux côtés avaient été excisés. Le Dr E\_\_\_\_\_ avait indiqué que la gynécomastie devenait extrêmement douloureuse et empêchait l'assuré de porter son gilet pare-balles. Or, une glande mammaire de 3 cm à droite et non mesurable à gauche ne justifiait pas ce handicap comme fonctionnel. Le médecin-conseil a encore relevé que selon le rapport histologique, 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. En outre, le Dr F\_\_\_\_\_ avait attesté le 3 avril 2018 qu'aucun traitement conservateur n'avait été effectué. Une adénopathie axillaire droite de 12.4 mm ne permettait pas de la relier sans autre à une pathologie éventuellement du sein droit. En effet, le ganglion filtrait un réseau étendu drainant autant la paroi thoracique gauche, le bras gauche, ainsi que la région mammaire. Cet élément ne justifiait pas la suspicion d'un éventuel cancer et donc l'ablation préventive d'une glande mammaire. Avec une bonne information sur la bénignité de ces sensations douloureuses fréquentes dans les glandes mammaires et une recherche

approfondie des multiples causes (traitements hormonaux, médicamenteux) connues souvent à la base de telles sensations, une crainte d'un cancer aurait pu être évitée. Les microcalcifications éparses, déjà présentes en 2015, ne pouvaient pas être associées sans examen complémentaire à un cancer du sein. Le test sanguin servant à détecter un cancer du sein était négatif et aucune biopsie n'avait été effectuée avant le 30 janvier 2018. Enfin, selon l'échographie, les glandes atteignaient à peine 3 cm et ne présentaient pas de particularités histologiques. Si plus de 70 g avaient été réséqués lors de l'intervention, il ne pouvait s'agir que de tissus lipomateux. En conclusion, après lecture des pièces médicales du dossier, le médecin-conseil a retenu que le diagnostic de « gynécomastie bilatérale » était inadéquat et que l'intervention effectuée concernait en réalité une pseudo-gynécomastie. La valeur maladie ne pouvait pas être retenue. 22. Par décision sur opposition du 10 décembre 2018, la caisse a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé sa décision du 11 juillet 2018, soit le refus de la prise en charge de la mastectomie bilatérale, pour les raisons évoquées dans le rapport de son médecin-conseil. 23. Par acte du 28 janvier 2019, l'assuré a interjeté recours contre la décision précitée. Il a conclu, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision litigieuse, à ce que l'intimée soit condamnée à prendre en charge l'ensemble des coûts relatifs à l'intervention chirurgicale du 30 janvier 2018, soit la mastectomie bilatérale. Subsidiairement, il a conclu à la mise en oeuvre d'une expertise indépendante afin de déterminer si l'opération subie traitait d'une gynécomastie dont les coûts devaient être pris en charge par l'intimée. En substance, le recourant a fait grief à l'intimée de s'être basée sur l'avis de son médecin-conseil, qui ne s'était pas déterminé sur les constatations des autres médecins, lesquels avaient affirmé de manière claire, précise et détaillée, que l'intervention de mastectomie bilatérale était nécessaire sur le plan médical pour des raisons de santé. Contrairement à l'avis du Dr D\_\_\_\_\_, ses médecins traitants avaient affirmé que la glande mammaire de 3 cm justifiait un handicap fonctionnel, compte tenu des plaintes et de l'activité professionnelle. En outre, ses médecins avaient constaté une tumeur qui pouvait devenir maligne et le Dr E\_\_\_\_\_ avait attesté de la présence de tissus mammaires pathologiques chez l'homme. Le Dr C\_\_\_\_\_ avait clairement fait état de microcalcifications éparses et le Dr F\_\_\_\_\_ avait confirmé, sur la base de l'examen histologique, la présence d'une tumeur bénigne, proliférative, qui devait dans tous les cas être traitée par une exégèse chirurgicale car elle était évolutive et pouvait devenir maligne. Dans ces conditions, le risque était manifestement à considérer et justifiait une ablation préventive. Le Dr E\_\_\_\_\_ avait conclu, sur la base du résultat histologique, qu'il s'agissait effectivement d'une glande mammaire et non pas de tissus graisseux. Cette situation avait été définie comme « pathologique » chez l'homme dès lors qu'elle pouvait permettre le développement d'une tumeur cancéreuse. Ainsi, une gynécomastie avait été diagnostiquée et l'intervention avait été préconisée et exécutée pour des raisons médicales et en aucun cas pour des raisons esthétiques. 24. Dans sa réponse du 25 mars 2019, l'intimée a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision entreprise. Elle a soutenu que l'opération de réduction du sein était une prestation obligatoirement à charge de la caisse-maladie si l'hypertrophie mammaire était à l'origine de troubles ayant eux-mêmes valeur de maladie au sens juridique. Or, le rapport de l'examen histologique suivant l'intervention n'indiquait aucune zone suspecte ni aucun foyer suspect, ni élément suspect ou malin, ni encore de structure parenchymateuse, contrairement à ce que sous-entendait le médecin-traitant du recourant. Le diagnostic de gynécomastie posé par le Dr B\_\_\_\_\_ et le Dr F\_\_\_\_\_, ainsi que la tumeur bénigne du mésenchyme n'étaient pas corroborés par le résultat de l'intervention ni par les analyses post-opératoires. Ces dernières n'avaient

démontré aucune affection maligne et seuls des fragments de tissus adipeux auraient été réséqués. Le Dr C\_\_\_\_\_ avait noté, suite à l'échographie de 2015, que le status « pourrait évoquer une gynécomastie » et seul le sein droit avait été cité dans le rapport relatif à l'examen de 2017. Aucun examen n'avait été entrepris s'agissant du sein gauche après les examens de mars 2015, puisque ces derniers n'évoquaient qu'une involution graisseuse sans notion de gynécomastie. Le médecin avait d'ailleurs uniquement procédé à un ultrason du sein gauche apparemment lors de l'intervention. On voyait dès lors mal comment une gynécomastie bilatérale aurait pu être justifiée. Au vu des dimensions des masses présentes et des conclusions des différents rapports médicaux excluant toute tumeur maligne ou zone suspecte, il était très peu probable que l'intéressé puisse souffrir au point de ne plus pouvoir porter ce gilet, allégation qui n'était étayée par aucun élément concret. L'intimée s'est référée à un article publié à la Revue médicale suisse en 2009 par un spécialiste en endocrinologie et diabétologie, relatif à l'évaluation de la prise en charge d'une gynécomastie, ainsi qu'à un arrêt rendu par le Tribunal cantonal de Fribourg dans un dossier similaire. Il était étonnant qu'une mastectomie bilatérale ait été effectuée alors que le recourant ne se plaignait pas de douleur au sein gauche et que le rapport post opératoire ne permettait même pas de connaître la masse réséquée. Compte tenu des explications et des conclusions du Dr D\_\_\_\_\_, qui s'était prononcé en pleine connaissance du dossier et après avoir vu le recourant à sa consultation, de l'absence d'éléments suspects remarqués lors de l'opération et du peu d'arguments invoqués par le recourant, il était clair que le diagnostic de gynécomastie ne pouvait qu'être remis en question. La notion subjective de douleurs chroniques, qui était contredite par les faits médicaux au dossier et les conclusions du Dr D\_\_\_\_\_, et qui n'étaient pas étayées par d'autres éléments médicaux, ne suffisait pas à retenir la valeur de maladie, celle-ci n'ayant pas été prouvée au degré de la vraisemblance prépondérante. Le potentiel cancer suspecté en mai 2017 n'avait engendré aucune investigation supplémentaire, si ce n'était qu'il aurait potentiellement rendu nécessaire l'intervention litigieuse. Or, celle-ci avait été réalisée en janvier 2018, sans autre urgence. À cet égard, il était surprenant que le Dr F\_\_\_\_\_ ait mentionné une tumeur bénigne en mars 2018 puisqu'à cette date, les analyses post-opératoires avaient déjà été faites et qu'il n'y était fait mention d'aucune tumeur. Il était en outre difficile de comprendre pour quelle raison le recourant avait attendu trois ans avant de pratiquer l'intervention si l'affection l'empêchait de pouvoir travailler correctement. Par ailleurs, aucun réel examen complémentaire approfondi ni aucune alternative thérapeutique n'avait été mené dans cette intervalle. Il devait être donné plus de crédits aux conclusions du médecin-conseil, motivées, complètes et pertinentes, qu'à celles des médecins-traitants, dont les rapports étaient succincts et peu développés. 25. Par réplique du 16 avril 2019, le recourant a persisté dans ses conclusions. Il a contesté les critiques émises par l'intimée à l'encontre des rapports de ses médecins-traitants, relevant qu'il avait été parfaitement assisté et suivi par des spécialistes chevronnés durant plusieurs années. Il ressortait des rapports des Drs C\_\_\_\_\_, E\_\_\_\_\_ et F\_\_\_\_\_ qu'aucune alternative n'était envisageable et que seule une intervention chirurgicale devait être entreprise. En effet, après les premières consultations, les médecins avaient décidé d'attendre pour constater si les grosseurs observées se résorberaient avec le temps. Tel n'avait pas été le cas, au contraire puisqu'elles avaient quasiment doublé de volume, nécessitant la chirurgie. Après deux ans de patience et tenant compte de l'évolution de son état, il n'était finalement plus en mesure d'exercer son activité professionnelle, faute de pouvoir porter son gilet pare-balles à cause de la douleur insupportable due au frottement. S'il avait voulu procéder à une chirurgie dite esthétique, il n'aurait pas attendu

deux ans ni subi les gênes et les douleurs y relatives pendant ce laps de temps. Le caractère médical de l'intervention n'était pas contestable au vu des rapports médicaux convergents de l'ensemble des spécialistes l'ayant traité. 26. En date du 5 juin 2019, le recourant a fait valoir que l'intimée devait dans tous les cas prendre en charge les coûts relatifs à l'intervention, car sans cette dernière, il aurait été en arrêt de travail dès le 1<sup>er</sup> février 2018. Il a en outre relevé les conséquences psychiques de sa situation, en particulier les conséquences qui auraient été lourdes et inévitables si l'opération n'avait pas été réalisée. Il a produit une attestation du 22 mai 2019 du Dr F\_\_\_\_\_, aux termes de laquelle son patient l'avait consulté pour une gynécomastie en 2015. Cette atteinte s'était aggravée depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2018 avec un doublement de sa taille et une atteinte douloureuse bilatérale, aggravée par le port de son gilet pare-balles. Il était devenu urgent de l'opérer, faute de quoi il n'aurait plus pu travailler et un arrêt de travail aurait été nécessaire à 100% depuis le 1<sup>er</sup> février 2018. 27. Par écriture du 1<sup>er</sup> juillet 2019, l'intimée a également maintenu ses conclusions. Elle a relevé que l'attestation du Dr F\_\_\_\_\_ avait été fournie en cours de procédure à la demande du recourant, de sorte que ce document perdait de sa valeur probante. Quant à son contenu, il ne permettait pas de remettre en cause les conclusions du médecin-conseil, car il ne faisait état que de douleurs sans plus de précisions ou d'indications médicales objectives. Il n'était d'ailleurs fait mention d'aucune tumeur, même bénigne. Ce document ne démontrait ainsi pas, au degré de la vraisemblance prépondérante requis, que l'affection aurait valeur de maladie. Enfin, le recourant n'avait pas du tout précisé quelles auraient pu être les conséquences psychiques évoquées dans son écriture, étant relevé qu'aucun problème psychologique n'avait été relevé jusqu'alors et qu'aucun rapport médical ne mentionnait de telles affections potentielles. Si des conséquences psychiques avaient effectivement pu être constatées, cela corroborait le fait que le recourant avait souhaité cette intervention pour des raisons esthétiques. 28. Le 6 février 2020, la chambre de céans a procédé à l'audition des parties. Le recourant a confirmé que son opération de gynécomastie s'était déroulée le 30 janvier 2018 sur les deux seins et qu'il n'avait plus de difficultés ni de gêne lorsqu'il portait son gilet pare-balles depuis lors. En décembre 2019, le gilet pare-balles de dotation personnelle avait été changé pour un nouveau gilet plus léger. Sur remarque quant au port des gilets pare-balles par des éléments féminins de la police, il a indiqué que ses collègues féminines s'en étaient parfois plaintes en raison de la gêne causée par ces gilets. Il était exact que la directive de la police sur le port de l'équipement personnel prévoyait que le port du gilet pare-balles ne se nécessitait que sur ordre ou en fonction de la mission. Cela étant, dans le cadre de son travail, il avait déjà été confronté à des fusillades, et le gilet pare-balles était une excellente protection contre les coups et les coups de couteau. Il était au poste des Pâquis, à police secours, ce qui impliquait qu'il était souvent parmi les premiers sur les lieux d'une agression, raison pour laquelle l'équipement de protection était extrêmement important en ce qui le concernait. Après examen du gilet pare-balles équipant le recourant, la chambre de céans a constaté que celui-ci était muni d'une plaque de céramique à l'avant et qu'il comprimait le thorax sur toute la partie supérieure du corps. Le recourant a expliqué que l'opération chirurgicale avait mis à jour la présence d'une tumeur dans la masse excisée à droite. Lorsque les deux échographies avaient été faites, elles avaient montré une augmentation de la masse tumorale, alors qu'il était possible que la tumeur régresse, ce qui ne s'était pas produit. Il conservait actuellement deux cicatrices autour des mamelons, ce dont il se serait bien passé. Il n'y avait aucun élément de plastique ou d'esthétique qui était intervenu dans son choix, sans quoi il aurait pratiqué cette opération bien plus tôt. Ce qui avait pu jouer un rôle, c'était qu'il avait senti

que cette boule dans sa poitrine grossissait, ce qui était une gêne psychologique. Les douleurs ne se manifestaient pas seulement par l'irritation du mamelon, mais également par compression de la grosseur en raison du port du gilet pare-balles. Sur question, il a indiqué que son employeur n'aurait pas pu prendre en charge cette opération. Il transmettrait une copie de la facture du chirurgien à l'intimée. La représentante de l'intimée a indiqué qu'à réception de cette facture, elle se déterminerait après avoir entendu le Dr F\_\_\_\_\_ et le recourant ce jour. 29. Le 6 février 2020, la chambre de céans a également entendu le Dr F\_\_\_\_\_, lequel a déclaré être le médecin généraliste du recourant depuis le mois de novembre 2006. Il lui avait parlé pour la première fois de ses douleurs à droite le 19 mars 2015. Lorsque l'échographie avait été faite, la gynécomastie s'était révélée normale, toute petite et ne faisant pas mal, mais le recourant s'était rendu compte de la présence de cette boule qui d'après lui grossissait. À ce moment-là, il n'était pas nécessaire de pratiquer une opération, mais il fallait surveiller cette gynécomastie à droite. C'était à partir de la consultation du 14 décembre 2017 qu'il avait constaté une boule plus ferme associée à une rougeur de peau sur le sein droit qui avait pris du volume. Le sein gauche n'avait pas bougé. L'augmentation du volume avait été confirmée par une échographie. Dès lors que son patient se plaignait de douleurs à la palpation, il lui avait suggéré une intervention chirurgicale. L'échographie avait démontré que les deux seins avaient grossi, raison pour laquelle il avait conseillé une mastectomie bilatérale. Il était exact qu'après l'opération, la tumeur avait été observée. Elle n'était pas maligne, mais il considérait qu'elle aurait de toute façon grandi sans l'opération. Il s'agissait d'une tumeur du tissu conjonctif et non pas d'une tumeur du tissu glandulaire qui était plus fréquente. Ces tumeurs étaient rares, aussi bien chez l'homme que chez la femme, mais connues et touchaient des personnes allant de 14 à 67 ans et qui n'avaient rien à voir avec la pratique du sport. Les facteurs qui donnaient naissance à ces tumeurs n'étaient pas encore établis. Après que la représentante de l'intimée se soit étonnée de ces déclarations, car selon les constatations de son médecin-conseil il ne s'agissait que d'un tissu adipeux, le Dr F\_\_\_\_\_ a répondu avoir écrit au médecin-conseil pour bien lui préciser qu'il ne s'agissait pas d'une prise en charge esthétique et que le type de tumeur ne pouvait pas être diagnostiqué par l'échographie. Ce n'était qu'au moment de la biopsie, après excision, que l'on pouvait constater à quel type de tumeur l'on avait affaire. Alors que la représentante de l'intimée lui demandait s'il confirmait qu'il y avait bien une tumeur et non pas seulement une masse adipeuse, le médecin s'est référé au rapport médical et à la partie histologique du 30 janvier 2018 dans lequel, tout à la fin, il était fait mention de l'acronyme PASH qui signifiait qu'il s'agissait d'une tumeur. Sur question, il a répondu qu'il ne se souvenait pas si c'était lui qui avait adressé le patient au chirurgien, mais ils avaient dû en parler ensemble. Il n'avait pas adressé le recourant aux HUG pour des examens complémentaires ou pour qu'il s'adresse à un chirurgien, car il considérait qu'il fallait de toute façon un acte chirurgical. 30. Par écriture du 3 avril 2020, l'intimée s'est prononcée sur la facture du Dr E\_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> février 2018, relative à l'hospitalisation du 30 janvier 2018 à la Clinique des Grangettes, mentionnant des honoraires de chirurgien de CHF 3'000.-, des consultations pré- et post-opératoires en clinique d'un montant de CHF 230.-, du matériel divers pour CHF 170.-, des honoraires d'anesthésiste de CHF 1'250.- et un forfait clinique de CHF 4'450.-, soit un total de CHF 9'100.-. Elle a relevé, entre autres, s'agissant de la prise en charge éventuelle d'une mastectomie unilatérale du sein droit, qu'elle avait établi une facture TARMED, indiquant que le montant d'une telle prise en charge oscillait entre CHF 1'770.- et 1'970.-. Elle a joint un document interne mentionnant la position TARMED pour une mastectomie, soit CHF 1'370.-, à laquelle il fallait ajouter

entre CHF 400.- et CHF 600.- de matériel et de médicament. 31. En date du 12 juin 2020, le recourant a relevé que, contrairement à ce qui avait été discuté lors de l'audience, l'intimée n'avait pas indiqué si elle entendait admettre le principe de son obligation de prise en charge de l'opération, à tout le moins quant aux actes ayant été effectués dans le cadre de la mastectomie du côté droit. Au contraire, elle tentait de faire réduire la quotité de la facture qui devait être intégralement prise en charge. S'agissant du calcul TARMED, l'intimée avait uniquement indiqué un prix pour chacun des postes listés, sans préciser les valeurs nécessaires à l'examen de ce prix. En l'état, il n'était pas en mesure de vérifier et de se déterminer de manière globale sur les frais retenus par l'intimée. Cela étant, la mastectomie était médicalement pleinement justifiée du côté gauche également, comme retenu par les Drs F\_\_\_\_\_, E\_\_\_\_\_ et C\_\_\_\_\_, de sorte qu'elle devait aussi être prise en charge. La présence de glandes, et non pas de tissus adipeux, de 9 cm à gauche, qui pesait 69 g, devait être considérée comme pathologique et nécessitant une mastectomie pour raison médicale. Il n'y avait pas lieu de différencier les deux côtés. Le recourant a joint un certificat du Dr E\_\_\_\_\_ du 8 juin 2020 attestant que l'hospitalisation du 30 au 31 janvier 2018 avait été motivée pour des raisons médicales, car suite à cette intervention, réalisée sous anesthésie générale, le patient était porteur de drains et une surveillance était nécessaire afin de contrôler l'éventualité d'une hémorragie interne. 32. Copie de cette écriture a été adressée à l'intimée le 16 juin 2020 et la cause gardée à juger. EN DROIT 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. 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, 1<sup>ère</sup> 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. 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. 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 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).

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 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).

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 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.

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 1<sup>er</sup> 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 (m<sup>2</sup>) est supérieur à 25 (ATF 130 V 301 consid. 3). 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 recommandé. Celui-ci porte sur les éléments suivants: testostérone, estradiol, hormone lutéinisante (LH) et -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 demeurerait pas moins qu'elle aurait dû être précédée d'examen 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'était pas rendue vraisemblable et l'invocation (tardive) de difficultés psychologiques n'était corroborée par aucun suivi spécialisé (thérapie et/ou médicaments). 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 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 oeuvre 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). 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 oeuvre 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 oeuvre 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). 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. 11. Il convient d'examiner la valeur probante des différents rapports produits. 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 oestrogènes 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 oestrogènes. 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 -hCG (human chorionic gonadotrophin-), 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>). 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. Enfin, la chambre de céans rappellera que l'échographie du sein droit réalisée en mars 2015 a mis en évidence une structure ovalaire 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 ovalaire » 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 15 mai 2017 avaient mis en évidence une opacité discoïde de 2.8 cm, que cette structure avait été qualifiée de « gynécomastie » et que les tissus avoisinants avaient été décrits comme lipomateux. La chambre de céans ne fait pas la même lecture du rapport du Dr C \_\_\_\_\_ que le médecin-conseil et observe que le radiologue a uniquement mentionné, pour le côté droit, la structure ovalaire avec une hyperhémie périphérique et un ganglion dans le creux axillaire. Ce rapport ne mentionne pas de tissus lipomateux. Le Dr D \_\_\_\_\_ a ensuite noté que l'échographie du sein gauche effectuée le 30 mars 2015 évoquait une involution graisseuse, sans notion de gynécomastie, et que cet examen n'avait pas été refait en 2017. Cette dernière affirmation est erronée puisqu'une nouvelle échographie a bien été réalisée en 2017 à gauche également. Seule la mammographie n'a pas été répétée des deux côtés. Il a également relevé que le rapport opératoire parlait d'une glande atteignant 12 cm à droite et 9 cm à gauche, et que ces constatations montraient clairement qu'il s'agissait d'une pseudo-gynécomastie et non d'une gynécomastie. Faute d'explication, la chambre de céans peine à comprendre en quoi ces constatations permettraient de réfuter le diagnostic de gynécomastie qui a été retenu unanimement par tous les médecins consultés par le

recourant, soit les Drs C\_\_\_\_\_ (rapports des 30 mars 2015 et 15 mai 2017), B\_\_\_\_\_ (rapport du 6 octobre 2017), E\_\_\_\_\_ (rapports des 30 novembre 2017 et 30 janvier 2018), F\_\_\_\_\_ (rapports des 8 mars et 3 avril 2018) et G\_\_\_\_\_ (rapport du 2 février 2018). Même si le terme de « glande » utilisé par le Dr E\_\_\_\_\_ dans le protocole opératoire peut paraître discutable, dès lors que le médecin semble en réalité s'être référé à la pièce de mastectomie dans sa totalité, on ne peut en tirer aucune conclusion quant à l'existence d'une composante graisseuse mammaire. Le médecin-conseil a également noté qu'une adénopathie axillaire droite de 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 concluaient 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 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 ovalaire 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. 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. 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 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

mesurations 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 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 1<sup>er</sup> 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 1<sup>er</sup> 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. 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 ayant valeur de maladie, cas échéant sur le caractère efficace, approprié et économique de la mastectomie bilatérale réalisée le 30 janvier 2018. 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 oeuvre 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. 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. 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). 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.