

## **GE\_GERICHTE A/4578/2017 vom 17. Juni 2019**

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

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_4578\\_2017](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4578_2017)

FR: GE\_GERICHTE A/4578/2017 du 17 juin 2019

IT: GE\_GERICHTE A/4578/2017 del 17 giugno 2019

### **Erwägungen**

#### **E. 10**

ème Chambre En la cause Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à HERMANCE, représentée par ASSUAS Association suisse des assurés recourante contre ASSURA, LE Mont-sur-Lausanne intimée EN FAIT 1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le \_\_\_\_\_ 1951, est affiliée pour l'assurance obligatoire des soins (AOS) selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10) auprès d'ASSURA (ci-après : ASSURA, l'assureur-maladie ou l'intimée) depuis le 1<sup>er</sup> octobre 1991. La franchise annuelle de l'assurée s'élevait à CHF 500.- pour l'année 2017. 2. Par courrier du 3 novembre 2011, ASSURA a invité l'assurée, qui s'était soumise le 16 août 2011 à une mammographie, à lui transmettre un rapport de sa gynécologue, attestant de l'existence d'un cas de cancer du sein chez la mère, la fille ou la soeur. Cet examen était pris en charge exclusivement dans ce cas de figure au maximum une fois par an à titre de mesure préventive. 3. Par télécopie du 10 novembre 2011, la doctoresse B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en gynécologie et obstétrique, a informé ASSURA que la mère de l'assurée avait souffert d'un cancer du sein à l'âge de 78 ans. 4. Le 30 mars 2016, l'assurée a effectué une mammographie à l'Institut de radiologie de la Clinique des Grangettes. La facture y relative s'élevait à CHF 233.55. 5. Le 5 juillet 2016, la Dresse B\_\_\_\_\_ a complété et signé un questionnaire que lui avait préalablement adressé l'assureur-maladie. Elle a indiqué que l'examen du 30 mars 2016 ne correspondait pas à une mammographie de dépistage, mais à une mammographie préventive. L'assurée présentait un risque fortement accru de cancer du sein (à 30 % au cours de la vie). Sous la rubrique « mammographie diagnostique », la spécialiste a mentionné que sa patiente avait des antécédents familiaux (mère atteinte d'un néo mammaire). 6. Par décompte « tiers garant » du 9 août 2016, ASSURA a reconnu le montant de CHF 233.55 et indemnisé en faveur de l'assurée la somme de CHF 210.25 (sous déduction de la quote-part de 10 %). 7. Le 20 février 2017, l'assurée a effectué une mammographie, sur prescription de la Dresse b\_\_\_\_\_. La facture y relative d'un montant de CHF 483.75 mentionnait notamment la position Tarmed (tarification des médecins) 39.1310 « mammographie diagnostique, premier cliché », la position 39.1320 « + mammographie diagnostique, par cliché supplémentaire », la position 39.3430 « examen complet par ultrasons des deux seins » et la position 39.3445 (deux fois) « sonographie des aisselles, par côté » (droite et gauche). 8. Par décompte de prestations « tiers garant » du 5 mai 2017, ASSURA n'a pas reconnu ce montant, au motif que les conditions requises de prise en charge de cette facture n'étaient pas réunies en l'occurrence. 9. Dans un rapport du 26 juin 2017 adressé au médecin-conseil d'ASSURA, la Dresse B\_\_\_\_\_ a relevé qu'une mammographie de contrôle annuelle était nécessaire dans le cas de sa patiente en raison d'antécédents familiaux (cancer du sein chez la mère). 10. Par décision du 22 août 2017, ASSURA a maintenu sa position, après avoir exposé que, conformément aux dispositions légales en vigueur en matière de prise en

charge des mesures de prévention, une mammographie bisannuelle, en cas de risque modérément accru pour les femmes entre 60 et 69 ans, était à la charge de l'assurance-maladie. La mammographie du 30 mars 2016 ayant été remboursée en tant que mammographie préventive, l'examen suivant à la charge de l'assurance obligatoire des soins ne pouvait intervenir au plus tôt que le 30 mars 2018. 11. Par courrier du 5 septembre 2017 adressé au médecin-conseil d'ASSURA, la docteure C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale, s'est étonnée du refus de prise en charge de la dernière mammographie, dans la mesure où la mère de sa patiente avait souffert d'un cancer canalaire du sein. Il était dès lors justifié que l'assurée bénéficie d'une mammographie annuelle comme elle le faisait depuis plusieurs années. 12. Dans un rapport du 12 septembre 2017, la Dre B\_\_\_\_\_ a relevé qu'au vu des antécédents familiaux de l'assurée, il était nécessaire que cette dernière effectue une mammographie ainsi qu'une échographie une fois par année afin d'exclure toute néoplasie, car l'examen clinique était très difficile compte tenu de la texture de ses seins. 13. Par courrier du 20 septembre 2017, l'assurée, sous la plume de son conseil, a formé opposition à la décision précitée. 14. Par décision sur opposition du 17 octobre 2017, l'assureur-maladie a rejeté l'opposition. Le refus de prise en charge trouvait son fondement à l'art. 12d (mammographie numérique, IRM du sein) de l'ordonnance du Département fédéral de l'intérieur sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie du 29 septembre 1995 (ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins ; OPAS - RS 832.112.31) selon sa teneur en vigueur depuis le 15 juillet 2015. Le document « Évaluation du risque, État 2/2015 » précisait que les mammographies préventives réalisées après 60 ans étaient à la charge de l'assurance-maladie tous les deux ans. L'art. 12d (mammographie) OPAS, dans sa teneur (antérieure) jusqu'au 15 juillet 2015, prévoyait la possibilité d'indemniser une mammographie annuelle, sous conditions. Après avoir rappelé les dispositions légales générales sur la maladie et la prise en charge des traitements et prestations par l'assurance-maladie, Assura a relevé que, de manière générale, la prévention n'était pas prise en charge par l'AOS, sous réserve d'exceptions dûment envisagées de manière exhaustive. Les coûts de certains examens destinés à détecter à temps les maladies ainsi que des mesures préventives en faveur d'assurés particulièrement menacés relevaient des obligations de l'assurance-maladie sociale (art. 26, 1<sup>ère</sup> phrase, de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal RS 832.10). Outre les mammographies de dépistage des art. 12d let. d et 12e let. c (mesures de dépistage précoce de maladies dans toute la population) OPAS, la mammographie diagnostique prescrite par un médecin à la suite de plaintes de la patiente ou dans le cas d'une suspicion d'un état pathologique relevait également des obligations de l'assurance-maladie sociale conformément à l'art. 25 LAMal (mammographie diagnostique). À l'instar de la mammographie préventive, la prestation était soumise à la perception de la franchise annuelle et de la quote-part de 10 %. Ce principe souffrait toutefois d'exceptions. Le Conseil fédéral pouvait notamment supprimer la franchise pour certaines mesures de prévention exécutées dans le cadre de programmes organisés au niveau national ou cantonal. L'art. 12e let. c OPAS prévoyait une telle exception, à la condition impérative que la mammographie de dépistage effectuée dès l'âge de 50 ans révolus tous les deux ans soit réalisée dans le cadre d'un programme organisé de dépistage du cancer du sein qui remplissait les conditions fixées par l'ordonnance sur la garantie de la qualité des programmes de dépistage du cancer du sein par mammographie du 23 juin 1999 (RS 832.102.4). Le Tarmed prévoyait une rémunération des divers examens différenciés en fonction de la finalité de l'examen. Les positions figurant sur les factures

permettaient à l'assureur de déterminer si et sous quelles modalités une indemnisation était due. Les positions 39.1300, 39.1305 et 39.1306 étaient utilisées lors de mammographies de dépistage. Pour pouvoir facturer ces positions, les conditions selon l'art. 12e let. c OPAS devaient être remplies. Elles étaient facturables au moyen d'un forfait et non pas d'une prestation particulière. Les positions 39.1307 et 39.1308 étaient réservées à la mammographie préventive. Elles étaient indemnisées pour autant que les conditions prévues à l'art. 12d OPAS soient remplies. Les positions 39.1310 et 39.1320 concernaient la mammographie diagnostique. Dans le cas particulier, ASSURA a considéré que dans la mesure où elle avait indemnisé la mammographie préventive du 30 mars 2016, seule une mammographie préventive réalisée le 30 mars 2018 constituerait une prestation à la charge de l'AOS conformément aux dispositions légales en la matière dans leur teneur depuis le 15 juillet 2015. Par acte du 16 novembre 2017, l'assurée, représentée par son conseil, a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice d'un recours contre la décision sur opposition du 17 octobre 2017, concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation et à la prise en charge par l'intimée de la mammographie du 20 février 2017 principalement en vertu de l'art. 12d OPAS, subsidiairement en vertu de l'art. 12e let. c OPAS. La mammographie litigieuse constituait une prestation qui servait à diagnostiquer une maladie au sens de l'art. 25 LAMal, de sorte que l'intimée devait la prendre en charge. En raison de ses antécédents familiaux, elle présentait un risque élevé de cancer du sein. Ce risque était défini sur la base de données anamnestiques au sens bio-médical, comme attesté par les Drs C\_\_\_\_\_ et B\_\_\_\_\_. Elle avait pour ce motif bénéficié, sur prescription de sa gynécologue, d'une mammographie le 30 mars 2016, qui se fondait sur l'art 12d OPAS. La seconde mammographie du 20 février 2017 était justifiée par le fait qu'elle risquait de développer un cancer du sein, ainsi que par la difficulté de l'examen clinique en raison de la morphologie de sa poitrine. Au vu de ces circonstances médicales, l'examen litigieux était efficace, approprié et économique. En outre, l'intimée, en traitant la recourante sans faire de distinctions qui pourtant s'imposaient, compte tenu de ses antécédents familiaux et de la texture de sa poitrine, avait violé le principe de l'égalité de traitement et abusé de son pouvoir d'appréciation. Par ailleurs, cette dernière ne pouvait s'appuyer sur le seul rapport de son médecin-conseil pour refuser la prise en charge de la mammographie du 20 février 2017, dans la mesure où celui-ci n'avait procédé à aucun examen clinique, si bien qu'il n'avait pas pu observer la morphologie de sa poitrine. À titre subsidiaire, la recourante a fait valoir que la facture litigieuse devait être prise en charge conformément à l'art. 12e let. c OPAS, disposition qui se rapportait aux mesures de type mammographie en vue d'un dépistage précoce de maladie dans toute la population dès l'âge de 50 ans révolus. La recourante a produit un rapport du 26 septembre 2017 établi par son fils, le docteur D\_\_\_\_\_ A\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, indiquant que la mammographie et l'échographie annuelles étaient nécessaires et fortement recommandées pour les patientes, à l'instar de sa mère, présentant des antécédents à risque.

15. Dans sa réponse du 13 décembre 2017, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle a exposé les conditions et modalités relatives à la prise en charge d'une mammographie préventive (art. 12d al. 1 let. d OPAS), d'une mammographie de dépistage (art. 12e let. c OPAS) et d'une mammographie diagnostique (art. 25 LAMal), avant de relever qu'elle avait à tort indemnisé la mammographie du 30 mars 2016. Elle renonçait toutefois à en exiger la restitution. La recourante ne présentait un risque ni modérément ni fortement accru de cancer du sein au sens du point A du document de référence « Évaluation du risque », établi par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), auquel se référait l'art. 12d al. 1 let. d

OPAS. La mère de la recourante s'était vu diagnostiquer un cancer canalaire du sein à 78 ans. Or, selon ce document, une femme présentait un risque modérément accru notamment si un parent au premier degré avait eu un cancer du sein avant 40 ans. Contrairement à l'attestation de la gynécologue, la recourante ne présentait aucun des risques mentionnés au point B dudit document relatif au risque fortement accru. En outre, l'entretien génétique qui devait être effectué pour déterminer si le risque était élevé n'avait pas eu lieu. Partant, la mammographie du 20 février 2017 ne pouvait pas être prise en charge au sens de l'art. 12d al. 1 let. d OPAS. Les arguments formulés par la recourante (antécédents familiaux, texture des seins, données anamnestiques au sens bio-médical, violation du principe de l'égalité de traitement, valeur probante d'un rapport du médecin-conseil) étaient ainsi balayés par la stricte observance de la LAMal et de l'OPAS. Par ailleurs, la mammographie litigieuse n'ayant pas eu pour objectif de clarifier des symptômes dont se serait plainte la recourante, elle ne pouvait pas être prise en charge au titre d'une mammographie diagnostique. Enfin, la conclusion subsidiaire de la recourante tendant à la prise en charge de cette mammographie en tant que mammographie de dépistage était insoutenable, dès lors que cet examen n'avait pas été effectué selon les modalités prévues par le programme cantonal. Dans l'éventualité où la chambre de céans admettrait la conclusion subsidiaire, il y avait lieu d'appliquer le « même raisonnement à l'examen réalisé en 2016 ». En conséquence, les coûts devraient être ceux du forfait (CHF 197.15) et une mammographie de dépistage ayant été payée en 2016, seule une mammographie de dépistage réalisée en 2018 serait à la charge de l'assurance-maladie. 16. Dans sa réplique du 8 janvier 2018, la recourante a persisté dans ses conclusions. Ses médecins traitants considéraient que la mammographie litigieuse était le seul examen qui permettait d'écarter d'une manière sûre le risque d'un cancer du sein au vu de la morphologie de sa poitrine, de la difficulté de l'examen clinique et de ses antécédents familiaux. Efficace, appropriée et économique, la mammographie du 20 février 2017 devait être prise en charge. Outre cela, la recourante a mis en cause la constitutionnalité de l'art. 12d al. 1 let. d OPAS en regard de l'égalité de traitement. Cette disposition ne subordonnait pas le droit à la prise en charge des mammographies à la condition que les assurées aient acquis un certain âge. La fixation d'un âge ressortait du document de référence intitulé « Schéma de surveillance » auquel la disposition précitée renvoyait, lequel ne prenait toutefois pas en considération la morphologie de chaque femme. La condition de l'âge n'était donc qu'une recommandation établie par la Ligue suisse contre le cancer et ne pouvait correspondre à « une nouvelle obligation justifiant la violation du principe de l'égalité de traitement ». Enfin, l'argumentation de l'intimée relative à l'application du même raisonnement « à l'examen réalisé en 2016 » était incompréhensible. L'examen pratiqué en 2016 n'était pas litigieux. Seul celui effectué en 2017, qui devrait être considéré, subsidiairement, comme un examen de dépistage, l'était. Il en découlait que la mammographie qui serait réalisée en 2018, à titre préventif, serait à la charge de l'assurance-maladie. 17. Dans sa duplique du 31 janvier 2018, l'intimée a relevé que l'OPAS était garante d'un traitement égal de toutes les assurées devant se soumettre à une mammographie. Les dispositions légales et les documents auxquels elles faisaient référence définissaient des critères objectifs et étaient utiles et indispensables à l'assureur pour déterminer son obligation de prise en charge. L'OPAS n'opérait pas de distinctions juridiques injustifiées. Tous les assureurs-maladie pratiquant à la charge de l'AOS devaient prendre en charge le même volume de prestations prévu par la loi et garantir l'égalité de traitement entre les assurés. Il s'agissait d'une obligation juridique qui, en cas de contravention, entraînait des conséquences importantes pour l'assureur. Les

assureurs-maladie ne pouvaient rembourser que le coût des prestations telles que ressortant de la loi et de ses ordonnances, ce qui garantissait l'égalité de traitement entre les assurés. Le grief tiré de l'inégalité de traitement était donc infondé. En ce qui concernait la mammographie préventive, l'art. 12d al. 1 let. d OPAS était clair. Les documents de référence « Évaluation du risque » et « Schéma de surveillance » se fondaient sur le modèle du National Institute for Health and Care Excellence (NICE) Clinical Guideline 164 de juin 2013, État de 02/2015. Ces documents ne laissaient pas place à interprétation et définissaient, sur la base de standards et recommandations internationales, les examens à réaliser en fonction de l'âge et du risque au cours de la vie. Même en cas de risque fortement accru, le NICE recommandait une mammographie bisannuelle. Le NICE opérait une distinction fondée sur les antécédents familiaux, mais ne faisait aucune différence en fonction de la morphologie ou de la difficulté de l'examen clinique. Contrairement à ce que faisait valoir la recourante, la mammographie litigieuse ne respectait pas la condition de l'économicité, dès lors que si l'examen avait été effectué dans le cadre du programme de dépistage, il aurait été à l'évidence plus économique pour la mutualité des assurés. Certes, l'examen réalisé en 2016, indemnisé en tant que mammographie préventive, ne constituait pas l'objet du présent litige. Toutefois, à l'aune des nouvelles dispositions légales, cet examen aurait dû être indemnisé en tant que mammographie de dépistage, raison pour laquelle l'intimée avait jugé utile de l'évoquer pour la bonne compréhension du dossier. En outre, la mammographie qui serait pratiquée en 2018 ne serait pas indemnisée à titre de mammographie préventive, dès lors que la recourante ne présentait aucun des critères prévus par l'art. 12d al. 1 let. d OPAS. 18. Le 24 septembre 2018, la chambre de céans a procédé à une audience d'enquêtes et de comparution des parties. Entendue en qualité de témoin, la Dresse B \_\_\_\_\_ a déclaré que l'antécédent d'une seule personne de la famille, en l'occurrence la mère de sa patiente, en matière de cancer du sein justifiait une mammographie préventive avec échographie annuelle. En vue d'être sûre de ne rien manquer, la mammographie devait être complétée d'une échographie, car certaines tumeurs ne se détectaient pas à la mammographie, comme par exemple les carcinomes lobulaires. Elle se fondait à cet égard sur les recommandations de la Société suisse de gynécologie obstétrique ainsi que les généticiens. Dans le cadre des investigations, en cas d'antécédents familiaux, le gène BRCA1 ou BRCA2 était recherché. Une recherche négative n'excluait pas que la patiente puisse être atteinte d'un cancer selon les recommandations de l'OFSP et de la Ligue suisse contre le cancer. Elle avait répondu négativement à la mammographie de dépistage sur le formulaire préétabli complété et signé le 5 juillet 2016, car cet examen ne comportait pas d'échographie. D'ailleurs, lorsque les fondations de dépistage s'apercevaient qu'une personne convoquée, présentait des antécédents familiaux selon le formulaire rempli, elles l'invitaient à s'adresser à son gynécologue pour qu'il procède à des examens comportant une échographie pour optimiser la recherche. La personne concernée sortait dès lors du programme de dépistage. Les programmes de dépistage n'étaient pas inutiles, mais ils n'étaient pas appropriés dans chaque cas particulier. Ils étaient suffisants pour les personnes n'ayant notamment pas d'antécédents familiaux ni de plainte. Entre 2011 et 2016, la spécialiste avait chaque année fait procéder à une mammographie préventive pour sa patiente, avec l'échographie systématiquement. La texture des seins de cette dernière était très dense, et il était extrêmement difficile dans des conditions pareilles d'être sûre des observations lors d'un examen clinique, de sorte qu'il était indispensable de faire les deux examens. La Dresse B \_\_\_\_\_ a versé à la procédure les rapports des radiologues pour 2016, 2017 et 2018 : le rapport de l'Institut de radiologie de la Clinique des Grangettes du

31 mars 2016 concluait à une mammographie sans lésion suspecte, stable depuis 2015 et à une densité A, BI-Rads (Breast Imaging-Reporting And Data System) 2 ; le rapport du même établissement du 21 février 2017 concluait à une mammographie et échographie normales, ainsi qu'à une densité A, BI-Rads 2 à droite, 1 à gauche ; le rapport du Centre d'imagerie de la Rive Gauche SA du 28 juin 2018 concluait à un bilan mammographique et échographique ne mettant pas en évidence de lésion suspecte de malignité (BI-Rads 2, densité A). Sur question du docteur E\_\_\_\_\_, médecin-conseil, présent à l'audience, qui faisait remarquer à la Dresse B\_\_\_\_\_ qu'elle évoquait des seins fibreux, alors qu'il constatait sur les rapports de radiologie qu'il était question de seins de densité A qui correspondait selon la classification de la société suisse de radiologie à des seins presque entièrement graisseux, elle a répondu qu'elle n'avait jamais parlé de seins fibreux, mais de seins denses cliniquement. La classification clinique n'était pas la même que la classification radiologique. Lorsqu'elle devait procéder à un examen clinique, elle était confrontée à la densité des seins qu'elle examinait et c'était ce qui importait lorsqu'elle devait prescrire les bons de radiologie et d'échographie. La représentante de l'intimée a versé au dossier : un document du 19 juillet 2017 établi par le Programme québécois de dépistage du cancer du sein, indiquant que la classification BI-RADS était utilisée par les radiologistes lors de la mammographie, de l'échographie et de l'IRM pour définir les anomalies vues et permette de savoir ce qui devait être fait par la suite (retour au dépistage, suivi rapproché ou biopsie). La catégorie 1 se rapportait à une imagerie normale, et la catégorie 2 à une anomalie bénigne. Dans les deux cas, le risque de cancer était de 0 %, le suivi consistait en un retour au dépistage ; un document établi par la Société suisse de Radiologie (SGR-SSR), intitulé « Classification de la densité mammaire : changement de nomenclature Atlas BI-RADS 2013 (5 e édition) », dans lequel il était indiqué que la densité « a » se référait à des seins presque entièrement graisseux, la densité « b » à des zones de densités fibroglandulaires éparses, la densité « c » à des seins denses de façon hétérogène, pouvant masquer des petites masses et la densité « d » à des seins extrêmement denses, diminuant la sensibilité de la mammographie. Sur question du Dr E\_\_\_\_\_ qui faisait observer à la Dresse B\_\_\_\_\_ qu'elle ne semblait pas tenir compte des recommandations, dès lors que les rapports radiologiques qu'elle a versés à la procédure mentionnaient la classification BI-RADS catégorie 2, ce qui correspondait à une anomalie bénigne, auquel cas il était conseillé un retour au dépistage, la gynécologue a répondu qu'au moment où elle demandait l'examen, elle ne connaissait pas d'avance le résultat de l'examen ni l'interprétation du radiologue. La Dresse B\_\_\_\_\_ a ajouté qu'à son souvenir, elle n'avait pas fait procéder à une recherche du gène BRCA1 sur sa patiente, ni à l'entretien génétique mentionné dans les conditions de l'OPAS, car ces entretiens, qui coûtaient très chers, n'étaient pas systématiquement remboursés par les assurances-maladie. En réponse, la représentante de l'intimé a indiqué que la consultation génétique n'était pas chère en soi, mais que la recherche génétique l'était (CHF 4'600.-). La Dresse B\_\_\_\_\_ décidait systématiquement, pour la recourante, de procéder à des examens annuels (mammographie et échographie). Cette dernière se plaignait parfois de douleurs, ce qui incitait à la prudence et à la mise en oeuvre des examens. N'importe quel médecin se trouvant dans une situation pareille, soit en présence d'une patiente ayant un antécédent familial ascendant au premier degré, des seins denses et des plaintes de la patiente, ne prendrait le risque de ne pas ordonner ces examens. Il ne suffisait pas que la dernière mammographie annuelle ait été négative pour que l'on puisse prendre le risque de ne faire le prochain contrôle qu'à deux ans, sachant que le cancer du sein touchait une femme sur huit. Le Dr E\_\_\_\_\_ a fait

observer qu'en cas de plaintes de la patiente, il ne s'agissait plus d'une situation de mammographie préventive, mais plutôt de mammographie diagnostique, de sorte qu'il ne devrait pas avoir de problème par rapport à la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins. La Dresse B \_\_\_\_\_ a précisé qu'elle mentionnait sur ses bons uniquement « antécédents familiaux et palpation difficile ». Ensuite, le radiologue choisissait les codes Tarmed. Si sa patiente lui avait fait part de plaintes à l'examen clinique, elle le mentionnerait sur le bon de mammographie et d'échographie, mais pour le cas particulier de la recourante, elle n'avait jamais eu à le faire. La recourante a fait observer qu'un cancer était souvent la plupart du temps sourd et qu'il se développait sans que des douleurs ne soient ressenties. Dans sa situation, elle ne pouvait pas se permettre de se dire que si elle n'avait pas mal, elle n'irait pas consulter sa gynécologue, car cela serait trop risqué. Le Dr E \_\_\_\_\_ a relevé que la situation telle qu'évaluée par la Dresse B \_\_\_\_\_ dans le cas d'espèce était en deçà des catégories à risques modérés selon les directives de l'OFSP dont le seuil était à 17 % de risque, alors que la gynécologue évoquait 11,7 % de risque pour la recourante, contre 6,6 % pour la population générale. La représentante de l'intimée a expliqué que la mammographie de dépistage était celle qui s'inscrivait dans le cadre d'un programme et qui s'appliquait à l'ensemble de la population dans une région déterminée, cette campagne étant destinée aux femmes de plus de 50 ans qui étaient convoquées tous les deux ans par l'organisme s'occupant de ce dépistage. Cette prestation était facturée selon un forfait. Comme mentionné dans les positions Tarmed y relatives (39.1300, 39.1306 et 39.1305), ces prestations ne pourraient pas être facturées par un médecin, comme prestation indépendante. La mammographie préventive au sens de l'art. 12d al. 1 let. d OPAS était une prestation numérique, notamment par IRM, qui était directement concernée par la législation qui avait changé en juillet 2015. La prise en charge de ces prestations par l'AOS était subordonnée à l'évaluation du risque (selon les documents de référence de l'OFSP et de la Ligue suisse contre le cancer). À l'époque, en 2011, dès qu'il y avait un antécédent familial, une mammographie préventive annuelle était justifiée. Sur la base des indications demandées à la gynécologue traitante qui mentionnait un risque fortement accru, la facture de 2016 n'aurait pas dû être prise en charge, car la prestation ne correspondait pas aux directives de l'OFSP susmentionnées. Pour qu'une mammographie soit prise en charge par l'AOS en dehors des situations décrites précédemment, il fallait que la patiente émette des plaintes, ou qu'il y ait d'une façon plus générale une suspicion d'un état pathologique. Il s'agissait alors d'une mammographie diagnostique, qui répondait aux conditions normales de prise en charge selon les conditions normales de la LaMal. Si l'intimée n'avait pris en compte qu'une participation de 10 % pour la facture de 2016, cela signifiait que la franchise devait déjà être absorbée à ce moment-là. 19. Dans ses observations du 8 octobre 2018, l'intimée a persisté dans ses conclusions. Le forfait de dépistage était calculé à partir de la position Tarmed 39.1300, mammographie bilatérale de dépistage, première évaluation, comme prestation d'imagerie exclusive ; de la position 39.1305, deuxième évaluation et de la position 39.1306, troisième évaluation, laquelle était prise en compte à 10 %. Le programme de dépistage s'adressait à toutes les femmes, y compris celles avec antécédent familial. La Fondation genevoise du cancer du sein avait confirmé ce fait, lors d'un entretien téléphonique le 28 septembre 2018 et relevé que le cancer du sein chez une patiente de 78 ans ne signifiait pas de facto qu'il y avait une prédisposition au cancer du sein pour la fille de cette dernière. La Haute Autorité de santé en France mentionnait sur son site Internet qu'une échographie systématique n'avait aucune justification et que cet examen pouvait compléter éventuellement la mammographie de dépistage. 20. Dans ses observations du 8

octobre 2018, la recourante a également persisté dans ses conclusions. Elle a souligné que sa mère avait eu un cancer du sein à l'âge de 78 ans ; qu'elle présentait une morphologie clinique particulière, de sorte qu'il était difficile voire impossible de détecter, lors d'un examen pratiqué par la gynécologue, une anomalie telle qu'un carcinome globulaire ; qu'elle ne pouvait pas bénéficier du programme dit de « dépistage » en raison de ses antécédents familiaux ; que la Société suisse de gynécologie obstétrique et généticiens recommandait une mammographie annuelle dans son cas ; que l'assurance de base ne remboursait pas le test génétique onéreux s'il était négatif ; que les données anamnestiques au sens bio-médical nécessitaient une mammographie annuelle ; et que le risque défini sur la base des données anamnestiques au sens bio-médical avait dans son cas été confirmé par les Drs C\_\_\_\_\_, B\_\_\_\_\_ et A\_\_\_\_\_. En dépit de ces faits, l'intimée refuserait à chaque fois de rembourser les mammographies « préventives » en raison de la « stricte observance » du document de référence auquel renvoyait l'art. 12d al. 1 let. d OPAS, qui limitait le remboursement annuel de la mammographie en fonction de l'âge des assurées. Or, la LAMal ne faisait aucune distinction en fonction de l'âge. La recourante a cité l'arrêt 9C\_435/2015 du 10 mai 2016, concernant le remboursement du traitement de la fertilité inscrit au chiffre 3 de l'annexe 1 de l'OPAS, dans le lequel le Tribunal fédéral avait considéré que la loi ne prévoyant pas de limite d'âge, ce seul critère ne saurait en soi justifier la négation du caractère efficace du traitement ; qu'il ne lui appartenait pas de fixer un âge maximum ; et que les constatations médicales étant actuellement divergentes, il s'agissait plutôt de procéder à une approche individualisée fondée sur les composantes cliniques propres à chaque patiente. De manière similaire, dès lors que l'art. 12d al. 1 let. d OPAS ne limitait en aucun cas le dépistage précoce de maladie chez certains groupes à risque en fonction de leur âge, compte tenu des faits sus-rappelés, l'intimée ne saurait lui nier la prise en charge de la mammographie préventive en raison de son âge. 21. Sur quoi, la cause a été 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 LAMal. Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.
2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAMal, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-maladie, à moins que la loi n'y déroge expressément.
3. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 et 60 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours contre la décision sur opposition du 17 octobre 2017 est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).
4. Le litige porte sur le point de savoir si les coûts de la mammographie subie par la recourante le 20 février 2017 doivent être pris en charge par l'intimée dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins.
5. L'AOS prend en charge les coûts des prestations définies aux art. 25 à 31 en tenant compte des conditions des art. 32 à 34 (art. 24 LAMal). À ce titre, les assureurs ne peuvent pas prendre en charge d'autres coûts que ceux des prestations prévues aux art. 25 à 33 (art. 34 al. 1 LAMal). Selon l'art. 25 al. 1 LAMal, l'assurance obligatoire des soins assume les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles. Les prestations mentionnées aux art. 25 à 31 LAMal doivent être efficaces, appropriées et économiques; l'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques (art. 32 al. 1 LAMal) fondées sur la recherche et la pratique médicale et non sur le résultat obtenu dans un cas particulier (ATF 142 V 249 consid. 4.1 et les références). L'efficacité, l'adéquation et le caractère économique des

prestations sont réexaminés périodiquement (art. 32 al. 2 LAMal). 6. Selon l'art. 26 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts de certains examens destinés à détecter à temps les maladies ainsi que des mesures préventives en faveur d'assurés particulièrement menacés. Ces examens ou mesures préventives sont effectués ou prescrits par un médecin. Selon l'art. 33 al. 2 LAMal, il appartient au Conseil fédéral de désigner en détail, notamment, les prestations prévues à l'art. 26 LAMal. À l'art. 33 let. d de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal - RS 832.102). Le Conseil fédéral, comme le permet l'art. 33 al. 5 LAMal, a délégué à son tour cette compétence au Département fédéral de l'intérieur (DFI). Faisant usage de cette sous-délégation, le DFI a édicté l'OPAS. L'art. 12 de cette ordonnance renferme une liste positive des mesures médicales de prévention prises en charge par l'assurance obligatoire des soins (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 92/04 consid. 2.2). 7. a. Dans sa teneur antérieure au 15 juillet 2015, l'art. 12d al. 1 let. d OPAS, intitulé « mesures en vue du dépistage précoce de maladies chez certains groupes à risques », prévoyait que l'assurance obligatoire des soins prend en charge la mammographie en cas de cancer chez la mère, la fille ou la soeur au maximum une fois par an. b. Dans sa version en vigueur depuis le 15 juillet 2015, l'art. 12d al. 1 let. d ch. 1 OPAS est libellé comme suit : « [p]our les femmes présentant un risque modéré ou élevé de cancer du sein en raison d'antécédents familiaux ou d'antécédents personnels comparables. Désignation du risque selon le document de référence de l'OFSP « Évaluation du risque » (état 2/2015). Pour déterminer si le risque est élevé, un conseil génétique au sens de la let. f doit être effectué. Indication, fréquence et méthode d'analyse adaptées en fonction du risque et de l'âge, selon le document de référence de l'OFSP « Schéma de surveillance » (état 2/2015). Un entretien explicatif et de conseil doit précéder le premier examen et être consigné ». c. Le présent litige doit être tranché à la lumière de la réglementation en vigueur au moment de la survenance des faits juridiquement déterminants (ATF 127 V 467 consid. 1), soit au moment de l'examen litigieux du 20 février 2017. Aussi la modification apportée à l'art. 12d al. 1 let. d ch. 1 OPAS, entrée en vigueur le 15 juillet 2015, est-elle applicable. d. Le document de référence « Évaluation du risque » a été établi conjointement par l'OFSP (cf. art. 9 de l'ordonnance sur l'organisation du Département fédéral de l'intérieur du 28 juin 2000 [Org DFI RS 172.212.1] et la Ligue suisse contre le cancer sur le modèle de la NICE Clinical Guideline 164 de juin 2013, pages 14 à 16 (état de 02/2015) (cf. <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/suche.html#mammographie>). Ce document détermine les cas dans lesquels une femme présente un risque accru de cancer du sein en raison d'antécédents familiaux. Selon le point A dudit document, les femmes présentent un risque modérément accru de cancer du sein (risque au cours de la vie : de 17 à 30 %) lorsque (i) un parent au premier degré a eu un cancer du sein à < 40 ans ; ou (ii) deux parents au premier ou deuxième degré chez lesquels un cancer du sein a été diagnostiqué à un âge moyen > 50 ans ; ou (iii) trois parents au premier ou deuxième degré chez lesquels un cancer du sein a été diagnostiqué à un âge moyen > 60 ans ; ou (iv) le risque de cancer du sein au cours de la vie a été estimé entre 17 et 30 % sur la base d'une évaluation formelle du risque à l'aide d'un programme tel que le Breast and Ovarian Analysis of Disease Incidence and Carrier Estimation Algorithm (BOADICEA) ; et aucun des cas ci-après n'est recensé dans l'anamnèse familiale : (i) cancer du sein triple négatif à < 40 ans ; (ii) cancer du sein bilatéral ; (iii) cancer du sein chez un parent masculin ; (iv) cancer de l'ovaire ; (v) antécédents lourds du côté paternel (quatre proches ayant eu un cancer du sein à < 60 ans) ; (vi) ancêtres juifs ; (vii) sarcome à < 45 ans ; (viii) gliome ou carcinome cortico-surrénalien

dans l'enfance ; (ix) ou une forme complexe d'un autre type de cancer à un jeune âge. Selon le point B dudit document, les femmes présentent un risque fortement accru de cancer du sein (risque au cours de la vie > 30 %) : (1) dans une famille dont l'anamnèse comporte exclusivement des cas de cancer du sein : lorsque (i) deux parents au premier ou deuxième degré chez lesquels un cancer du sein a été diagnostiqué à un âge moyen < 50 ans (dont au moins un parent au premier degré) ; ou (ii) trois parents au premier ou deuxième degré chez lesquels un cancer du sein a été diagnostiqué à un âge moyen < 60 ans (dont au moins un parent au premier degré), ou (iii) quatre parents ayant eu un cancer du sein, indépendamment de l'âge auquel il a été diagnostiqué (dont au moins un parent au premier degré) ; ou (2) dans une famille dont l'anamnèse comporte un cas de cancer épithélial de l'ovaire et qui compte, du même côté de la famille : (i) un parent au premier degré (y compris le parent avec cancer ovarien) ou un parent au deuxième degré chez lequel un cancer du sein a été diagnostiqué à < 50 ans ; ou (ii) deux parents au premier ou deuxième degré chez lesquels un cancer du sein a été diagnostiqué à un âge moyen < 60 ans, ou (iii) un autre cas de cancer ovarien ; ou (3) dans une famille dont l'anamnèse comporte un cas de cancer du sein bilatéral : lorsque (i) un parent au premier degré chez lequel le cancer du sein bilatéral a été diagnostiqué à un âge moyen < 50 ans ; ou (ii) un parent au premier ou deuxième degré a eu un cancer du sein bilatéral et un parent au premier ou deuxième degré a eu un cancer du sein à un âge moyen < 60 ans ; ou (4) dans une famille dont l'anamnèse comporte un cas de cancer du sein masculin et qui compte, du même côté de la famille, au moins : (i) un parent au premier ou deuxième degré ayant eu un cancer du sein à < 50 ans ; ou (ii) deux parents au premier ou deuxième degré chez lesquels un cancer du sein a été diagnostiqué à un âge moyen < 60 ans ; ou (5) le risque de cancer du sein au cours de la vie a été estimé > 30 % sur la base d'une évaluation formelle du risque, soit à l'aide d'un programme tel que le BOADICEA, soit à l'aide du Manchester Score. e. Le document de référence « Schéma de surveillance » (état de 02/2015) a également été établi conjointement par l'OFSP et la Ligue suisse contre le cancer sur le modèle de la NICE Clinical Guideline 164 de juin 2013 (état de 02/2015). Il détermine par tranches d'âge (20 à 29 ans, 30 à 39 ans, 40 à 49 ans, 50 à 59 ans, 60 à 69 ans, + de 70 ans), en fonction de la catégorie de risque (modérément accru ou fortement accru - la deuxième catégorie est elle-même subdivisée en cinq groupes [(1) risque au cours de la vie 30 % ; (2) > 30 % probabilité de mutation du gène BRCA ; (3) mutation du gène BRCA 1/2 ; (4) > 30 % probabilité de mutation du gène p53 ; (5) mutation du gène p53] la méthode d'analyse à effectuer (mammographie uniquement, IRM uniquement, ou les deux examens à la fois) ainsi que la fréquence de l'analyse (aucune, annuelle, bisannuelle). Pour la tranche d'âge de 50 à 59 ans, en cas de risque fortement accru (pour les groupes 2, 3 et 4), une IRM complète la mammographie annuelle si la densité mammaire est élevée. Pour la tranche d'âge de 60 à 69 ans, en cas de risque modérément accru, une mammographie bisannuelle est à prévoir. Pour cette même tranche d'âge, en cas de risque fortement accru, la mammographie est également bisannuelle, excepté pour le groupe 3 (mammographie annuelle) et le groupe 5 (aucun examen). 8. La recourante soutient que la condition de l'âge qui ressort du document de référence « Schéma de surveillance » crée une nouvelle obligation qui n'est prévue ni par la loi ni par l'art. 12d al. 1 let. d OPAS. Par ailleurs, l'âge et la non-prise en compte de la morphologie de la poitrine de chaque femme étaient de nature à créer une inégalité de traitement entre assurées. 9. Le Tribunal fédéral des assurances examine en principe librement la légalité des dispositions d'application prises par le Conseil fédéral. Les dispositions adoptées par le DFI n'échappent pas au contrôle du juge, sous l'angle de leur

légalité et de leur constitutionnalité. Lorsqu'il se prononce sur une ordonnance du Conseil fédéral fondée sur une délégation du Parlement (ou sur une ordonnance d'un département fédéral en cas de sous-délégation du Conseil fédéral), le Tribunal fédéral des assurances doit se borner à examiner si les dispositions incriminées sortent manifestement du cadre de la délégation de compétence donnée par le législateur à l'autorité exécutive ou si, pour d'autres motifs, elles sont contraires à la loi ou à la Constitution. Dans l'examen auquel il procède, le juge ne doit toutefois pas substituer sa propre appréciation à celle de l'autorité dont émane la réglementation en cause (ATF 125 V 21 consid. 6a et les références). Dans le cadre de ce contrôle, le Tribunal fédéral des assurances est en principe habilité à examiner le contenu d'une liste de maladies à prendre en considération ou de prestations. Néanmoins, il s'impose une grande retenue dans cet examen. D'une part, il ne dispose pas des connaissances nécessaires pour se faire une opinion sur la question sans recourir à l'avis d'experts. D'autre part, l'ordonnance, souvent révisée, peut être corrigée à bref délai par le DFI. En revanche, le tribunal revoit librement une disposition de l'ordonnance lorsqu'il apparaît que les commissions des spécialistes - dont les avis sont à la base d'une décision du DFI - se fondent non sur des considérations médicales, mais sur des appréciations générales ou de nature juridique (ATF 142 V 249 consid. 4.3 et les références). Une norme réglementaire viole le principe de l'égalité de traitement consacré à l'art. 8 al. 1 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101) lorsqu'elle n'est pas fondée sur des motifs sérieux et objectifs, qu'elle est dépourvue de sens et d'utilité, qu'elle opère des distinctions juridiques que ne justifient pas les faits à réglementer ou qu'elle omet, au contraire, des distinctions juridiques que la diversité des circonstances en présence rend indispensables (ATF 128 v 102 consid. 6a ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 566/03 du 1<sup>er</sup> juin 2004 consid. 4.4 et les références). En d'autres termes, le droit à l'égalité de traitement postule que les situations de fait semblables soient assujetties à des règles de droit semblables, et les situations de fait dissemblables à des règles de droit dissemblables (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_647/2007 du 22 juillet 2008 consid. 3.2 et la référence). 10. a. En l'occurrence, contrairement à ce que paraît croire la recourante, en tant que l'art. 12d al. 1 let. d OPAS se rapporte aux documents de référence « Évaluation du risque » et « Schéma de surveillance » (état de 02/2015) lesquels déterminent les facteurs de risque du cancer du sein (en fonction de la présence d'antécédents familiaux de cette affection ; de l'âge auquel les parents ont développé cette maladie et de l'âge de la patiente) et prévoient la fréquence et le type d'analyses à mettre en oeuvre selon la catégorie de risque et l'âge de la patiente, ces documents font partie intégrante de la disposition précitée. A fortiori, l'art. 12d al. 1 let. d OPAS conditionne le droit aux prestations (fréquence et méthode d'analyse) notamment à l'âge de l'assurée. Cela étant dit, il n'y a pas de motif d'admettre que l'art. 12d al. 1 let. d OPAS soit contraire à la loi. L'art. 26 LAMal donne au Conseil fédéral, respectivement au DFI (art. 33 al. 5 LAMal en corrélation avec l'art. 33 let. d OAMal), un large pouvoir d'appréciation pour désigner les mesures de prévention en faveur d'assurés particulièrement menacés (cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 92/04 du 28 octobre 2004 consid. 2.2 et 3.1). Autrement dit, ces mesures ne sont à la charge de l'AOS que si l'autorité exécutive le prévoit expressément, en fonction de critères qui, sous réserve des conditions prévues aux art. 32 à 34 LAMal, sont laissés à sa libre appréciation (cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances du 30 avril 2001 K 114/00 consid. 5c). b. Certes, aucune distinction en fonction de l'âge des assurés ne peut être trouvée dans la LAMal (Gabrielle STEFFEN, Droit aux soins et rationnement, Approche d'une définition des soins nécessaires, 2002, p. 277). Toutefois, la question de l'âge peut entrer en ligne de

compte dans l'évaluation du caractère efficace d'une prestation, à condition qu'elle repose sur des critères médicaux. À cette fin, il faut pouvoir se référer à des données médicales largement admises. Une distinction valable relative à l'âge doit se fonder sur un motif d'ordre clinique convaincant qui constituerait une justification objective et raisonnable ; il n'appartient pas au juge ou aux caisses-maladies de se livrer à des conjectures à cet égard (ATF 142 V 249 consid. 6.2.1 et les références). In casu, c'est à tort que la recourante s'appuie sur l'arrêt 9C\_435/2015 du 10 mai 2016, publié à l'ATF 142 V 249, pour soutenir que l'art. 12d al. 1 let. d OPAS ne limite pas le dépistage précoce de maladie chez certains groupes à risque en fonction de leur âge, à l'instar du chiffre 3 de l'annexe 1 de l'OPAS - qui prévoit que le traitement par insémination intra-utérine est pris en charge par l'assurance-maladie obligatoire à raison de trois cycles de traitement par grossesse au maximum depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2001, de sorte que la prise en charge de la mammographie litigieuse ne peut lui être refusée en raison de son âge. Dans cet arrêt qui concernait une assurée de 44 ans ayant bénéficié d'un traitement visant à remédier à des troubles de la fertilité (inséminations intra-utérine avec stimulations ovariennes), le Tribunal fédéral a constaté que si, selon la doctrine scientifique, les chances de procréer diminuaient au fur et à mesure de l'avancement de l'âge de la femme, une limite d'âge à partir de laquelle une femme ne pourrait plus tomber enceinte ni mener une grossesse à terme n'avait pas été arrêtée. Par contre, des âges limites variant entre 42 et 51 ans étaient évoqués. Ainsi, dans la mesure où la LAMal ne prévoyait pas de limite d'âge (si bien que l'âge ne constituait pas à lui seul un critère pour justifier l'inefficacité du traitement en question) et que les constatations médicales divergeaient quant à l'éventuel moment à partir duquel une femme ne serait plus en mesure de procréer, le DFI, en l'état actuel de la loi et de la doctrine médicale, n'avait pas mal évalué l'efficacité du traitement, sous l'angle de l'art. 32 LAMal, en ne mentionnant pas la condition de l'âge au chiffre 3 de l'annexe 1 de l'OPAS (consid. 6.3 et 6.4). Or, en l'occurrence, l'art. 12d al. 1 let. d OPAS fixe, depuis le 15 juillet 2015, un âge pour la prise en charge de la mammographie, éventuellement de l'IRM, par l'assurance obligatoire des soins. Cette disposition reprend les recommandations de la NICE de juin 2013 (état de 02/2015) qui demeurent inchangées à ce jour (<https://www.nice.org.uk/guidance/cg164>) et qui se fondent sur des considérations d'ordre médical. Ces recommandations ont conduit le DFI à modifier l'art. 12d al. 1 let. d OPAS avec effet au 15 juillet 2015. Selon le modèle de la NICE Clinical Guideline 164 de juin 2013 (état de 02/2015), le risque de développer un cancer du sein dépend de : la nature des antécédents familiaux (degré de parenté) ; du nombre de parents ayant développé un cancer du sein, de l'ovaire ou un cancer apparenté ; de l'âge auquel les membres de la famille ont développé un cancer du sein ; et de l'âge de la personne concernée (p. 42). Le dépistage du cancer du sein est d'ailleurs habituellement effectué par mammographie et cible les femmes entre 50 et 69 ans, âge où l'incidence est la plus élevée (cf. Veronica Aedo Lopez, Athina Stravodimou, Sheila Unger, Lucien Perey, Khalil Zaman, Mutations de BRCA1/2 : d'Angelina Jolie à la thérapie, in *Revue médicale suisse*, 2016, volume 12. 973-977, p. 974 ; <https://www.revmed.ch/RMS/2016/RMS-N-519/Mutations-de-BRCA1-2-d-Angelina-Jolie-a-la-therapie>). Il apparaît donc que la fréquence des examens (annuels ou bisannuels) pris en charge par l'assurance qui dépend de la catégorie de risque et de l'âge de la patiente est justifiée sur le plan de la science médicale. En d'autres termes, l'indication médicale est donnée dans les limites d'âge fixées selon la catégorie de risque que présente la patiente. Par conséquent, en prévoyant un âge pour le remboursement de la mammographie, on ne saurait reprocher au DFI d'avoir opéré une distinction entre patientes qui ne serait pas fondée sur

des motifs sérieux et objectifs. Dans ces circonstances, la fixation de l'âge ne contrevient pas au principe de l'égalité de traitement (art. 8 al. 1 Cst.). En posant l'exigence d'un âge dans une règle de droit, l'ordonnance concrétise simplement dans le texte légal pertinent les critères légaux du caractère efficace, approprié et économique de la prestation en cause (art. 32 LAMal ; cf. ATF 136 I 121 consid. 5.3). Par conséquent, et compte tenu de la grande retenue qui s'impose au juge dans le contrôle de la légalité et de la constitutionnalité des ordonnances du Conseil fédéral, il n'y a pas lieu de s'écarter de l'appréciation du DFI, d'autant moins lorsqu'elle est fondée sur l'avis de spécialistes (cf. ATF 139 V 509 consid. 5.3 ; ATF 125 V 21 consid. 6b). À cet égard, contrairement à ce que prétend la recourante, il n'apparaît pas, sur le site de la Société suisse de gynécologie et d'obstétrique, que cette dernière recommanderait une mammographie annuelle en cas d'antécédents familiaux (cf. <https://www.sggg.ch/fr/>), indépendamment de l'âge de la patiente et de la catégorie de risque qu'elle présente. 11. a. En ce qui concerne la morphologie de la poitrine (densité mammaire), c'est à tort que la recourante fait valoir que le document de référence « Schéma de surveillance » n'en tient pas compte. Pour la tranche d'âge de 50 à 59 ans, en cas de risque fortement accru (pour les groupes 2 [risque > 30 % probabilité de mutation du gène BRCA]; 3 [mutation du gène BRCA ½] et 4 [risque > 30 % probabilité de mutation du gène p53]), il est préconisé de compléter la mammographie annuelle par une IRM si la densité mammaire est élevée. Les seins sont dits denses quand ils se composent d'une plus grande quantité de tissu conjonctif (entre les glandes et les canaux), de glandes et de canaux galactophores que de tissu graisseux (adipeux) (cf. Fondation du cancer du sein du Québec ; <https://rubanrose.org/cancer-du-sein/facteurs-de-risque/modifiables>). b. La NICE recommande une discussion sur les avantages et les risques d'une surveillance (mammographie, IRM) et de fournir des informations écrites, notamment en ce qui concerne la possibilité que la mammographie ne mette pas en évidence un cancer chez les femmes dont les seins sont denses et la probabilité croissante d'investigations supplémentaires dans ce cas (p. 25). Dans le cadre des programmes de dépistage en Suisse, lorsque les seins sont extrêmement denses (type d), une échographie complémentaire est systématiquement recommandée, car ils diminuent la sensibilité de la mammographie, étant relevé que la densité mammaire de type a correspond à des seins clairs (quasi-totalement graisseux) ; le type b représente quelques reliquats fibroglandulaires et le type c concerne des seins denses de répartition hétérogène qui peuvent masquer des petites masses (cf. [https://www.swisscancerscreening.ch/fileadmin/user\\_upload/Documents/SwissCancerScreening/WWW/Editors/Downloads/Brustkrebs/Downloads\\_Fachinformationen\\_Brustkrebs/Infos\\_f%25C3%25BCr\\_Fachpersonenn/Act.\\_du\\_d%25C3%25A9\\_pistage\\_4.\\_Radiologie.pdf](https://www.swisscancerscreening.ch/fileadmin/user_upload/Documents/SwissCancerScreening/WWW/Editors/Downloads/Brustkrebs/Downloads_Fachinformationen_Brustkrebs/Infos_f%25C3%25BCr_Fachpersonenn/Act._du_d%25C3%25A9_pistage_4._Radiologie.pdf)). La Haute autorité (française) de santé (HAS) qui a également analysé tous les facteurs potentiellement associés au cancer du sein, recensés dans la littérature scientifique, a déterminé ceux qui nécessitent un dépistage spécifique ainsi que les situations pour lesquelles il n'est pas recommandé de dépistage spécifique, c'est-à-dire, les femmes concernées par un des facteurs de risque n'ont pas besoin d'un dépistage par mammographie plus fréquent que tous les deux ans. La HAS a notamment écarté la taille des seins et une densité mammaire élevée après la ménopause (facteurs de risque pour lesquels les données scientifiques disponibles ne sont pas suffisamment fiables pour les définir comme tels ; cf. Jean-Yves Nau, Cancer du sein : chez quelles femmes doit-il être plus particulièrement dépisté ?, in Revue médicale suisse, 2014, volume 10, p. 1266 1267 ; <https://www.revmed.ch/RMS/2014/RMS-N-433/Cancer-du-sein-chez-quelles-femmes-doit-il-etre-plus-particulierement-depiste>). D'après le Programme

québécois de dépistage de cancer du sein, la densité mammaire élevée est un facteur de risque indépendant de cancer du sein qui ne justifie pas de prescrire des mammographies annuelles de dépistage ou des examens complémentaires à une femme dont c'est le seul facteur de risque. Le risque de décès par cancer du sein n'est pas plus important chez les femmes avec une densité mammaire très élevée (cf.

[http://www.depistagesein.ca/wp-content/uploads/2012/05/COM\\_Densite\\_mammaire.pdf](http://www.depistagesein.ca/wp-content/uploads/2012/05/COM_Densite_mammaire.pdf)).

En revanche, selon la Fondation du cancer du sein du Québec, les femmes aux seins denses ont plus de risques d'être atteintes d'un cancer du sein que les autres femmes. La densité mammaire diminue avec l'âge et après la ménopause. Toutefois, la densité mammaire est un facteur modifiable, car elle peut être influencée par les habitudes de vie. Par exemple, l'utilisation d'hormonothérapie substitutive, une première grossesse tardive ou une absence de grossesse et la consommation d'alcool pourraient augmenter la densité mammaire. En contrepartie, la prise de vitamine D pourrait diminuer la densité mammaire, donc réduire le risque de développer un cancer du sein. L'Institut universitaire de médecine sociale et préventive (Lausanne) partage le même avis ; la glande mammaire (très) dense élève le risque de cancer du sein (cf. [https://www.swisscancerscreening.ch/fileadmin/user\\_upload/Documents/SwissCancerScreening/WWW/Editors/SCS/Kantone/Vaud/DOCS/Pr%25C3%25A9sentations\\_colloque\\_formation\\_continue\\_DOCS/Densit%25C3%25A9\\_Bulliard.pdf](https://www.swisscancerscreening.ch/fileadmin/user_upload/Documents/SwissCancerScreening/WWW/Editors/SCS/Kantone/Vaud/DOCS/Pr%25C3%25A9sentations_colloque_formation_continue_DOCS/Densit%25C3%25A9_Bulliard.pdf); cf. dans ce sens également : Mikael Eriksson, Kamila Czene, Yudi Pawitan, Karin Leifland, Hatef Darabi, Per Hall, A clinical model for identifying the short-term risk of breast cancer, in US National Library of Medicine National Institutes of Health, 2017 ;

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5348894/>). Il apparaît ainsi que la question de savoir si la densité des seins - qui peut rendre l'interprétation des mammographies difficile est un facteur de risque du cancer du sein prête à controverse dans la littérature médicale. Dans ces circonstances, la question de savoir si l'art. 12d al. 1 let. d OPAS opère des distinctions juridiques (seules les femmes dans la tranche d'âge de 50 à 59 ans bénéficient, en cas de risque fortement accru [pour les groupes 2, 3 et 4] d'une IRM en plus de la mammographie annuelle si la densité mammaire est élevée) entre des situations semblables (les autres femmes ayant une densité mammaire élevée devraient également bénéficier de l'examen complémentaire à la charge de l'assurance) peut rester ouverte. En effet, quoi qu'en dise la recourante, sa densité mammaire de type « a » correspond à des seins presque entièrement gras, de sorte qu'ils ne diminuent pas la sensibilité de la mammographie (la lecture de la mammographie ne devient pas plus difficile), étant de surcroît relevé que, selon une partie de la communauté scientifique, les femmes présentent un plus grand risque de cancer du sein si elles ont une densité mammaire très élevée, ce qui n'est pas le cas de la recourante. 12. Cela étant exposé, il ressort des rapports radiologiques au dossier que les examens auxquels s'est soumise la recourante en mars 2016 et février 2017 aboutissent à la classification BIRADS 2, ce qui signifie que cette dernière présente une anomalie bénigne, auquel cas un retour au dépistage doit être organisé deux ans plus tard (cf. [https://www.swisscancerscreening.ch/fileadmin/user\\_upload/Documents/SwissCancerScreening/WWW/Editors/Downloads/Brustkrebs/Downloads\\_Fachinformationen\\_Brustkrebs/Infos\\_f%25C3%25BCr\\_Fachpersonen/Act.\\_du\\_d%25C3%25A9pistage\\_4.\\_Radiologue.pdf](https://www.swisscancerscreening.ch/fileadmin/user_upload/Documents/SwissCancerScreening/WWW/Editors/Downloads/Brustkrebs/Downloads_Fachinformationen_Brustkrebs/Infos_f%25C3%25BCr_Fachpersonen/Act._du_d%25C3%25A9pistage_4._Radiologue.pdf)), et non pas annuellement comme le souhaite la recourante. La mère de cette dernière ayant souffert d'un cancer du sein à l'âge de 78 ans, la recourante ne présente, selon le point A et B du document de référence « Évaluation du risque » (cf. consid. 7d ci-dessus), ni un risque modérément accru ni un risque fortement accru de cancer du sein, sous réserve d'une estimation du risque à l'aide d'un programme tel que le BOADICEA, qui

évalue la probabilité d'une mutation des gènes BRCA1 ou BRCA2 (cf. NICE Clinical Guideline 164 de juin 2013 [état de 02/2015], p. 7), examen qui n'a pas été effectué à ce stade. Cela étant, une analyse génétique moléculaire en vue d'identifier des gènes de prédisposition (BRCA1 et BRCA2) au cancer du sein se justifie si la famille comporte un des cas de figure suivants: (i) plusieurs femmes apparentées atteintes de cancers ; (ii) une femme avec au moins deux cancers ; (iii) une femme jeune avec un cancer du sein et/ou de l'ovaire ; (iv) un homme avec un cancer du sein ; ou (v) une personne avec une mutation pathogénique déjà identifiée (cf. Le réseau suisse de laboratoires régionaux, Cancer du sein et de l'ovaire : analyse génétique moléculaire, 2018, in [https://www.dianalabs.ch/Portals/0/Documents/FR/2018/LabNews\\_\\_BRCA\\_web.pdf](https://www.dianalabs.ch/Portals/0/Documents/FR/2018/LabNews__BRCA_web.pdf); Albertine Bourget, Prédispositions génétiques: quand et comment réagir? in <https://vaud.liguecancer.ch/notre-journal/entre-nous-n38-novembre-2016/predispositions-genetiques-quand-et-comment-reagir/>). Par ailleurs, les femmes avec mutation BRCA1/2 développent leur cancer à un âge plus jeune, soit dès 25-30 ans (médiane entre 40 et 50 ans) (cf. AEDO LOPEZ, STRAVODIMOU, UNGER, PEREY, ZAMAN, op cit., p. 974). Or, aucun de ces cas de figure ne s'est produit ni même n'est évoqué en l'occurrence. Force est ainsi de constater que la recourante, âgée de 65 ans au moment déterminant, ne remplit pas les conditions requises par l'art. 12d al. 1 let. d OPAS pour une prise en charge de la mammographie du 20 février 2017 à titre de mesure préventive. 13. a. En outre, c'est en vain que la recourante se prévaut d'un droit à la prise en charge de la mammographie litigieuse fondé sur l'art. 12e let. c OPAS. b. À teneur de cette disposition, en lien avec les mesures de dépistage précoce de maladies dans toute la population, l'assurance prend en charge les coûts d'une mammographie de dépistage dès l'âge de 50 ans révolus, tous les deux ans dans le cadre d'un programme organisé de dépistage du cancer du sein qui remplit les conditions fixées par l'ordonnance du 23 juin 1999 sur la garantie de la qualité des programmes de dépistage du cancer du sein par mammographie. Aucune franchise n'est prélevée sur cette prestation. Dans les cantons qui ont mis en place un programme de dépistage du cancer du sein, à l'instar du canton de Genève, la participation est ouverte à toutes les femmes âgées de 50 à 74 ans. L'invitation s'accompagne d'une information neutre sur le dépistage. Les femmes invitées sont libres de participer ou non au programme ; la décision leur appartient. Elles n'ont pas besoin d'une ordonnance de leur médecin (cf. <https://www.swisscancerscreening.ch/fr/depistage-precoce-du-cancer/sein/participation>). L'État de Genève a donné à la Fondation genevoise pour le dépistage du cancer (FGDC) le mandat de gérer le programme cantonal de dépistage du cancer du sein. Le département de la sécurité, de l'emploi et de la santé fixe la procédure relative à l'organisation des mammographies de dépistage du cancer du sein dans le cadre du programme cantonal genevois (art. 1 al. 1 du règlement fixant le tarif relatif au remboursement des mammographies de dépistage du cancer du sein du 15 décembre 2008 (RTRMD K 1 15.18). Le montant forfaitaire du remboursement pour la réalisation des mammographies de dépistage du cancer du sein est fixé à CHF 197.15 (art. 2 RTRMD). Dès 50 ans, la mammographie de dépistage effectuée dans le cadre du programme cantonal genevois est prise en charge tous les deux ans par l'assurance-maladie de base, indépendamment de la franchise choisie, c'est-à-dire que la franchise ne s'applique pas et qu'il ne reste à payer que la quote-part de 10 %, soit CHF 19.70 (cf. <https://www.swisscancerscreening.ch/fr/offres-dans-votre-canton/programmes-cantonaux-cancer-du-sein/geneve/combien-ca-coute>). c. Or, dans la mesure où la recourante s'est soumise à une mammographie le 20 février 2017 sur prescription de son médecin traitant, cet examen n'a pas été réalisé dans le cadre d'un

programme organisé de dépistage du cancer du sein. Partant, l'une des conditions de l'art. 12e let. c OPAS n'étant pas réalisée, la recourante n'a pas droit à la prise en charge de la mammographie litigieuse selon les modalités de remboursement prévues par cette disposition. 14. a. Reste à examiner si les coûts de l'examen litigieux doivent être pris en charge par l'intimée à titre de mesure diagnostique. b. Pour rappel, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations définies aux art. 25 à 31 en tenant compte des conditions des art. 32 à 34 (art. 24 LAMal). À ce titre, les assureurs ne peuvent pas prendre en charge d'autres coûts que ceux des prestations prévues aux art. 25 à 33 (art. 34 al. 1 LAMal). Selon l'art. 33 al. 1 LAMal, le Conseil fédéral peut désigner les prestations fournies par un médecin ou un chiropraticien, dont les coûts ne sont pas pris en charge par l'assurance obligatoire des soins ou le sont à certaines conditions. Cette disposition se fonde sur la présomption que médecins et chiropraticiens appliquent des traitements et mesures qui répondent aux conditions posées par l'art. 32 al. 1 LAMal. À l'art. 33 OAMal et comme l'y autorise l'art. 33 al. 5 LAMal, le Conseil fédéral a délégué les compétences susmentionnées au DFI. Celui-ci en a fait usage en promulguant l'OPAS (cf. ATF 131 V 338 consid. 1.3). Conformément à l'art. 1 OPAS, l'annexe 1 de cette ordonnance énumère les prestations visées par l'art. 33 let. a et c OAMal dispositions reprenant textuellement les règles posées aux al. 1 et 3 de l'art. 33 LAMal dont l'efficacité, l'adéquation ou le caractère économique ont été examinés par la Commission fédérale des prestations générales et des principes de l'assurance-maladie (CFPP) et dont l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts, avec ou sans condition, ou ne les prend pas en charge. Cette annexe ne contient pas une énumération exhaustive des prestations (remarques préliminaires à l'annexe 1 de l'OPAS; ATF 142 V 249 consid. 4.2). Aux termes du chiffre 9.1 « radiodiagnostic » de l'annexe 1 de l'OPAS, depuis le 1<sup>er</sup> janvier, 2008 est obligatoirement prise en charge par l'assurance-maladie obligatoire la mesure « mammographie » à la condition suivante : « [p]our le diagnostic en cas de forte suspicion clinique de pathologie mammaire ». c. Or, in casu, la Dresse B \_\_\_\_\_ a déclaré, lors de l'audience du 24 septembre 2018, qu'elle n'avait jamais mentionné dans les bons, à l'attention du radiologue, que la recourante avait manifesté des plaintes à l'examen clinique. La gynécologue indiquait uniquement « antécédents familiaux et palpation difficile ». Quant à la recourante, elle a affirmé que, dans sa situation, elle consultait sa gynécologue même si elle ne ressentait pas de douleurs. Il ressort effectivement des rapports médicaux produits par la recourante que la réalisation de la mammographie était justifiée à chaque fois en raison de ses antécédents familiaux et de sa morphologie (quand bien même elle ne possède pas de seins denses comme on l'a relevé ci-dessus). Force est ainsi de constater que l'examen litigieux n'a pas été effectué au motif que la recourante présentait des symptômes ou des troubles au niveau des seins. Dans ces conditions, il ne saurait être pris en charge par l'intimée à titre de mesure diagnostique. 15. En conséquence, en tous points mal fondé, le recours ne peut qu'être rejeté. 16. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a 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.