

VD_FINDINFO Arrêt / 2011 / 348 vom 10. März 2011

VD Tribunal cantonal, 2011-03-10, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2011__348

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2011 / 348 du 10 mars 2011

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2011 / 348 del 10 marzo 2011

Regeste

LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-MALADIE, MALADIE, DÉFAUT ESTHÉTIQUE | 25 al. 1 LAMal, 25 al. 2 let. a LAMal, 32 LAMal, 33 al. 1 LAMal, 33 al. 5 LAMal, 34 LAMal, 33 let. a OAMal, 33 let. c OAMal, 1 OPAS

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 10.03.2011 Arrêt / 2011 / 348

LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-MALADIE, MALADIE, DÉFAUT ESTHÉTIQUE | 25 al. 1 LAMal, 25 al. 2 let. a LAMal, 32 LAMal, 33 al. 1 LAMal, 33 al. 5 LAMal, 34 LAMal, 33 let. a OAMal, 33 let. c OAMal, 1 OPAS

TRIBUNAL CANTONAL AM 4/09 - 18/2011 COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 10 mars 2011

_____ Présidence de _____ Mme Röthenbacher Juges : Mmes Thalmann et Brélaz Braillard Greffière : Mme Mestre Carvalho ***** Cause pendante entre : L. _____, à Oron-la-Ville, recourante, représentée par Me Antonella Cereghetti Zwahlen, avocate à Lausanne, et I. _____ Caisse-maladie, à Berne, intimée, représentée par Me Andrea Lanz Müller, avocate à Berne. _____ Art. 25 al. 1 et al. 2 let. a LAMal, 32 LAMal, 33 al. 1 et 5 LAMal et 34 LAMal; art. 33 let. a et c OAMal; annexe 1 OPAS E n f a i t : A. L. _____ (ci-après : l'assurée), née en 1946, est affiliée pour l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie; RS 832.10) auprès d'I. _____ Caisse-maladie (ci-après : I. _____ ou la Caisse); elle dispose également, par le biais de cet assureur, d'une couverture complémentaire de soins appelée G. _____. B. Par écrit du 24 août 2007, le Dr T. _____, chef de clinique adjoint auprès du Service de chirurgie plastique et reconstructive du Centre hospitalier X. _____, a informé la Caisse que l'assurée avait subi une tumorectomie avec recherche de ganglions sentinelles le 23 septembre 2004, en raison d'un carcinome invasif canalaire du sein droit. Elle présentait depuis lors une importante asymétrie mammaire avec une distance sternum-mamelon de 26 cm à droite et de 33 cm à gauche, et une distance inter-mamelonnaire de 27 cm. La patiente souffrait également de dorsalgies et était gênée « avec le port des habits ». Dans ce contexte, il était envisagé de procéder à une réduction mammaire d'environ 500 mg [sic] sur le sein gauche. C'est sur la question de la prise en charge financière de cette intervention que le Dr T. _____ a interpellé la Caisse. Le 11 septembre 2007, cette dernière a répondu au spécialiste précité, après consultation de son médecin-conseil le Dr H. _____, que l'opération projetée n'était pas prise en charge par l'assurance obligatoire des soins. Par lettre du 26 novembre 2007, le Dr T. _____ s'est adressé au Dr H. _____ pour lui demander de reconsidérer la prise en charge de l'intervention en question, consistant en une réduction mammaire gauche dans le cadre d'une symétrisation après une chirurgie

oncologique. Il a notamment souligné qu'en plus d'une asymétrie mammaire considérable, l'assurée présentait également d'importantes dorsalgies accompagnées de douleurs à l'épaule gauche nécessitant un traitement physiothérapeutique, et éprouvait de la gêne dans la vie de tous les jours. Par communication du 7 décembre 2007 faisant suite à un entretien téléphonique, le Dr T. _____ a fait savoir au Dr H. _____ que la patiente pesait 107 kg pour une taille de 1,73 m. Par courrier du 11 janvier 2008, la Caisse a indiqué au Dr T. _____ que son médecin-conseil maintenait le refus de prise en charge de l'opération en cause, attendu que le BMI (Body Mass Index) de l'assurée se situait à 34,2 et que le Tribunal fédéral des assurances excluait toute prise en charge lorsque le BMI de la personne concernée était supérieur à 25 (autrement dit en cas d'obésité). Prenant position le 10 juillet 2008, l'assurée, sous la plume de son avocate, a fait valoir que l'intervention envisagée ne constituait pas une réduction mammaire, puisqu'elle concernait uniquement son sein gauche et s'apparentait davantage à une reconstitution de sa poitrine visant à rétablir son intégrité physique. Elle a ajouté qu'un tel traitement n'avait aucun lien avec son surpoids. L'opération projetée devait donc être prise en charge par l'assurance obligatoire des soins, cela d'autant plus qu'elle répondait aux exigences légales d'efficacité, d'adéquation et d'économie prescrites par l'art. 32 LAMal. C. Par décision du 8 août 2008, la Caisse a refusé la prise en charge financière de l'intervention en question, dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins. Se référant à l'avis de son médecin-conseil, elle a retenu en substance que la réduction mammaire ne constituait pas une prestation obligatoire au sens de la LAMal. A cet égard, elle a relevé que l'asymétrie de la poitrine ne représentait pas une maladie, respectivement une affection avec caractère de maladie, au sens de l'art. 3 al. 1 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1); quant aux dorsalgies invoquées par l'assurée, la Caisse a refusé de leur reconnaître valeur de maladie, attendu que l'intéressée n'avait pas bénéficié de physiothérapie depuis l'intervention subie en 2004 – exception faite de 9 séances intervenues entre 2006 et 2007 pour des problèmes au coude. Par ailleurs, I. _____ a relevé que le fait de procéder à une réduction de 500 g de tissu sur le sein gauche n'était pas décisif, mais que seul était déterminant le point de savoir si l'asymétrie mammaire était à l'origine de douleurs physiques ou psychiques ayant valeur de maladie, condition qui n'était pas réalisée en l'occurrence. Cela étant, la Caisse a proposé à l'assurée une prestation bénévole équivalent à 60% des coûts de l'intervention, mais ne dépassant pas 1'000 fr. au maximum, de façon analogue aux prestations spécifiques dispensées par l'assurance complémentaire G. _____ « dans la phase de vie 60 plus ». L'assurée s'est opposée à cette décision par courrier du 15 septembre 2008. Se prévalant de la jurisprudence fédérale rendue en cas de reconstruction mammaire après une amputation médicalement indiquée (ATF 111 V 229 et TF K 143/06 du 1^{er} février 2008), elle a soutenu qu'il revenait à la Caisse de prendre en charge les coûts de l'intervention visant à corriger l'asymétrie de sa poitrine, asymétrie qui représentait une atteinte esthétique d'une certaine ampleur secondaire à la maladie initiale, à savoir une tumeur cancéreuse qui relevait, elle, de la notion de maladie au sens de l'art. 3 al. 1 LPGA. Elle a ajouté, en outre, que son surpoids était un élément extrinsèque à la présente problématique D. Par décision du 5 décembre 2008, la Caisse a rejeté l'opposition formée par l'assurée. Elle a insisté sur le fait que l'asymétrie mammaire en question n'était pas à l'origine de douleurs physiques ou psychiques avec caractère de maladie, et que le prélèvement d'environ 500 g de tissu au sein gauche n'était pas déterminant, mais revêtait uniquement une valeur indicative. En particulier, elle a estimé que les dorsalgies de l'intéressée n'avaient pas caractère de maladie – étant relevé que si l'assurée avait certes bénéficié de séances de physiothérapie du 4

décembre 2006 au 7 février 2007, ces dernières étaient intervenues dans le cadre d'un traitement pour des douleurs au coude – et que même à admettre le contraire, il demeurerait que le lien de causalité avec l'asymétrie mammaire n'était pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante. S'agissant de la jurisprudence fédérale développée en cas de reconstruction mammaire après une amputation médicalement indiquée, la Caisse a estimé qu'une semblable constellation n'était pas réalisée dans le cas d'espèce et que cette jurisprudence ne pouvait, dès lors, fonder la prise en charge de l'opération projetée par l'assurée. Elle a retenu, en outre, qu'il n'y avait pas non plus lieu d'allouer à cette dernière des prestations pour « défaut esthétique », dès lors que nonobstant le sentiment de gêne signalé dans la vie quotidienne, notamment au niveau vestimentaire, aucun indice ne plaiderait malgré tout dans le sens de problèmes psychiques avec caractère de maladie. Enfin, I. _____ a réitéré son offre tendant à une prise en charge partielle, à titre exceptionnel, de l'intervention envisagée par l'assurée. E. Agissant par l'entremise de son conseil, L. _____ a recouru le 23 janvier 2009 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision sur opposition précitée, concluant à son annulation et à la prise en charge par I. _____ des coûts de la réduction mammaire projetée, dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins. En substance, elle fait valoir que son asymétrie mammaire constitue à n'en pas douter une atteinte secondaire à la tumeur cancéreuse ayant touché son sein droit, de sorte qu'elle doit pouvoir bénéficier de la jurisprudence fédérale rendue en cas de reconstruction mammaire après une amputation médicalement indiquée, contrairement à l'opinion « insoutenable » de la caisse intimée. Elle relève également que cette asymétrie – qui constitue, à ses yeux, une atteinte physique et esthétique – ne saurait être qualifiée de modérée, compte tenu de l'ampleur de la réduction envisagée (500 g de tissu sur le sein gauche), des dorsalgies dont elle souffre, et de la gêne éprouvée en matière vestimentaire. Pour le surplus, elle reprend l'argumentation développée dans son opposition du 15 septembre 2008, tout en produisant diverses pièces se rapportant essentiellement à des stades antérieurs de la procédure. F. Dans sa réponse du 19 mars 2009 transmise pour information à la recourante, l'intimée, par son conseil, conclut au rejet du recours tout en reprenant l'argumentation développée dans ses précédentes écritures. Elle se réfère, par ailleurs, à un arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 132/02 du 17 février 2003, selon lequel les coûts de reconstruction d'un sein devenu asymétrique à la suite d'une amputation et de la reconstruction de l'autre sein, atteint d'une tumeur, ne sont pas à la charge de l'assurance obligatoire des soins, à moins que cette atteinte ne soit à l'origine de troubles physiques ou psychiques. La Caisse retient qu'en l'occurrence, l'assurée ne peut apporter la preuve de troubles psychiques ou physiques ayant valeur de maladie et étant liés à son asymétrie mammaire, étant souligné qu'elle ne s'est jamais plainte de souffrances psychiques assimilables à une maladie et que, sur le plan physique, les dorsalgies alléguées peuvent être imputées à sa corpulence dès lors qu'elle présente un BMI de 34,2. A teneur des pièces produites par l'intimée, il appert notamment que l'assurée a bénéficié de 9 séances de physiothérapie du 29 septembre au 29 novembre 2006, puis 9 autres séances du 4 décembre 2006 au 7 février 2007, pour une épitrochléite du coude droit. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-maladie (art. 1 al. 1 LAMal). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile – compte tenu des fêtes de fin d'année (art. 38 al. 4 let. c LPGA) – devant le tribunal compétent et

répond aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il recevable. b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c, 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) En l'occurrence, est litigieuse la question de savoir la Caisse doit être tenue de prendre en charge, dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins, les frais de la réduction mammaire envisagée par la recourante au sein gauche, dans le cadre d'une symétrisation après une chirurgie oncologique.

3. Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 135 V 39 consid. 6.1; ATF 126 V 353 consid. 5b p. 360 et les références; voir également ATF 133 III 81 consid. 4.2.2 p. 88 et les références). En droit des assurances sociales, il n'existe par conséquent pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et ATF 126 V 319 consid. 5a). S'il n'est pas possible d'établir un état de fait vraisemblablement conforme à la réalité, il est statué en défaveur de la partie qui entendait déduire un droit d'un état de fait demeuré sans preuve (ATF 115 V 133 consid. 8a).

4. a) Selon l'art. 25 al. 1 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. 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 (cf. art. 3 al. 1 LPGA). La notion de maladie, au sens de cette disposition légale, correspond à celle que la jurisprudence avait développée sous l'empire la LAMA (ancienne loi fédérale du 13 juin 1911 sur l'assurance-maladie, abrogée suite à l'entrée en vigueur de la LAMal en date du 1^{er} janvier 1996) et que le législateur a codifiée (cf. TFA I 127/04 du 2 juin 2004, consid. 2.1). Le Tribunal fédéral des assurances a ainsi considéré qu'on ne saurait parler de maladie, dans un cas concret, s'il n'existe aucun trouble dû à des phénomènes pathologiques (ATF 121 V 289 consid. 2b et ATF 121 V 302 consid. 3, avec les références; ATF 116 IV 125 consid. 2a). Les prestations comprennent notamment les examens, traitements et soins dispensés sous forme ambulatoire au domicile du patient, en milieu hospitalier ou semi hospitalier ou dans un établissement médico-social par des médecins, des chiropraticiens et des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat médical (art. 25 al. 2 let. a LAMal). 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). L'efficacité, l'adéquation et le

caractère économique des prestations sont examinés périodiquement (art. 32 al. 2 LAMal).

b) 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. Il incombe ainsi au Conseil fédéral de dresser une liste "négative" des prestations qui ne répondraient pas à ces critères ou qui n'y répondraient que partiellement ou sous conditions. A l'art. 33 OAMal (ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie; RS 821.102) et comme l'y autorise l'art. 33 al. 5 LAMal, le Conseil fédéral a délégué à son tour au Département fédéral de l'intérieur (DFI) les compétences susmentionnées. Celui-ci a fait usage de cette sous-délégation en promulguant l'OPAS (ordonnance du 29 septembre 1995 sur les prestations de l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie, RS 832.112.31). Cette ordonnance détermine notamment les prestations visées par l'art. 33 let. a et c OAMal – disposition qui reprend textuellement les règles posées aux al. 1 et 3 de l'art. 33 LAMal – dont l'assurance-maladie obligatoire des soins prend en charge les coûts, avec ou sans condition, ou ne les prend pas en charge. La liste "négative" des prestations, soit de celles qui ne sont pas prises en charge par l'assurance-maladie ou ne le sont que sous condition, figure ainsi à l'annexe 1 OPAS (art. 1 OPAS; cf. ATF 129 V 167 consid. 4, 125 V 21 consid. 5b). Comme l'a jugé le Tribunal fédéral des assurances, la réglementation de la LAMal repose donc sur le principe de la liste. Ayant pour but de fixer précisément le catalogue légal des prestations, ce principe de la liste découle d'un système voulu par le législateur, selon l'art. 34 LAMal, comme complet et contraignant dès lors qu'il s'est agi d'une assurance obligatoire financée en principe par des primes égales (art. 76 LAMal). En dehors de ces listes, il n'y a pas d'obligation de prise en charge par la caisse-maladie, à tout le moins en ce qui concerne les prestations énumérées conformément à l'art. 33 al. 1 LAMal (ATF 129 V 167 consid. 3.2 et ATF 125 V 21 consid. 5b).

5. a) En principe, les défauts esthétiques en tant que conséquence d'une maladie ou d'un accident n'ont pas valeur de maladie. Au sujet des traitements chirurgicaux, le Tribunal fédéral des assurances considère cependant qu'une opération sert non seulement à la guérison proprement dite de la maladie ou des suites immédiates d'un accident, mais aussi à l'élimination d'autres atteintes, secondaires, dues à la maladie ou à un accident, notamment en permettant 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 prendre en charge 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 va ainsi des cicatrices qui provoquent d'importantes douleurs ou qui limitent sensiblement la mobilité (sur ces divers points, voir ATF 121 V 119 consid. 1, ATF 111 V 229 consid. 1c et ATF 102 V 69 consid. 3; cf. Gebhard Eugster, *Krankenversicherung*, in: *Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit*, Ulrich Meyer [éd.], 2^{ème} éd., Bâle/Genève/Munich 2007, ch. 262 p. 481 s.). La question de la prise en charge, par l'assurance-maladie obligatoire, de corrections chirurgicales a donné lieu à une abondante jurisprudence. Dans ce contexte, le Tribunal fédéral des assurances s'est surtout attaché à

délimiter les cas qui relèvent de la chirurgie esthétique – où le but principal de l'intervention est de rendre une partie du corps 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 (cf. TFA I 457/03 du 11 novembre 2003 consid. 6, dans lequel, après avoir examiné la problématique des oreilles décollées sous l'angle des mesures médicales de l'assurance-invalidité, le Tribunal fédéral des assurances a confirmé les principes jurisprudentiels précités). b) Selon la ratio legis, une assurée a droit en principe, à la suite d'une amputation mammaire prise en charge par une caisse-maladie au titre des prestations légales obligatoires, aux mesures nécessaires au rétablissement de son état physique, sous réserve de contre-indications médicales (ATF 111 V 229 consid. 3b). 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 de la LAMal, au 1^{er} janvier 1996 (cf. RAMA 2000 n° KV 138 p. 360 consid. 3b). L'opération de réduction du sein 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 211 consid. 4 et 5a; RAMA 1996 n° K 972 p. 3 consid. 4; TFA 171/00 du 29 janvier 2001 consid. 2b). 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 299 consid. 3 et ATF 121 V 211 consid. 5a; TFA K 4/04 du 17 août 2005 consid. 2.1; voir aussi RAMA 2000 n° KV 138 p. 357). Une personne présente une surcharge pondérale (adiposité) lorsque le Body Mass Index (BMI), soit le quotient du poids corporel (kg) et de la taille au carré (m²), est supérieur à 25 (ATF 130 V 299 consid. 3 et la référence citée; TFA K 94/04 du 26 septembre 2005 consid. 2.2). c) Plus particulièrement, les coûts de reconstruction d'un sein demeuré sain et devenu asymétrique à la suite d'une amputation et de la reconstruction de l'autre sein, atteint d'une tumeur, ne sont pas à la charge de l'assurance obligatoire des soins au regard du chiffre 1.1 de l'annexe 1 à l'OPAS. Le fait de mettre éventuellement ces coûts à la charge de l'assurance-maladie ne pourrait se justifier que dans l'hypothèse où le défaut cause des troubles physiques ou psychiques ayant valeur de maladie, ce critère étant également applicable dans les cas de correction d'un sein asymétrique congénital ou d'une hypertrophie mammaire (cf. à ce sujet RAMA 2000 n° KV 138 p. 359 consid. 3a; TFA K 132/02 du 17 février 2003 consid. 4.2 confirmant l'arrêt TFA K 80/00 du 28 décembre 2001 consid. 4c et 5). 6. En l'espèce, la recourante a subi, le 23 septembre 2004, une tumorectomie avec recherche de ganglions sentinelles, en raison d'un carcinome invasif canalaire du sein droit. Cette intervention lui a occasionné une asymétrie de la poitrine, raison pour laquelle elle souhaite pouvoir bénéficier d'une réduction mammaire d'environ 500 g sur son sein gauche. Cela étant, il faut admettre que la situation de l'assurée tombe sous le coup de la jurisprudence fédérale, selon laquelle les coûts de reconstruction d'un sein demeuré sain et devenu asymétrique à la suite d'une amputation et de la reconstruction

de l'autre sein, atteint d'une tumeur, ne sont pas à la charge de l'assurance obligatoire des soins (cf. consid. 5c supra). Sur le principe, l'intéressée ne saurait donc prétendre à la prise en charge par l'intimée de l'opération envisagée dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins. Il est vrai que la règle jurisprudentielle précitée connaît des exceptions, lorsque le défaut esthétique en question engendre des troubles physiques ou psychiques ayant valeur de maladie (cf. ibid.). En l'occurrence, ces exceptions ne paraissent pas réalisées. D'une part, la recourante ne fait état d'aucun trouble psychique. D'autre part, s'il est vrai que le Dr T._____ a invoqué des dorsalgies dans ses courriers des 24 août et 26 novembre 2007, rien ne démontre que celles-ci ont valeur de maladie et, surtout, qu'elles sont dues à l'asymétrie des seins de la recourante. A cet égard, l'intéressée n'allègue pas – et a fortiori ne démontre pas – avoir subi de traitement spécifique du fait de ses dorsalgies. Plus particulièrement, s'il est vrai que des séances de physiothérapie ont eu lieu entre 2006 et 2007, il demeure qu'elles étaient liées à une épitrochléite du coude droit et non à des douleurs au niveau du dos. Aussi, rien ne s'oppose à admettre sans plus ample instruction, au stade de la vraisemblance prépondérante, que les dorsalgies de la recourante sont dues à sa surcharge pondérale, ou à tout le moins qu'elles ne sont pas liées à son asymétrie mammaire. Il convient encore de rappeler à ce stade que, sur la base des informations transmises à l'intimée par le Dr T._____ (cf. let. B supra), il apparaît que l'assurée – dont le BMI de 34,2 est supérieur à l'index maximal de 25 retenu par la jurisprudence (cf. consid. 5b supra) – présente une surcharge pondérale, que la réduction mammaire envisagée est de 500 g environ et que cette intervention vise uniquement sur le sein gauche. Dans ces circonstances, force est de constater que les conditions présidant à l'admission d'une indication médicale à une réduction mammaire (réduction de poids d'environ 500 g ou plus de chaque côté, douleurs dues à l'hypertrophie, absence d'adiposité; cf. consid. 5b supra) ne sont de toute manière pas remplies dans le cas particulier.

7. a) Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée. b) Il n'y a pas lieu de percevoir des frais de justice, la procédure étant gratuite (art. 45 LPA-VD et art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens (art. 55 LPA-VD et art. 61 let. g LPGA). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours déposé le 23 janvier 2009 par L._____ est rejeté. II. La décision sur opposition rendue le 5 décembre 2008 par I._____ Caisse-maladie est confirmée. III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens. La présidente : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Antonella Cereghetti Zwahlen (pour la recourante), ■ I._____ Caisse-maladie, - Office fédéral de la santé publique, par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). La greffière :