

VD_FINDINFO Arrêt / 2016 / 189 vom 24. Februar 2016

VD Tribunal cantonal, 2016-02-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2016__189

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2016 / 189 du 24 février 2016

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2016 / 189 del 24 febbraio 2016

Regeste

OPÉRATION PLASTIQUE, HYPERTROPHIE MAMMAIRE, RAPPORT MÉDICAL, EXPERTISE MÉDICALE | 25 LAMal, 32 LAMal, 44 LPGA, 61 LPGA

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 24.02.2016 Arrêt / 2016 / 189

OPÉRATION PLASTIQUE, HYPERTROPHIE MAMMAIRE, RAPPORT MÉDICAL, EXPERTISE MÉDICALE | 25 LAMal, 32 LAMal, 44 LPGA, 61 LPGA

TRIBUNAL CANTONAL AM 12/14 - 12/2016 ZE14.016596 COUR DES

ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt

du 24 février 2016 _____ Composition : Mme Pasche , présidente
MM. Berthoud et Bidiville, juges assesseurs Greffière : Mme Rochat ***** Cause
pendante entre : Z. _____ , à [...], recourante, représentée par Me Eric Muster, avocat à
Lausanne, et V. _____ Assurance , à [...], intimée. _____ Art. 44 et 61 let. c
LPGA ; 25 et 32 LAMal E n f a i t : A. Z. _____ , née en 1984, est affiliée à
V. _____ Assurance (ci-après : l'assurance, V. _____ Assurance ou l'intimée) pour
l'assurance obligatoire des soins. Elle a consulté le Dr Y. _____ , spécialiste en chirurgie
plastique et reconstructive. Dans son rapport du 8 novembre 2012 au médecin-conseil de
l'assurance, le Dr Y. _____ a indiqué avoir vu la patiente, qui avait un poids stable à
62 kg pour 165 cm, pour hypertrophie mammaire avec ptose. Elle décrivait des douleurs
très intenses au niveau de sa colonne dorsale, nécessitant des séances d'ostéopathie et une
consultation en neurochirurgie. Le Dr V. _____ , spécialiste en neurochirurgie et
chirurgie du rachis, l'avait alors adressée au Dr Y. _____ pour avis. Ce dernier a constaté
que l'examen de la poitrine confirmait une hypertrophie mammaire avec une distance
clavicule-mamelon calculée à 29 cm à droite et à 28 cm à gauche. Elle présentait une
attitude en cyphose très accentuée en rapport avec sa poitrine hypertrophique. Selon le Dr
Y. _____ , il y avait indication pour une réduction mammaire par la technique du
pédicule supérieur, avec hospitalisation de deux à trois jours à [...]. Le Dr Y. _____
sollicitait dès lors l'accord du médecin-conseil de l'assurance pour cette intervention. Le 12
novembre 2012, le Dr A. _____ , médecin-conseil de l'assurance, a estimé qu'il n'y avait
pas d'hypertrophie mammaire et que le rapport du Dr Y. _____ qui lui était soumis était
douteux, préconisant dès lors un refus de prise en charge de l'intervention sollicitée. Le 20
novembre 2012, l'assurance a fait savoir au Dr Y. _____ que selon les renseignements
qui lui avaient été communiqués, les critères de l'OPAS (ordonnance du 29 septembre 1995
sur les prestations de l'assurance des soins ; RS 832.112.31) n'étaient pas remplis, si bien
qu'elle ne pourrait intervenir financièrement dans la prise en charge des frais de
l'intervention. L'époux de l'assurée s'est adressé le 26 novembre 2012 à l'assurance, en se
disant surpris de sa position, dans la mesure où trois avis médicaux allaient dans le sens

d'une opération afin de réduire le mal de dos de son épouse. Il demandait dès lors la mise en œuvre d'une nouvelle expertise. Le Dr A. _____ a maintenu dans son avis du 14 décembre 2012 qu'il s'agissait d'un cas clair d'absence de réalisation de tous les critères [de l'OPAS] pour une prise en charge, estimant que les maux de dos présentés par l'assurée n'avaient rien à voir avec ses seins – normaux -, le dos ayant besoin d'un traitement (sous forme d'entraînement). Le 17 janvier 2013, l'assurance a fait savoir à l'intéressée qu'aucun élément médical nouveau ne lui permettait de conclure que les critères de l'OPAS étaient remplis. Le 25 janvier 2013, le Dr V. _____ a expliqué à l'assurance que sa patiente, qui avait accouché en août 2012, était extrêmement gênée sur le plan rachidien par des douleurs cervicales et une névralgie cervico-brachiale à bascule. Il existait également une petite scoliose dorso-lombaire avec à l'examen clinique une contracture du muscle trapèze gauche et un retentissement fonctionnel incontestable. Le Dr V. _____ précisait encore ce qui suit : « Lorsque je l'ai vue en consultation le 15.10.2012, je lui ai confirmé d'une part qu'il n'y avait pas d'indication chirurgicale sur ces troubles rachidiens, et d'autre part que les douleurs qu'elle présentait ainsi que les troubles statiques étaient en rapport avec une hypertrophie mammaire. Mon indication sur le plan médical était donc une intervention chirurgicale pour une réduction mammaire qui devait permettre de traiter ces troubles rachidiens. En aucun cas, en ce qui me concerne, il ne s'agit d'une indication esthétique, mais uniquement de traiter sa pathologie rachidienne et d'éviter qu'elle ne se dégrade et ne s'aggrave ». Le 5 février 2013, le Dr A. _____ a maintenu qu'il n'y avait rien de nouveau et s'est référé à son appréciation du 14 décembre 2012. Le 20 février 2013, l'assurance a indiqué à l'assurée qu'elle ne pouvait donner une suite favorable à sa demande. Le 8 mars 2013, l'assurée, désormais représentée par l'avocat Eric Muster, a prié l'assurance de réexaminer son dossier. Elle a joint à son envoi un rapport du 4 mars 2013 de son ostéopathe, F. _____. Cette dernière y a expliqué avoir vu sa patiente à six reprises entre octobre 2012 et février 2013. Pour l'ostéopathe, les douleurs étaient avant tout posturales et pourraient être soulagées avec une réduction mammaire, le poids mammaire sollicitant la musculature interscapulaire postérieure, accentuant la cyphose et étant susceptible de favoriser le développement de dysfonctions dorsales et thoraciques. Le 26 mars 2013, le Dr N. _____, également médecin-conseil de l'assurance, a indiqué que la prise de position demeurait la même, à savoir l'absence de prise en charge de l'intervention. Le 4 avril 2013, V. _____ Assurance a confirmé son refus de prise en charge. Le conseil de l'assurée a alors sollicité une décision motivée avec indication des voies de droit. Par décision du 7 mai 2013, l'assurance a refusé la prise en charge de l'intervention requise, en relevant notamment qu'en principe, les défauts esthétiques en tant que conséquence d'une maladie ou d'un accident n'avaient pas valeur de maladie, la LAMal prévoyant en outre que le fournisseur de prestations devait limiter celles-ci à la mesure exigée par l'intérêt de l'assuré et le but du traitement. Le 31 mai 2013, l'assurée, par son conseil, s'est opposée à cette décision, en faisant pour l'essentiel valoir être atteinte par des douleurs cervicales répondant à la définition de maladie, expliquant que selon la jurisprudence, l'hypertrophie mammaire avait valeur de maladie si elle était à l'origine de troubles ayant valeur de maladie. Elle a ajouté que l'opération en cause n'était pas motivée par des raisons esthétiques, mais bien nécessaire pour des raisons médicales, savoir traiter la cause des troubles rachidiens qui l'handicapaient dans sa vie quotidienne. Elle a enfin indiqué remplir les conditions posées par la jurisprudence à la prise en charge d'une mammoplastie de réduction, et avoir tenté de recourir à d'autres mesures thérapeutiques, sans succès. Le 21 août 2013, l'assurée a été convoquée à un examen médical auprès des médecins-conseils de

l'assurance à [...], le Dr N. _____ et la Dresse J. _____. V. _____ Assurance a communiqué le 24 octobre 2013 au conseil de l'assurée le rapport du Dr N. _____ du 18 octobre 2013, en l'invitant pour le surplus à lui communiquer ses déterminations ainsi que tout nouvel élément d'ici à la mi-novembre 2013, en précisant que le dossier ne comportait aucune précision médicale quant à la réduction des tissus mammaires envisagée. Le rapport du Dr N. _____ précité a la teneur suivante : « L'assurée susmentionnée a été examinée par les médecins-conseils Dr méd. J. _____ et Dr méd. N. _____ le 23 septembre 2013. Cette consultation visait à déterminer si l'assurée présentait ou non une hypertrophie mammaire revêtant le caractère de maladie. L'examen a montré sans équivoque l'absence de toute pathologie mammaire, y compris d'une hypertrophie, ce que les éléments du dossier permettaient d'ailleurs déjà de déterminer. L'assurée a déclaré spontanément (!) être satisfaite de sa poitrine comme elle était, spécifiant que son problème résidait dans ses maux de dos. Or, il n'est pas possible d'affirmer que ses douleurs dorsales découlent d'une pathologie mammaire puisqu'elle n'en présente aucune. Au cours de l'entretien, il est en outre apparu que l'assurée n'a jamais personnellement établi de lien entre sa poitrine et ses maux de dos mais que cette relation censément causale a été évoquée par ses médecins traitants, qui l'ont alors utilisée pour justifier la nécessité de l'opération. Il n'existe aucune preuve scientifique attestée de la corrélation entre douleurs dorsales et tailles des seins chez la femme. La répétition d'une simple affirmation n'en fait pas une assertion scientifique. Il est donc clair qu'une opération n'était et n'est toujours en aucun cas nécessaire ». Le 3 février 2014, l'assurée a maintenu son opposition, requérant la mise en œuvre d'une expertise pour le cas où son opposition n'était pas admise. Elle a joint à son envoi un rapport du Dr V. _____ du 31 janvier 2014, à la teneur suivante : « Je vous remets en copie la lettre que j'avais écrite le 25.01.2013, qui confirme mon indication qui n'est absolument pas sur un plan esthétique, mais uniquement pour traiter vos problèmes rachidiens. Il n'y a malheureusement pas grand-chose à ajouter sur le plan neurochirurgical ». Par décision sur opposition du 13 mars 2014, V. _____ Assurance a rejeté l'opposition de l'assurée et confirmé sa décision du 7 mai 2013. Elle a en particulier relevé qu'aucun traitement conservateur n'avait été prescrit à l'assurée, et suivi par elle, avant que ne soit examinée l'éventualité de l'opération chirurgicale. Elle estimait que même à admettre que l'assurée souffre d'hypertrophie mammaire, celle-ci ne saurait être retenue comme la cause des troubles présentés au niveau dorsal par l'intéressée au degré de la vraisemblance prépondérante. B. Par acte du 23 avril 2014, Z. _____, toujours représentée par l'avocat Eric Muster, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à sa réforme dans le sens de la prise en charge au titre de l'assurance obligatoire des soins de l'ensemble des frais relatifs à l'opération de mammoplastie de réduction demandée le 8 novembre 2012, et subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimée pour complément d'instruction. En substance, elle fait valoir qu'elle souffre d'une hypertrophie mammaire engendrant une cyphose dorsale, une névralgie cervico-brachiale à bascule, une scoliose lombaire ainsi que de violentes douleurs cervicales et dorsales, une opération de réduction mammaire étant nécessaire pour traiter les troubles rachidiens qu'elle présente. Elle précise dans ce contexte que l'opération nécessitera une réduction des tissus mammaires d'au moins 500 grammes des deux côtés. A ses yeux, les troubles dorsaux et les douleurs qu'ils génèrent sont en lien de causalité avec son hypertrophie mammaire. Elle allègue avoir tenté de recourir à d'autres mesures thérapeutiques conservatrices, en étant suivie par une ostéopathe, sans succès. Elle estime ensuite que le rapport du Dr N. _____ n'a aucune

force probante, ce médecin étant le médecin-conseil de l'intimée, spécialiste en médecine interne générale et non expert de la symptomatologie qu'elle présente, et ayant retenu à tort qu'elle aurait « spontanément déclaré être satisfaite de sa poitrine ». Elle déplore que le Dr N. _____ ne se fonde sur aucune constatation d'ordre médical, la motivation de son appréciation étant particulièrement sommaire, voire lacunaire. Pour la recourante, en ne mettant pas en œuvre une expertise médicale par un médecin indépendant, l'intimée a violé le principe inquisitoire régissant la procédure. A titre de mesures d'instruction, elle requiert que les Drs Y. _____ et V. _____ soient questionnés, et qu'une expertise soit mise en œuvre. Dans sa réponse du 27 juin 2014, l'intimée conclut au rejet du recours. Elle estime en premier lieu que le diagnostic d'hypertrophie mammaire ne peut être retenu. Si tel devait par extraordinaire être le cas, l'intimée observe que si le BMI de l'assurée est de 22,77 kg/m², on ignore le poids de la réduction des tissus mammaires envisagée. Elle ajoute que l'hypertrophie mammaire ne peut quoi qu'il en soit pas être la cause des troubles de la recourante, les médecins de la recourante ne s'étant en particulier pas prononcés sur d'autres formes de traitements (prescription de médicaments, physiothérapie, etc.). La recourante a maintenu sa position en réplique. Elle a produit un rapport du 28 mai 2014 de son ostéopathe, F. _____. Il en ressort que le traitement a consisté en 11 séances d'ostéopathie depuis octobre 2012. La patiente avait été rendue attentive à sa position cyphosée et à l'ouverture à obtenir au niveau des épaules. Elle s'était alors inscrite au fitness et avait travaillé avec zèle les épaules et les muscles du dos. Pour l'ostéopathe, les douleurs étaient avant tout posturales et pourraient être soulagées avec une réduction mammaire. C. Le juge instructeur a invité le 3 septembre 2014 les parties à lui communiquer les questions qu'elles entendaient poser aux Drs V. _____ et Y. _____. Dans son rapport à la Cour de céans du 30 janvier 2015, le Dr V. _____ a indiqué ce qui suit : « J'ai vu cette patiente en consultation à deux reprises le 15.10.2012 puis le 25.01.2013. A l'heure actuelle, je confirme tout à fait le diagnostic que j'avais retenu à l'époque, à savoir celui d'une hypertrophie mammaire bilatérale. Le diagnostic est basé sur un examen clinique, et cette hypertrophie mammaire retentit sur sa colonne vertébrale en réalisant une cyphose dorsale, avec également une très discrète scoliose dorso-lombaire. Cela entraîne une contracture du muscle trapèze gauche, des douleurs cervicales, et une névralgie cervico-brachiale à bascule. Tous ces troubles physiques sont très handicapants dans la vie quotidienne, et dans toutes les activités de sa vie personnelle. Compte tenu de tous ces éléments, j'avais expliqué à Mme Z. _____ qu'il n'y avait pas d'indication chirurgicale sur le plan rachidien, mais qu'il fallait absolument envisager une intervention chirurgicale de réduction mammaire pour la soulager, et lui permettre ensuite de continuer la physiothérapie qui ne serait guère efficace à l'heure actuelle s'il n'y a pas d'intervention de réduction mammaire au préalable. En ce qui concerne le poids envisagé par la réduction des tissus mammaires, je laisse cette évaluation à la responsabilité du chirurgien esthétique et plasticien. Par ailleurs, il n'y a pas d'autre cause indépendante de l'hypertrophie mammaire à l'origine des douleurs, cette patiente ayant bénéficié d'un bilan radiologique complet, il n'y a aucun signe de hernie discale ni de sténose canalaire ou d'autre problème. La grossesse de 2012, a pu péjorer de manière partielle et limitée dans le temps les troubles que présente l'assurée ». Le 11 février 2015, le Dr Y. _____ a apporté les réponses suivantes aux questions qui lui étaient posées : « 1. Quel est le diagnostic principal ? quel est le diagnostic secondaire ? Hypertrophie mammaire et ptose mammaire. 2. L'assurée présente-t-elle une hypertrophie mammaire ? si oui pourquoi ? Quel en est le degré ? Oui. 3. Est-ce que d'autres causes indépendantes de la prétendue hypertrophie mammaire, tels (liste

exemplative) qu'une mauvaise posture, la pratique de certains sports ou travaux provoquent les troubles dont souffre l'assurée ? Non. 4. Est-ce que d'autres causes médicales, telles qu'une hernie, pourraient provoquer les troubles présentés par l'assurée ? Hernie exclue par le Dr V. _____, neurochirurgien. 5. Quel rôle la structure dorsale, en particulier la scoliose dorso-lombaire et la cyphose présentée par l'assurée, joue-t-elle dans les troubles ? Néant selon le neurochirurgien. 6. En dehors de l'examen clinique pratiqué par les deux médecins, quelles autres investigations ont permis d'affirmer que les douleurs étaient liées à l'hypertrophie mammaire ? Voir neurochirurgien. 7. Depuis quand l'assurée présente-t-elle des douleurs au dos ? L'assurée présentait-elle avant la grossesse de 2012 de tels troubles ? 10 ans, l'assurée présentait ces symptômes avant la grossesse. 8. Quelle influence la grossesse de 2012 a eu sur les troubles développés par l'assurée ? Indépendant. 9. Comment est qualifiée la douleur par l'assurée ? Intense en rapport avec le port d'objets lourds. 10. Comment la douleur de l'assurée a-t-elle été mesurée ? Continue, modérée, mesure subjective. 11. Un autre moyen pour mesurer la douleur, aurait-il conduit à un résultat différent ? Echelle de la douleur de 0 à 10. 12. Comment la douleur affecte-t-elle les activités de la vie quotidienne ? Douleur au moindre mouvement (porter sa fille, porter les courses). 13. Comment la douleur a-t-elle été traitée ? Quel traitement a fonctionné ? Pas de traitement hormis antalgie. 14. Quels autres traitements ou combinaison de traitement sont envisageables ? Aucun. 15. Est-ce qu'un traitement de physiothérapie du dos a été envisagé ? si non pourquoi a-t-il été écarté ? Si oui, quel en a été le résultat ? Non. Le neurochirurgien ne préconise pas ce traitement inutile. 16. Est-ce que la réduction mammaire envisagée éliminerait totalement les troubles ou pourrait simplement les soulager. Probablement. 17. Quelle réduction du poids de chaque côté est-elle envisagée pour l'assurée ? Ne peut être estimée en pré-opératoire ». L'intimée s'est déterminée le 13 mars 2015 sur les réponses des Drs V. _____ et Y. _____. Elle a produit avec son écriture une appréciation médicale du 2 mars 2015 du Dr N. _____, à la teneur suivante : « M. le Dr. Y. _____ ne peut pas estimer en pré-opératoire la masse de tissus mammaires qui serait enlevée parce qu'il admettrait par ça qu'il [n']y [a] aucune nécessité pour une telle opération. En enlevant 500gr à chaque poitrine dans ce cas, il voudrait faire tout simplement une mastectomie bilatérale, ou avec d'autres mots, il n'y a pas de poitrine suffisante pour pouvoir enlever 500 gr à chaque poitrine sans commettre, en pleine conscience, une mutilation grave ». Le 16 mars 2015, la recourante a répété qu'une intervention était nécessaire, estimant par ailleurs que la question du poids de la réduction des tissus mammaires envisagée n'était pas pertinente, dans la mesure où l'hypertrophie mammaire attestée était à l'origine de troubles ayant valeur de maladie. Elle a maintenu sa position dans ses déterminations du 29 juin 2015. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-maladie (art. 1 LAMal [loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.10]). 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. 56 et 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). Les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 7^{ème} jour avant Pâques au 7^{ème} jour après Pâques inclusivement (art. 38 al. 4 let. a LPGA). En l'espèce, le recours a été interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée compte tenu des fêtes pascales ; il satisfait en outre aux autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable. b) La Cour des assurances sociales du Tribunal

cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]). Le dossier ne contient pas de données chiffrées, par exemple sous forme de devis, permettant de fixer le coût du traitement médical litigieux. Il n'est donc pas exclu que la valeur litigieuse dépasse 30'000 fr., de sorte que le présent litige doit être tranché par le tribunal dans une composition ordinaire de trois juges (art. 94 al. 1 let. a et al. 4 LPA-VD).

2. Le litige porte sur la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins des coûts afférents à l'opération de réduction des seins de la recourante.

3. Conformément à 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. Ces prestations doivent être efficaces, appropriées et économiques (art. 32 al. 1 LAMal). La prise en charge par l'assurance obligatoire des soins d'une réduction mammaire dépend - en plus des critères de l'efficacité, du caractère approprié et de l'économicité (art. 32 al. 1 LAMal) - de conditions dégagées par la jurisprudence sous l'empire de la LAMA qui ont continué à s'appliquer avec l'entrée en vigueur, au 1^{er} janvier 1997, de la LAMal (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 213 consid. 4 et 5a ; RAMA 1996 n° K 972 p. 3 consid. 4 ; TFA K 171/00 du 29 janvier 2001). Une indication médicale à une intervention est admise à partir du moment où une réduction de poids d'environ 500 grammes ou plus de chaque côté est envisagée ou exécutée et pour autant que l'assurée souffre de douleurs dues à l'hypertrophie et ne présente pas d'adiposité, le critère déterminant étant l'existence d'un lien de causalité entre l'hypertrophie et les troubles physiques ou psychiques (ATF 130 V 301 consid. 3 ; 121 V 211 ; TFA K 4/04 du 17 août 2005 ; RAMA 2000 n° KV 138 p. 357). Une personne présente une surcharge pondérale (adiposité) lorsque le Body Mass Index (BMI), soit le quotient du poids corporel (kg) et de la taille au carré (m²) est supérieur à 25 (ATF 130 V 301 consid. 3).

4. a) L'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit (art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). En cas de doute sur le sérieux de l'existence d'un fait, il convient de compléter l'instruction de la cause, pour autant que l'on puisse attendre un résultat probant des mesures d'instruction entrant raisonnablement en considération (ATF 130 II 425 consid. 2.1 et réf. cit. ; TF 9C_88/2013 du 4 septembre 2013 consid. 4.1.2). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4 et réf. cit. ; TF 8C_585/2013 du 15 septembre 2014 consid. 4). Pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il faut que les points litigieux importants aient

fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). b) Conformément au principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le juge est tenu de procéder à une appréciation complète, rigoureuse et objective des rapports médicaux en relation avec leur contenu (ATF 132 V 393 consid. 2.1). Il doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre (ATF 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_398/2014 du 27 août 2014). Le juge qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés peut alternativement choisir de renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, ou procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (ATF 137 V 210 et réf. cit.). Tel n'est cependant pas le cas lorsqu'un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait) ou s'il apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur est en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait en cas de recours (TFA C 206/00 du 17 novembre 2000 consid. 2 in DTA 2001 n° 22 p. 170). Un renvoi est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou afin d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5 ; ATF 138 V 318). 5. En l'espèce, au moment de la demande de prise en charge de la réduction mammaire, en novembre 2012, le poids de l'intimée était de 62 kg et elle mesurait 165 cm (rapport du Dr Y. _____ du 8 novembre 2012) ; son BMI était donc de 22,77 kg/m². Cela étant, alors que la recourante a allégué en recours que ce sont au moins 500 grammes de tissus mammaires qui seraient enlevés à gauche et à droite lors de l'intervention de réduction, le Dr Y. _____ n'a pas été en mesure de confirmer ce chiffre. Formellement interpellé sur cette question par le magistrat instructeur, il a indiqué le 11 février 2015 que cette question ne pouvait être estimée en pré-opératoire. Or il s'agit là d'un élément essentiel au regard de la jurisprudence précitée (consid. 3 supra). Le Dr N. _____ a pour sa part relevé qu'enlever 500 grammes au niveau de chaque sein conduirait à une mutilation grave, la poitrine de la requérante étant selon lui insuffisante. Les conditions de la prise en charge du traitement opératoire sont donc remplies sous l'angle du « défaut d'adiposité », mais les éléments au dossier ne permettent pas de déterminer si elles le sont sous l'angle de « la masse minimale de tissus à enlever ». Quoi qu'il en soit, on ne peut dénier le caractère de prestation obligatoire à une opération de réduction de l'hypertrophie mammaire, pour le seul motif que la réduction de poids est inférieure à 500 grammes de chaque côté. En effet, le critère déterminant est toujours l'existence d'un lien de causalité entre l'hypertrophie mammaire et les troubles physiques ou

psychiques. Dans cette mesure, le critère " environ 500 grammes ou plus de chaque côté " n'a qu'un caractère indicatif. Toutefois, si cette limite n'est de loin pas atteinte, ce n'est qu'en présence de circonstances tout à fait particulières que l'on peut admettre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, que les troubles physiques ou psychiques revêtent le caractère de maladie et qu'ils sont dus à l'hypertrophie mammaire (ATF 121 V 211). En l'occurrence, le point de savoir si la limite de 500 grammes n'est de loin pas atteinte demeure litigieux : tel paraît être le cas de l'avis du médecin-conseil de l'intimée, le Dr N._____, dans la mesure où il estime qu'enlever 500 grammes sur chaque sein reviendrait à entreprendre une mastectomie bilatérale (rapport du 2 mars 2015). Cette appréciation n'est toutefois pas partagée par les Drs V._____ et Y._____, qui persistent à estimer que l'opération litigieuse doit être effectuée, toutefois sans pouvoir donner d'estimation de la masse de tissus à enlever. Il convient dès lors de déterminer s'il existe en l'espèce un lien de causalité entre l'hypertrophie mammaire alléguée et les troubles physiques dont se plaint la recourante. Dans ce contexte, il y a lieu de rappeler qu'une prestation est efficace au sens de l'art. 32 al. 1 LAMal, lorsqu'on peut objectivement en attendre le résultat thérapeutique visé par le traitement de la maladie, à savoir la suppression la plus complète possible de l'atteinte à la santé somatique ou psychique (ATF 128 V 165 consid. 5c/aa ; RAMA 2000 n° KV 132 p. 281 consid. 2b). La question de son caractère approprié s'apprécie en fonction du bénéfice diagnostique ou thérapeutique de l'application dans le cas particulier, en tenant compte des risques qui y sont liés au regard du but thérapeutique (ATF 127 V 146 consid. 5). Le caractère approprié relève en principe de critères médicaux et se confond avec la question de l'indication médicale : lorsque l'indication médicale est clairement établie, le caractère approprié de la prestation l'est également (ATF 125 V 99 consid. 4a ; RAMA 2000 n° KV 132 p. 282 consid. 2c). Ces critères doivent également s'appliquer lorsqu'il s'agit de déterminer sous l'angle de l'efficacité, laquelle de deux mesures médicales entrant alternativement en ligne de compte, doit être choisie au regard de la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins (ATF 130 V 304 consid. 6.1). Le Tribunal fédéral des assurances a jugé qu'en ce qui concerne en particulier le remboursement des frais d'une réduction mammaire par l'assurance obligatoire des soins, se pose la question de savoir si des mesures conservatives, singulièrement une physiothérapie en cas de douleurs au dos, constituent ou auraient pu constituer une possibilité de traitement alternatif et efficace. Si tel est le cas, il convient encore d'examiner laquelle des deux prestations est la mieux appropriée (ATF 130 V 304 consid. 6.1). Il n'est pas contesté que l'opération en cause n'a pas de vocation esthétique, ce dont l'intimée ne disconvient pas. Dans les réponses qu'il a données le 11 février 2015 aux questions qui lui ont été adressées par le magistrat instructeur, le Dr Y._____ a indiqué que sa patiente présentait des douleurs de dos depuis 10 ans, et qu'elle présentait ces symptômes avant sa grossesse. Elle n'a cependant vu son ostéopathe, F._____, qu'à compter du mois d'octobre 2012, soit deux mois après la naissance de sa fille, en août 2012 (rapport d'ostéopathie du 4 mars 2013). Il ne résulte au demeurant pas du dossier qu'elle aurait suivi de la physiothérapie. On doit toutefois relever à cet égard que de l'avis du Dr V._____, de la physiothérapie ne serait guère efficace sans réduction mammaire préalable (rapport du 30 janvier 2015), opinion partagée par le Dr Y._____ (réponse à la question 15, du 11 février 2015). Aucun de ces médecins n'a cependant motivé son point de vue. Cela étant, le Dr Y._____ a attribué les douleurs cervicales de sa patiente, ainsi que la névralgie cervico-brachiale à bascule et les troubles statiques, à une hypertrophie mammaire (rapport du 25 janvier 2013). Le Dr V._____ a pour sa part exposé avoir posé son diagnostic

d'hypertrophie mammaire bilatérale sur la base de son examen clinique de la patiente, en expliquant que l'hypertrophie retentissait sur la colonne vertébrale de l'intéressée en réalisant une cyphose dorsale, les troubles étant très handicapants dans la vie quotidienne de cette dernière et dans toutes les activités de sa vie personnelle (rapport du 30 janvier 2015). Quant au Dr N. _____, il a estimé dans son rapport du 18 octobre 2013 que la recourante ne présentait aucune pathologie mammaire. Le Dr A. _____ a lui aussi fait ce constat (rapports des 12 novembre et 14 décembre 2012). L'appréciation de ces médecins ne comporte toutefois aucune anamnèse, ni aucun élément descriptif du status de l'assurée. Il importe au demeurant peu que l'assurée elle-même n'ait jamais établi de lien entre sa poitrine et ses maux de dos, ni même qu'elle ait déclaré (ce qui est au demeurant contesté par la recourante) être satisfaite de sa poitrine (rapport du 18 octobre 2013 du Dr N. _____). Quoi qu'il en soit, force est de constater que les avis des médecins-conseils de l'intimée sont en contradiction avec ceux des deux médecins traitants de l'assurée, les Drs V. _____ et Y. _____. Ces derniers n'ont cependant pas apporté de réponses suffisamment claires et étayées pour permettre de déterminer s'il existe en l'espèce un lien de causalité entre l'hypertrophie mammaire alléguée et les troubles physiques dont se plaint la recourante, le diagnostic même d'hypertrophie mammaire étant contesté par les médecins-conseils de l'assurance. Finalement, il résulte de ce qui précède que l'intimée n'a que sommairement procédé à l'établissement des faits, si bien que la cause lui sera renvoyée pour instruction complémentaire. Si elle a certes soumis l'assurée à ses médecins-conseils, le rapport établi à la suite de l'examen du 18 octobre 2013 ne comprend pas les réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître valeur probante : ce rapport ne comprend en effet pas de description du status, pas plus que d'anamnèse ou de description du contexte médical. Ses conclusions ne sont au demeurant pas motivées, la seule affirmation qu'une preuve scientifique n'atteste pas de la corrélation entre douleurs dorsales et tailles des seins chez la femme (par ailleurs sans indication de littérature médicale sur laquelle elle reposerait) n'étant pas suffisante. Dans ces circonstances, l'intimée mettra en œuvre une expertise au sens de l'art. 44 LPGA, qu'elle confiera à un spécialiste du rachis, qui s'adjoindra l'aide d'un spécialiste en chirurgie plastique et reconstructive. Les experts détermineront notamment si la recourante présente une hypertrophie mammaire, et, dans l'affirmative, si elle présente des troubles dus à l'hypertrophie mammaire. Dans ce cadre, la nature et l'importance des troubles devra être établie. Il s'agira également d'établir de façon aussi précise que possible, si une hypertrophie mammaire était retenue, le poids en grammes qu'il conviendrait d'enlever lors de la réduction mammaire. Le questionnaire adressé aux Drs V. _____ et Y. _____ par la Cour de céans pourra le cas échéant servir de base pour définir les questions à poser aux experts. 6. a) Par conséquent, il y a lieu de renvoyer la cause à l'intimée pour qu'elle procède à une instruction complémentaire sur ces différents éléments puis rende une nouvelle décision. b) Il n'y pas lieu de percevoir des frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA). Obtenant gain de cause avec l'aide d'un mandataire professionnel, la recourante a droit à une indemnité de dépens qu'il convient d'arrêter, vu l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD ; art. 10 et 11 TFJDA [Tarif des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]), à 2'000 fr., à la charge de l'intimée. Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est admis. II. La décision rendue le 13 mars 2014 par V. _____ Assurance est annulée, la cause étant renvoyée à cette assurance pour complément d'instruction puis nouvelle décision dans le sens des considérants. III. Il n'est

pas perçu de frais judiciaires. IV. V. _____ Assurance versera à Z. _____ la somme de 2'000 fr. (deux mille francs), débours et TVA compris, à titre de dépens. La présidente : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Eric Muster, avocat (pour Z. _____), ■ V. _____ Assurance, - 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 :

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