

VS_GERICHTE S2 23 6 vom 6. Januar 2025

VS Kantonsgericht, 2025-01-06, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S2 23 6](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S2_23_6)

FR: VS_GERICHTE S2 23 6 du 6 janvier 2025

IT: VS_GERICHTE S2 23 6 del 6 gennaio 2025

Regeste

S2 23 6 ARRÊT DU 6 JANVIER 2025 Tribunal cantonal du Valais Cour des assurances sociales Composition : Candido Prada, président ; Jean-Bernard Fournier et Christophe Joris, juges ; Delphine Rey, greffière en la cause X _____, recourante, représentée par Orion Protection Juridique SA, Lausanne contre VIVACARE AG, intimée (art. 3 al. 1 LPGA, 25 et 32 al. 1 LAMal ; prise en charge par l'assurance obligatoire des soins d'une opération de réduction mammaire)

Erwägungen

E. 1

Selon l'article 1 alinéa 1 de la LAMal, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-maladie, à moins que la LAMal n'y déroge expressément. Posté le 31 janvier 2023, le présent recours à l'encontre de la décision sur opposition du 16 décembre précédent a été interjeté dans le délai légal de trente jours, compte tenu des fêtes judiciaires (art. 38 al. 4 let. c et 60 LPGA) et devant le tribunal compétent (art. 56, 57 et 58 LPGA ; art. 81a al. 1 LPJA). Il répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte que la Cour doit entrer en matière.

E. 2

Le litige porte sur le point de savoir si c'est à juste titre que Vivacare SA a refusé la prise en charge, par l'assurance-maladie de base selon la LAMal, de l'intervention chirurgicale de réduction mammaire bilatérale préconisée par les médecins de l'assurée.

E. 2.1

Conformément à l'article 25 alinéa 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 1ère phrase 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 - de conditions spécifiques dégagées par la jurisprudence. 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 soi déterminante, mais bien le point de savoir si les troubles sont importants et si d'autres raisons de procéder à une telle intervention, en particulier d'ordre esthétique, peuvent être écartées. 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. 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 (arrêts du Tribunal fédéral des assurances K 147/05 du 7 août 2006 consid. 2.2 et 2.3 et K 94/04 du 26 septembre 2005 consid. 2.2 et 3.2 et les références citées). S'il est vrai que plus le

- 11 - BMI d'une assurée est élevé, plus le lien de causalité entre les plaintes alléguées et l'hypertrophie mammaire apparaît douteux, cela ne signifie pas encore qu'il convient de refuser toute prestation aux assurées qui présenteraient une surcharge pondérale. Le BMI, tout comme la quantité de tissus mammaires retirée, n'ont, au sens de la jurisprudence, qu'une valeur indicative. Seule en définitive une appréciation globale de l'ensemble des circonstances du cas particulier permet de déterminer si une assurée présente des troubles pathologiques suffisamment importants pour justifier une prise en charge d'une mammoplastie de réduction par l'assurance obligatoire des soins (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 147/05 du 7 août 2006 consid. 6.1 et les références). Une prestation est efficace au sens de l'article 32 alinéa 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). 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). En ce qui concerne plus particulièrement le remboursement des frais d'une mammoplastie de réduction par l'assurance obligatoire des soins, la question se pose de savoir si des mesures conservatrices, 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 (arrêts du Tribunal fédéral des assurances K 147/05 du 7 août 2006 consid. 2.2 et 2.3 ; K 94/04 du 26 septembre 2005 consid. 2.2 et 3.2 et les références citées et K 15/04 du 26 août 2004 consid. 2.1). Enfin, il est très fréquent d'invoquer un trouble psychique comme indication d'une intervention chirurgicale, en alléguant que le patient souffre d'un déficit esthétique. Mais cette situation n'est nullement exceptionnelle car, en règle générale, c'est le poids de la souffrance ressentie subjectivement qui constitue la motivation essentielle et pousse la personne concernée à accepter les difficultés et les dangers d'une intervention cosmétique. Le fait que l'assuré évoque l'énorme poids de la souffrance déclenchée par le défaut esthétique ne suffit donc pas (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 15/04

- 12 - du 26 août 2004). Une telle intervention ne peut être prise en charge que si le déficit cosmétique provoque un trouble physique ou psychosomatique ayant valeur de maladie avérée (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 1/05 du 16 août 2005). La condition requise est de prouver un trouble psychique ayant valeur de maladie qui soit provoqué au degré de vraisemblance prépondérante par le défaut esthétique et qui ait une bonne chance d'être sensiblement amélioré grâce une intervention de correction (arrêt du Tribunal fédéral

des assurances K 85/99 du 25 septembre 2000 consid. 4 et 5 ; voir également le jugement du 22 mai 2018 de la Chambres des assurances sociales de la Cour de justice du Tribunal cantonal de Genève rendu dans la cause A/2411/2016, consid. 9c et 10).

E. 2.2

Dans le domaine des assurances, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, à défaut d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Cela 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. En droit des assurances sociales, il n'existe pas de principe selon lequel le juge ou l'administration devrait, en cas de doute, statuer en faveur de l'assuré ; le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (ATF 135 V 39, consid. 6.1 et les références ; 133 III 81 consid. 4.2.2 ; 126 V 353 consid. 5b). La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGA) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGA). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références). En matière d'assurance-maladie, le médecin-conseil donne son avis à l'assureur sur des questions médicales ainsi que sur des questions relatives à la rémunération et à l'application des tarifs. Il examine en particulier si les conditions de prise en charge d'une

- 13 - prestation sont remplies (art. 57 al. 4 LAMal). Le médecin-conseil évalue les cas en toute indépendance. Ni l'assureur ni le fournisseur de prestations ni leurs fédérations ne peuvent lui donner de directives (art. 57 al. 5 LAMal). En effet, afin de permettre un contrôle du caractère économique du traitement et de la qualité des prestations, qui sont deux des objectifs fondamentaux de la LAMal (voir l'intitulé de la section 6 de son chapitre 4), celle-ci attribue un rôle important - et renforcé par rapport à l'ancien droit - aux médecins-conseils des assureurs pour le contrôle des prestations et des frais. A ce titre, le médecin-conseil est un organe d'application de l'assurance-maladie sociale. Son rôle vise notamment à éviter aux assureurs la prise en charge de mesures inutiles. Le médecin-conseil est aussi à même d'offrir à l'assuré une certaine protection contre un éventuel refus injustifié de l'assureur de verser des prestations (ATF 127 V 43 consid. 2d et les références). Pour leur part, les médecins traitants se concentrent principalement sur la question du traitement médical ; leurs rapports n'aboutissent, en principe, pas à une appréciation objective de l'état de santé permettant de trancher la question des prestations d'assurance de façon concluante et ne remplissent donc que très rarement les conditions matérielles posées à une expertise par l'ATF 125 V 351 consid. 3a. Pour ces motifs et compte tenu du fait d'expérience que les médecins de famille, en raison de la relation de confiance qu'ils entretiennent avec leurs patients, se prononcent en cas de doute plutôt en faveur de ceux-ci, la prise en charge d'une

prestation fondée directement et uniquement sur les indications des médecins traitants n'interviendra que très rarement dans un litige (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.5). Cependant, en vertu du principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, il ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves, ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'un moyen de preuve n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a). La valeur probante d'un rapport médical dépend ainsi des points de savoir si cet acte est complet compte tenu des droits contestés, s'il est fondé sur des examens approfondis en tous points, s'il tient compte des affections dont se plaint l'intéressé, s'il a été établi en connaissance de l'anamnèse, si l'exposé du contexte médical est cohérent, voire si l'appréciation de la situation médicale est claire et si les

- 14 - conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 122 V 157 consid. 1c ; RAMA 2000 no KV 124 p. 214 consid. 3a).

E. 2.3

En l'espèce, il convient d'examiner si un lien de causalité entre les douleurs physiques et psychiques alléguées par la recourante et l'hypertrophie mammaire est établi au degré de la vraisemblance prépondérante. A ce sujet, s'opposent en particulier les avis médicaux des médecins traitants de la recourante d'une part, à ceux des médecins-conseils de l'assurance-maladie d'autre part. Tant le Dr I _____ que les Dresses K _____ et L _____, médecins-conseils de l'intimée, retiennent, d'une part, que les seules atteintes objectivées sur le plan somatique sont des tensions musculaires sensibles à la pression au niveau du thorax et, d'autre part, que ces troubles ne sont pas, au degré de la vraisemblance prépondérante, en lien de causalité naturelle avec l'hypertrophie mammaire de la recourante. Ces médecins ont en outre considéré que la corrélation temporelle entre l'apparition des dorso-lombalgies et la croissance excessive des glandes mammaires ne permettait pas de retenir de manière plausible que l'hyperplasie mammaire était la cause des maux de dos. Tant le rapport du Dr I _____ que celui des Dresses K _____ et L _____ ont une pleine valeur probante. En effet, ils tiennent compte de l'ensemble des avis médicaux précédents ainsi que des plaintes émises par la recourante. Les conclusions sont cohérentes et motivées. Les avis des médecins traitants de la recourante ne permettent pas de mettre en doute les conclusions des médecins-conseils de l'intimée. Comme on l'a vu précédemment, une corrélation temporelle entre les maux de dos et la gynécomastie n'est pas suffisante pour conclure à l'existence d'un lien de causalité naturelle (raisonnement « post hoc, ergo propter hoc » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/ bb, arrêt du Tribunal fédéral 8C_315/2023 du 9 janvier 2024 consid. 3.2). En outre, comme l'a relevé le Dr I _____, les spécialistes consultés par la recourante ne se sont pas exprimés sur la question de savoir si les dorso-lombalgies pouvaient avoir une origine indépendante de l'hypertrophie mammaire, telle que les problèmes endocrinologiques ou l'obésité importante (BMI de 39.5) de l'assurée. Contrairement à ce que prétend la recourante, l'absence d'explications à ses dorso-lombalgies d'un point de vue rhumatologique ne permet pas de retenir un lien de causalité naturelle entre ces maux et l'hypertrophie mammaire. On relèvera également que hormis un examen rhumatologique, qui s'est révélé

être dans la norme, il n'y a pas eu d'examen spécifique

- 15 - telles qu'une imagerie par exemple. Dans de telles circonstances, on ne peut exclure que les douleurs somatiques trouvent leur origine dans d'autres atteintes. De plus, on rappellera que les médecins traitants entretiennent une relation de confiance avec leur patiente. Sous l'angle de la valeur probante, leur avis est donc sujet à caution (cf. supra consid. 2.2). Même si le lien de causalité naturelle entre les maux de dos et l'hyperplasie mammaire devait être admis, il reste à savoir si des mesures conservatrices, singulièrement une physiothérapie en cas de douleurs au dos, constituent ou auraient pu constituer, en comparaison avec une opération de réduction mammaire, une possibilité de traitement alternatif, efficace et approprié. La recourante a fait valoir que les séances de physiothérapie n'avaient pas eu d'effet bénéfique et que l'intimée avait violé son devoir d'instruction dans la mesure où elle n'avait pas recueilli les informations nécessaires auprès de ses médecins. Il ressort du dossier que la recourante a bénéficié de 24 séances de physiothérapie entre le 23 octobre 2017 et le 18 août 2020 en raison de douleurs au dos et à la nuque auprès de la physiothérapeute J _____. La Dresse F _____ lui a ensuite délivré une ordonnance pour 9 séances de physiothérapie en raison de lombalgies et d'un syndrome costo-vertébral le 4 août 2020. Le traitement devait se composer notamment en des séances de massage et de détente musculaire associées à des exercices de renforcement. Dans un courrier du 5 août 2022, la recourante a informé l'intimée avoir repris le traitement de physiothérapie depuis peu, sans que cela ait pour l'instant eu un quelconque effet sur ses douleurs dorsales. On constate que la recourante a suivi des séances de physiothérapie pour ses douleurs chroniques au niveau de la nuque et du dos. On ne dispose cependant d'aucune pièce au dossier concernant l'intensité de ce traitement, son suivi médical ou encore son bénéfice pour la recourante. On constate également qu'il n'y a pas d'appréciation médicale au dossier s'agissant d'autres mesures conservatrices qui auraient pu être envisagées en tant qu'alternatives efficaces à l'intervention chirurgicale. Dans le cadre de la procédure administrative, l'intimée a rendu la recourante attentive à plusieurs reprises au fait qu'elle ne disposait pas de toutes les données nécessaires pour pouvoir examiner si des traitements conservateurs alternatifs avaient été mis en place ou envisagés par ses médecins traitants. La recourante a uniquement produit un courriel de la physiothérapeute J _____, dans lequel celle-ci a indiqué que la recourante avait suivi 24 séances de physiothérapie entre octobre 2017 et août 2020 et qu'elle ne disposait plus des informations antérieures 2017. Elle a ensuite indiqué en août 2022 avoir repris depuis peu un traitement de physiothérapie. Le défaut de preuve va au détriment de la recourante (cf. supra consid. 2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral des

- 16 - assurances K 15/04 du 26 août 2004 consid. 3.2.1 et les références citées). Par ailleurs, en présence d'un BMI de 39.5 (cf. courrier du 22 mars 2021 du Dr C _____, pièce 199 du dossier de l'intimée), dépassant largement le seuil d'un BMI de 25, le lien de causalité entre les douleurs alléguées et l'hypertrophie mammaire apparaît plus que douteux (cf. supra consid. 2.1). S'agissant des problèmes dermatologiques, la recourante a allégué que seule une intervention chirurgicale pouvait les régler. Ce point de vue ne peut être suivi. D'une part, on constate qu'il n'y a aucun élément médical au dossier qui indiquerait que ces problèmes ne peuvent pas être traités de manière conservatrice, ni qu'un tel traitement aurait été un échec. La Dresse F _____, qui n'est pas dermatologue, s'est contentée d'indiquer dans son courrier du 20 septembre 2022 que l'affection cutanée récidivait malgré des mesures d'hygiène strictes et un traitement local. Elle n'a donné aucune indication sur

le traitement administré. D'autre part, on constate l'absence de rapport médical établi par un spécialiste dans ce domaine. Finalement, les Desses K _____ et L _____, médecins-conseils, ont considéré, dans leur appréciation du 18 octobre 2022, que les troubles psychologiques, à savoir la phobie sociale et la faible estime de soi, ne pouvaient pas être traités par une réduction mammaire, les critères de l'efficacité et de l'adéquation n'étant pas remplis pour cette intervention. Pour sa part, le Dr D _____, psychiatre traitant de la recourante, a estimé qu'une opération de réduction mammaire ne pouvait améliorer que partiellement les troubles psychologiques de sa patiente. En effet, les médecins du G _____ ont notamment rappelé que la recourante avait été victime de harcèlement à cause de son morphotype (surpoids) et des caractéristiques liées au syndrome des ovaires polykystiques (hirsutisme, obésité), que les troubles psychologiques étaient apparus avant l'hyperplasie mammaire et que cette dernière ne constituait qu'un aspect des difficultés d'acceptation de son corps. Ainsi, il convient de retenir, à l'instar des médecins-conseils de l'intimée, dont l'appréciation revêt une pleine valeur probante, que l'opération de réduction mammaire ne constitue pas une mesure efficace, adéquate et appropriée pour traiter les troubles psychiques de la recourante.

E. 2.4

Au vu de ce qui précède, les conditions d'une prise en charge des coûts d'une réduction mammaire par l'assurance obligatoire des soins ne sont pas remplies. Compte tenu de l'issue du litige et du principe d'appréciation anticipée des preuves (sur cette notion, voir notamment l'ATF 145 I 167 consid. 4.1 et les arrêts du Tribunal fédéral 8C_172/2012 du 14 mars 2013 consid. 3 et les références, 9C_962/2010 du

- 17 - 1er septembre 2011 consid. 4.1 et 9C_966/2010 du 29 avril 2011 consid. 2.2), les moyens de preuve offerts par la recourante dans son mémoire de recours du 31 janvier 2023, soit l'interpellation de ses médecins et une expertise judiciaire, se révèlent inutiles et ne seront dès lors pas administrés. Partant, le recours est rejeté et la décision attaquée confirmée.

E. 3

Il n'est pas perçu de frais judiciaires, la loi spéciale, en l'occurrence la LAMal n'en prévoyant pas le prélèvement (art. 61 let. fbis LPGA), ni alloué de dépens (art. 61 let. g a contrario LPGA et 91 al. 3 LPJA).

Prononce

1. Le recours est rejeté. 2. Il n'est pas perçu de frais, ni alloué de dépens. Sion, le 6 janvier 2025

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