



605 2008-343

Arrêt du 2 septembre 2010

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

COMPOSITION Présidente suppléante: Maude Favarger
Assesseurs: Bruno Kaufmann, Jean-Marc Kuhn

PARTIES **A. _____, recourante**

contre

KPT/CPT CAISSE-MALADIE SA, autorité intimée

OBJET Assurance-maladie

Recours du 18 août 2008 contre la décision sur opposition du 24 juin 2008

c o n s i d é r a n t e n f a i t

A. A._____, née en 1964, domiciliée à B._____, est affiliée à la KPT/CPT Caisse-maladie, au titre de l'assurance-maladie obligatoire des soins.

Par l'intermédiaire du Dr C._____, spécialiste FMH en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, elle a demandé à la CPT le 20 septembre 2007 la garantie de prise en charge d'une opération de reconstruction mammaire pour son sein droit et de réduction mammaire pour son sein gauche suite à un cancer du sein droit traité entre autres par une quadrantectomie.

Par courrier du 18 octobre 2007 adressé au Dr C._____ avec copie à l'assurée, la CPT, après avoir soumis le dossier à son médecin-conseil, a refusé, sur la base de la prise de position orale de celui-ci, de prendre en charge ce traitement au motif qu'il constituait un traitement esthétique et, par conséquent, n'était pas une prestation obligatoire de l'assurance-maladie.

Dans une correspondance du 20 février 2008, l'assurée, se référant à la demande du 20 septembre 2007, a demandé à la CPT de rendre à son endroit une décision formelle, en français, avec indication des voies de droit.

CPT a rendu celle-ci le 13 mars 2008 et a refusé la prise en charge sollicitée.

Le 14 avril 2008, l'assurée a formé opposition à l'encontre de cette décision auprès de CPT qui l'a rejetée par décision sur opposition du 24 juin 2008, motif pris que le geste opératoire requis ne constitue pas une prestation obligatoire de l'assurance-maladie.

B. Contre cette décision, A._____ interjette un recours de droit administratif auprès de l'Instance de céans en date du 18 août 2008. Elle conclut à la prise en charge de l'opération demandée. A l'appui de ses conclusions, elle fait valoir en substance que l'asymétrie provoquée par la mastectomie subie au sein droit lui provoque de grandes tensions et douleurs dans la partie supérieure de son dos et elle considère que cela représente un trouble résultant d'un phénomène pathologique qui doit être pris en charge par son assurance-maladie. Elle précise avoir subi des altérations d'une certaine ampleur lors de son opération et indique également souffrir psychiquement suite à cette dernière.

Dans ses observations du 26 septembre 2008, CPT conclut, sous suite de frais et dépens, au rejet du recours. S'agissant du sein droit, elle mentionne que, selon le ch. 1.1 "Chirurgie générale" de l'annexe 1 à l'OPAS, la reconstruction mammaire opératoire est prise en charge sous condition, soit pour rétablir l'intégrité physique et psychique de la patiente après une amputation médicalement indiquée. En l'espèce, elle considère que les conditions susmentionnées ne sont pas remplies, dans la mesure où l'assurée n'a pas subi une amputation totale mais une quadrantectomie, laquelle a laissé subsister le sein. Dès lors, la prise en charge du traitement du sein droit ne saurait constituer une prestation obligatoire de l'assurance-maladie sur la base de cette disposition. Concernant le sein gauche, elle rappelle que la jurisprudence a précisé que 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 pouvant se justifier que dans l'hypothèse où le défaut cause des troubles physiques ou psychiques ayant valeur de maladie, condition qu'elle estime ne pas être remplie en l'espèce.

Dans ses contre-observations du 15 octobre 2008, la recourante maintient ses conclusions et précise que son recours ne pouvant être qualifié de téméraire, elle ne saurait être condamnée aux frais de procédure en cas de décision négative de l'Instance de céans. Elle considère ainsi la conclusion dans ce sens de CPT comme irrelevante. De plus, elle se fonde sur l'avis de son oncologue traitant pour requérir la mise en œuvre d'une expertise.

Dans ses ultimes remarques du 18 novembre 2008, CPT renvoie aux considérations exposées dans ses observations. Il n'y a pas eu d'autre échange d'écritures.

Il sera fait état des arguments, développés par les parties à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants en droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige.

e n d r o i t

1. Interjeté en temps utile et dans les formes légales par une assurée directement touchée par la décision attaquée, le recours est recevable.

2. Conformément à l'art. 1a al. 2 lit. a de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal, RS 832.10), l'assurance-maladie sociale alloue des prestations en cas de maladie (art. 3 LPGA).

L'art. 3 al. 1 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) définit la maladie comme étant 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.

3. a) Selon l'art. 24 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations définies aux art. 25 à 31 en tenant compte des conditions des art. 32 à 34. Selon l'art. 32 al. 1 1^{ère} phrase LAMal, les prestations mentionnées aux art. 25 à 31 doivent être efficaces, appropriées et économiques. Aux termes de 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 les médecins et les chiropraticiens appliquent des traitements et mesures qui répondent aux conditions posées par l'art. 32 al. 1 LAMal (arrêt du Tribunal fédéral K 132/02 du 17 février 2003, consid. 2.1; ATF 125 V 28 consid. 5b). 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 condition.

A l'art. 33 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal; RS 832.102) et comme l'y autorise l'art. 33 al. 5 LAMal, le Conseil fédéral a délégué à son tour cette

compétence au Département fédéral de l'intérieur (DFI) qui en a fait usage en promulguant, le 29 septembre 1995, l'ordonnance sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (OPAS; RS 832.112.31). Cette ordonnance détermine notamment les prestations visées par l'art. 33 let. a et c OAMal 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^{er} OPAS) (arrêt du Tribunal fédéral K 132/02 du 17 février 2003, consid. 2.1; ATF 125 V 29 consid. 5b).

Comme l'a jugé l'ancien Tribunal fédéral des assurances (TFA), aujourd'hui Tribunal fédéral (TF), la réglementation nouvelle 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 (arrêt du Tribunal fédéral K 132/02 précité, consid. 2.1; ATF 129 V 167, 125 V 29 consid. 5b, arrêt B du 10 janvier 2003).

Aux termes du ch. 1.1 "Chirurgie générale" de l'annexe 1 à l'OPAS, la reconstruction mammaire opératoire est prise en charge sous condition, soit pour rétablir l'intégrité physique et psychique de la patiente après une amputation médicalement indiquée.

Les principes applicables en matière de reconstruction mammaire ont été exposés dans un ATF 111 V 229 portant sur le cas d'une assurée qui avait subi une mastectomie radiale du côté gauche et sollicitait la prise en charge de l'implantation d'une prothèse mammaire. Au sujet des traitements chirurgicaux, l'ancien TFA a rappelé qu'une opération servait 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 les altérations externes de certaines parties du corps – en particulier le visage – visibles et spécialement sensibles sur le plan esthétique; et qu'aussi longtemps que subsistait 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 pouvait remédier, l'assurance devait prendre en charge cette intervention, à condition qu'elle eût à répondre également des suites immédiates de l'accident ou de la maladie et pour autant que fussent respectés les limites usuelles, ainsi que le caractère économique du traitement. En revanche, un défaut uniquement esthétique, sans rapport avec un processus morbide, n'était pas un risque assuré (ATF 111 V 232). 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. Ainsi, des cicatrices qui provoquent d'importantes douleurs ou qui limitent sensiblement la mobilité (sur ces divers points, voir ATF 121 V 119, 111 V 232 consid. 1c, 102 V 71 consid. 3; G. EUGSTER, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, ch. 87). Pour être pris en charge par l'assurance-maladie, un traitement médical doit avoir pour but d'éliminer de la manière la plus complète possible les atteintes physiques ou psychiques à la santé. Ainsi, l'amputation d'un sein médicalement indiquée est une atteinte, secondaire, due à la maladie ou à un accident, dont l'élimination relève du traitement chirurgical. En ce qui

concerne une mastectomie, n'entrent en considération que des mesures servant en premier lieu à supprimer ce préjudice corporel. Certes, celles-ci rétablissent en même temps une apparence extérieure et jouent, par conséquent, un rôle essentiel sur le plan esthétique. Mais elles sont thérapeutiques, du moins si l'assurée est atteinte dans son intégrité (cf. à ce sujet la prise de position de la Commission fédérale des prestations générales de l'assurance-maladie in RAMA 1984 p. 212). Ceci dépend toutefois des particularités du cas concret, notamment le point de savoir si l'amputation a eu des conséquences significatives sur l'état physique de l'assurée. Aussi, selon la ratio legis, l'assurée a-t-elle 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 (arrêt du Tribunal fédéral K 132/02 précité, consid. 4.1; ATF 111 V 234 consid. 3b).

b) A cet égard, il convient encore d'ajouter que, suite aux arrêts du Tribunal fédéral K132/02 du 17 février 2003 et K80/00 du 28 décembre 2001, 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.

4. En l'espèce, est litigieuse la prise en charge par la CPT des coûts d'une opération chirurgicale consistant en une reconstruction mammaire du sein droit de la recourante et en une réduction mammaire de son sein gauche, étant donné la quadrantectomie du sein droit dont elle a fait l'objet suite à un carcinome au sein droit.

Pour répondre à la question litigieuse, il faut se pencher sur la situation médicale de la recourante.

En date du 20 septembre 2007, le Prof. Dr C._____, spécialiste FMH en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, a demandé à la CPT la prise en charge des coûts d'une opération en faveur de A._____. Il justifie la prise en charge financière de cette opération en ces termes: *"Ich berichte Ihnen über obgenannte Patientin, welche ich im 17.09.07 in meiner Sprechstunde untersucht habe. Diagnose: St. n. Quadrantektomie im oberen lateralen Quadranten mit Axilla-Ausräumung am 02.02.2005 wegen eines multifokalen invasiven tubulären Karzinoms pT2, pN1a (2/10) cMO, G3 R0 mit pos. Oestrogen- und Progesteron-Rezeptoren bei, St. n. Chemotherapie im April 2005, St. n. Bestrahlung von Mai-Juli 2005 mit 60 Gy an der Brust und 48 Gy infraclaviculär und axillär. Beurteilung: An der rechten Brust gibt es eine fast vertikal verlaufende Narbe über dem lateralen oberen Quadranten, welche die Mamille nach kranial und lateral zieht. Die linke Brust ist fast doppelt so gross und ptotisch. Die Patientin leidet sehr unter diesem Zustand. Ich habe Frau A._____ eine Korrektur der rechten Brust im Sinne einer Pexie und Medialisierung der Brustwarze vorgeschlagen. Bei der gleichen Operation würde man auf der linken Seite eine angleichende Reduktions-Mammoplastik durchführen. Ich bitte Sie hiermit um Kostenübernahme dieser Operation mit dem stationären Spitalaufenthalt".*

Dans un rapport de discussion entre une collaboratrice du service juridique de CPT et le médecin-conseil de l'époque de CPT, le Dr D._____, spécialiste FMH en médecine interne, il est mentionné le 24 juin 2008: *"Reconstruction mammaire – discussion avec le*

Dr D._____. Selon le Dr D._____, la photo est claire et les affections n'ont pas valeur de maladie. Il relève d'autres facteurs qui pourraient jouer un rôle comme des affections dermatologiques, des douleurs dorsales ou des traitements psychiatriques".

Dans son rapport médical du 8 août 2008, le Dr E._____, spécialiste FMH en gynécologie et obstétrique, relève: "1. A._____ a subi le 02.02.2005 une quadrantectomie supéro-externe élargie droite et un curage axillaire droit pour un cancer multifocal du sein droit. 2. Cette amputation partielle avec ablation de tissu mammaire important (210 gr respectivement 11 x 9 x 4,5 cm) par incision radiaire depuis le creux axillaire droit jusqu'à l'aréole droite a logiquement conduit à une perte de masse tissulaire du sein droit. Le rapetissement et l'altération de la forme du sein droit sont aggravés par une cicatrisation chéloïdienne et les séquelles de la radiothérapie postopératoire. 3. Par conséquent l'asymétrie des deux seins est imputable aux traitements du cancer du sein et objectivable cliniquement par une différence marquée. 4. Au courant des consultations biannuelles A._____ s'est plainte de dorsalgies hautes et de tensions scapulaires expliquées par les traitements mentionnés puisqu'il n'y a pas d'autre antécédent à ce niveau. 5. Lors des derniers contrôles Mme A._____ m'a aussi fait part de sa souffrance psychologique et de son mal être que la mutilation thérapeutique de ce cancer a engendré et qu'elle souhaitait une amélioration de son image corporelle. 6. Par conséquent le parcours médical en soi et l'état de l'examen physique actuel représentent une "valeur de maladie" plus que suffisante pour terminer le traitement de ce cas c'est-à-dire de rétablir l'intégrité physique et psychique par chirurgie plastique plutôt que par des consultations somatiques et psychiatriques sans fin."

Dans son rapport médical du 26 août 2008, la Dresse F._____, spécialiste FMH en hématologie-oncologie, pose les diagnostics suivants: "Carcinome canalaire invasif multifocal du sein droit stade pT2, pN1a (2/10) cM0, G3 R0 Ly+. Récepteurs oestrogéniques et progestéroniques 100% positifs. Surexpression pour le HER B2. Status après polychimiothérapie de type FEC néo-adjuvante. Quadrantectomie supéro-externe élargie et curage axillaire droit le 02.02.2005 (Dr E._____). Pose de Port-A-Cath le 21.02.2005 (Dr G._____). Status après 6 cycles de chimiothérapie de type FEC complémentaire donnée jusqu'au 26.04.2005. Status après radiothérapie du 23.5 au 05.07.2005 donné 60Cy + 48 Cy sur le creux sus-claviculaire et le champ axillaire postérieur. Hormonomodulation par analogue de LH-RH et inhibiteur de l'aromatase. Retrait du PAC (26.04.2007, Dr G._____). Diagnostiques annexes: dorsalgique chronique et syndrome scapulaire bilatéral plus marqué à droite". Ce médecin apporte les commentaires suivants suite à la décision sur opposition du 24 juin 2008: "Etant l'oncologue traitant de A._____ depuis le 20.12.2004, je note depuis le début de son évolution une mauvaise équilibration des deux seins et une progressive détérioration de son dos. Actuellement, elle présente des dorsalgies chroniques. Sur le plan clinique, il y a une articulation cutanéomusculaire, un syndrome algique de l'angulaire de l'omoplate droite et gauche, et des tensions musculaires importantes. A._____ a choisi de se traiter dès le départ en augmentant son activité physique par la pratique régulière de la marche et de la natation. Ces deux sports sont réputés pour être deux sports symétriques recommandés en cas de dorsalgies et permettent le plus souvent des séances de physiothérapie, des examens radiologiques, neuroradiologiques et d'éviter des consultations spécialisées. L'introduction de l'Arimidex qui s'est faite au mois de mars 2006 n'a eu aucune modification sur les dorsalgies. Je n'ai pas noté d'aggravation ni d'amélioration de ses douleurs. L'Arimidex qui est connu pour faire des arthralgies n'en a pas causées chez A._____. Il est bien supporté par la patiente qui se plaint peu de

phénomène climatique. Un cancer du sein n'est jamais souhaité par une patiente et les conséquences à savoir les opérations avec les défectes imposées par les opérations, les traitements subséquents de chimiothérapies, de radiothérapie et d'hormonomodulation incombent à la maladie première. Les conséquences à plus long terme sur les systèmes ostéo-articulaires dépendent également de la maladie (...) les reconstructions mammaires ont été prises en charges jusqu'à ce jour. C'est la première fois dans mon expérience clinique qu'une caisse maladie refuse la prise en charge d'une correction mammaire chez une patiente et ceci avec des motivations somatiques ostéo-articulaires, sous formes de douleurs dorsales hautes chroniques. Devant la fin de non recevoir que vous avez transmise à A._____, je requière un deuxième avis selon séno-oncologique de la part du Professeur I._____, ainsi qu'un avis rhumatologique universitaire à H._____ également."

Au vu des dispositions légales applicables et de la jurisprudence développée en la matière, pour déterminer si l'autorité intimée doit prendre en charge les coûts de cette opération litigieuse, il convient d'examiner séparément si les coûts de l'opération doivent être pris en charge pour le sein droit et pour le sein gauche de la recourante.

a) S'agissant de son sein droit, le chiffre 1.1 "Chirurgie générale" de l'annexe 1 à l'OPAS prévoit que la reconstruction mammaire opératoire est prise en charge sous condition, soit pour rétablir l'intégrité physique et psychique de la patiente après une amputation médicalement indiquée.

Dans le cas particulier, CPT considère que les conditions posées par le chiffre 1.1 de l'annexe 1 de l'OPAS concernant la reconstruction mammaire ne sont pas remplies étant donné que l'assurée n'a pas subi une amputation totale mais une quadrantectomie, laquelle a laissé subsister le sein. L'amputation d'un sein médicalement indiqué est une atteinte, secondaire, due à la maladie ou à un accident, dont l'élimination relève du traitement chirurgical. Or les opérations ayant pour objet de corriger des altérations – d'une certaine ampleur – de parties du corps visibles et spécialement sensibles sur le plan esthétique doivent, si certaines conditions sont remplies, être prises en charge par les caisses-maladie comme prestation obligatoire. Sur la base d'une photographie de face de la poitrine de l'assurée, le médecin-conseil de la Caisse a considéré que les altérations visibles chez elle n'atteignaient pas l'ampleur nécessaire pour en faire découler un droit aux prestations.

Cet avis n'est pas partagé par la Cour de céans au vu des photographies de face et de profil de la poitrine de la recourante ainsi que des rapports médicaux figurant au dossier. En effet, dans leurs rapports médicaux, tant le Dr C._____ que le Dr E._____ qui ont respectivement pour l'un examiné la patiente et pour l'autre procédé à la quadrantectomie sur celle-ci, diagnostiquent qu'elle a souffert d'un cancer invasif multifocal du sein droit, sein dont le rapetissement et l'altération de la forme après la quadrantectomie sont aggravés par la cicatrice chéloïdienne. Ces deux médecins considèrent de surcroît que, suite au traitement du cancer pour le sein droit, la différence de taille entre les deux seins de leur patiente est marquée. Le Dr E._____ précise à cet égard que, lors de l'amputation partielle du sein droit, une ablation du tissu mammaire importante a été entreprise. Leur avis est également partagé par la Dresse F._____, oncologue traitante de la recourante, qui s'étonne par ailleurs grandement du refus de la prise en charge par la caisse-maladie intimée d'une correction mammaire chez une patiente ayant été victime d'un cancer du sein. De son côté, le médecin-conseil de l'époque de la caisse intimée, le Dr D._____, n'a pas examiné personnellement

A. _____ mais il s'est basé, pour rendre sa prise de position, uniquement sur le cliché photographique de face de sa poitrine que lui a adressé le Dr C. _____. De même et l'on peut le regretter, l'on ignore les raisons pour lesquelles ce médecin considère que la reconstruction mammaire du sein droit de celle-ci n'est pas une prestation obligatoire de l'assurance-maladie puisqu'il n'a pas rendu de prise de position écrite à ce sujet et que ne figure au dossier qu'un simple rapport de discussion très succinct entre une collaboratrice du service juridique de CPT et ce médecin.

Au vu de ce qui précède, la Cour considère ainsi que les documents figurant au dossier établissent de manière probante que les altérations au sein droit de la recourante atteignent l'ampleur nécessaire pour en faire découler un droit aux prestations au titre de l'assurance-maladie obligatoire des soins.

b) Concernant son sein gauche, la jurisprudence du TF a précisé que 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 de 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.

Dans le cas d'espèce, la recourante a évoqué pâtir de douleurs dorsales ainsi que de souffrances psychologiques. Elle allègue en effet que le déséquilibre engendré par la mastectomie qu'elle a subie au sein droit lui provoque de grandes tensions et douleurs dans la partie supérieure du dos et que, bien qu'elle fasse régulièrement des massages et autres soins, à ses frais, pour soulager celles-ci, elle ressent tout de même depuis son opération de fortes tensions dorsales.

Pour CPT, les altérations physiques et psychiques dont souffre l'assurée n'occasionnent pas des souffrances ayant elles-mêmes valeur de maladie et qui justifieraient ainsi la prise en charge d'un traitement. En ce qui concerne les douleurs dorsales, la caisse intimée se réfère à la jurisprudence applicable à la prise en charge, par l'assurance-maladie, des frais de réduction mammaire pour se poser la question de savoir si des mesures conservatrices, singulièrement une physiothérapie en cas de douleurs du dos, constituent ou auraient pu constituer une possibilité de traitement alternatif et efficace. Si tel est le cas, il conviendrait d'examiner encore laquelle des deux prestations est la mieux appropriée. Selon CPT, les douleurs dorsales invoquées par l'assurée n'ont pas été attestées par un médecin et n'ont pas fait l'objet d'un traitement de physiothérapie. Dès lors, elle se réfère à la jurisprudence précitée et en conclut que l'on ne peut pas considérer que ces douleurs dorsales ont valeur de maladie au sens juridique du terme. De même, elle considère que les souffrances psychologiques mentionnées par l'assurée ne peuvent pas être considérées comme ayant valeur de maladie dans la mesure où elles n'ont pas fait l'objet d'un traitement spécifique ni n'ont été attestées par un médecin apte à le faire.

Il ressort du dossier que les douleurs dorsales dont se plaint la recourante ont été mentionnées par le Dr E. _____ dans son rapport médical du 8 août 2008. Ce médecin relève que sa patiente s'est plainte de dorsalgies hautes et de tensions scapulaires expliqués par les traitements puisqu'il n'y a pas d'autre antécédent à ce

niveau. Quant à la Dresse F._____, dans son rapport médical du 26 août 2008, elle pose le diagnostic de dorsalgie chronique et syndrome scapulaire bilatéral plus marqué à droite. Etant l'oncologue traitant de la recourante, elle l'a suivi depuis le début et note une mauvaise équilibration des deux seins et une progressive détérioration de son dos. Elle retient qu'actuellement sa patiente présente des dorsalgies chroniques et que, sur le plan clinique, il y a une articulation cutanéomusculaire, un syndrome algique de l'angulaire de l'omoplate droite et gauche et des tensions musculaires importantes et demande qu'un avis rhumatologique soit requis auprès de H._____ afin d'éclaircir l'état de santé de sa patiente.

Au vu de ce qui précède, la Cour de céans est de l'avis que la question de savoir si les douleurs dorsales dont se plaint l'assurée lui occasionnent des souffrances ayant elles-mêmes valeur de maladie n'a pas été suffisamment instruite pour lui permettre de trancher.

En effet, si les problèmes de dos qu'elle présente ont bien été attestés par deux médecins, ceux-ci n'ont en revanche pas répondu à la question de savoir si les douleurs dorsales de l'assurée ont bien comme cause le déséquilibre entre ses deux seins suite à la quadrantectomie ou si elles ont une autre origine.

De plus, dans le cas où ses douleurs dorsales ont bien valeur de maladie et sont dues au déséquilibre entre ses deux seins suite à la quadrantectomie, l'autorité intimée devra encore déterminer quel est le traitement adéquat au sens de l'art. 32 LAMal.

Dans ces circonstances, il sied de renvoyer la cause à l'autorité intimée afin qu'elle procède à une instruction complémentaire qui aura pour but d'établir si les troubles physiques présentés par l'assurée sont pathologiques ou non, du point de vue physique, en mettant en œuvre au besoin une expertise rhumatologique et qu'elle rende par la suite une nouvelle décision.

S'agissant en revanche des souffrances psychologiques évoquées par l'assurée, la Cour de céans est en mesure d'exclure, sur la base du dossier, un trouble psychique ayant valeur de maladie. Dans le cas d'espèce, aucun diagnostic psychique n'a ainsi été émis par les médecins qu'elle a consultés. En effet, dans son rapport médical du 8 août 2008, le Dr E._____ ne fait tout au plus que reprendre les plaintes subjectives de sa patiente. Quant à la Dresse F._____, dans son rapport médical du 26 août 2008, elle ne mentionne simplement pas de problème psychique affectant celle-ci.

Conformément au principe de la gratuité prévalant en la matière, il n'est pas perçu de frais de justice.

l a C o u r a r r ê t e :

I. Le recours est partiellement admis.

Partant, la décision attaquée est modifiée en ce sens que la recourante a droit à la prise en charge par l'assurance-maladie obligatoire des soins des frais de l'opération chirurgicale nécessaire à la reconstruction mammaire de son sein droit.

S'agissant de la prise en charge par l'assurance-maladie obligatoire des soins des frais relatifs à l'opération chirurgicale consistant en une réduction mammaire du sein gauche de la recourante, la cause est renvoyée à l'autorité intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

II. Il n'est pas perçu de frais de justice.

Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite.

Givisiez, le 2 septembre 2010/mfa

La Présidente suppléante:

Notification.