

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 24 mai 2016

Composition : Mme THALMANN, juge unique
Greffière : Mme Monney

Cause pendante entre :

F._____, à [...], recourant, représenté par Me Flore Primault, avocate à Lausanne,

et

U._____, à [...], intimée.

Art. 3 al. 1 LPGA ; 25 al. 1 LAMal ; 33 OAMal.

E n f a i t :

A. F._____ (ci-après : le recourant ou l'assuré), né en [...], est assuré auprès d'U._____ (ci-après : l'assurance ou l'intimée) pour l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.10).

B. En date du 22 avril 2013, la J._____ a fait parvenir à l'assurance-maladie une demande de garantie de paiement pour le séjour de l'assuré le 6 mai 2013 en raison d'une chirurgie thoracique réalisée par le DrX._____, spécialiste en chirurgie auprès de cette clinique.

Le 23 avril 2013, U._____ a accordé sa garantie de paiement à la J._____.

Une facture d'un montant de 3'073 fr. 15, faisant état d'« interventions sur la glande mammaire sauf lors de néoformation maligne avec intervention étendue », a été établie par la J._____ et transmise à l'assurance-maladie.

Interpelé par U._____, le Dr X._____ a rempli un questionnaire à l'attention du médecin-conseil de l'assurance-maladie en date du 29 juillet 2013. Dans ce document, il posait le diagnostic de gynécomastie bilatérale post-pubertaire symptomatique asymétrique. Il indiquait que le but du traitement était de traiter la douleur, l'asymétrie, et le contrôle biologique.

Par courrier du 16 août 2013, l'assurance-maladie a requis des renseignements complémentaires auprès du Dr X._____, afin de savoir en particulier si un ultrason et un bilan hormonal avaient été réalisés. Elle demandait également le poids et la taille du patient et si une documentation photographique était disponible.

Le 30 août 2013, U._____ a notamment reçu les documents suivants :

- un rapport médical du 22 avril 2013 du Dr X._____, adressé au Dr W._____, spécialiste en médecine interne générale, dans lequel il indiquait notamment que son patient se plaignait d'une gynécomastie bilatérale, plus marquée à gauche qu'à droite, source de gêne et de complexes. À l'examen clinique, ce médecin décrivait une discrète déformation du thorax en carène, asymétrique, prédominant du côté droit avec discrète dépression de l'hémithorax antérieur gauche. Il constatait la présence d'une gynécomastie glandulo-graisseuse modérée, plus marquée à gauche qu'à droite. Il n'y avait pas d'écoulement mammaire lactescent ou sanguinolent. En résumé, le Dr X._____ retenait que son patient, en bonne santé habituelle, était gêné par une gynécomastie bilatérale plus marquée à gauche, probablement primaire post pubertaire.

- un rapport de mammographie bilatérale du 7 mai 2013 de la Dresse S._____, spécialiste en radiologie, concluant à une discrète gynécomastie dendritique gauche sans lésion maligne. Il n'y avait pas d'anomalie au niveau mammaire droit.

- un rapport d'échographies mammaire et axillaire bilatérales du 7 mai 2013 de la Dresse S._____, décrivant notamment à la palpation une très discrète asymétrie du volume mammaire avec à gauche un volume un peu plus grand. Ce médecin constatait que la discrète gynécomastie à gauche avait une épaisseur maximale de 7,4 mm. Il n'y avait pas de gynécomastie à droite ni d'argument pour une lésion évolutive.

- un rapport médical du 8 mai 2013 du Dr G._____, spécialiste en pathologie, diagnostiquant à gauche une

gynécomastie au stade fibreux et des fragments de tissu mammaire dans les limites de la norme et à droite un tissu mammaire avec quelques foyers de fibrose.

Par courrier du 6 septembre 2013 adressé au Dr X._____, l'assurance-maladie a indiqué à ce dernier qu'elle ne pouvait toujours pas se prononcer sur la prise en charge des frais d'opération au motif qu'il lui manquait la documentation photographique et les indications sur la taille et le poids de l'assuré.

Le 10 septembre 2013, le Dr X._____ a répondu que puisqu'il ne s'agissait pas d'une chirurgie esthétique, il n'y avait pas eu de photo prise mais qu'une mammographie et une échographie avaient été réalisées. Il ajoutait que son patient pesait 87 kg et mesurait 194 cm.

Par courrier du 26 septembre 2013 adressé au Dr X._____, le Dr P._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin-conseil auprès d'U._____, a indiqué qu'au vu des documents en sa possession, l'intervention effectuée le 6 mai 2013 à la J._____ n'avait pas valeur de maladie. De ce fait, il ne pouvait que préaviser défavorablement la prise en charge de cette intervention à l'assurance-maladie.

U._____ a communiqué son refus de prise en charge au Dr X._____ en date du 27 septembre 2013, pour les motifs évoqués dans le courrier du 26 septembre 2013 du Dr P._____.

Le 25 octobre 2013, le Dr X._____ a fait part à l'assurance-maladie de son désaccord avec la prise de position de cette dernière. Ce médecin considérait que tous les éléments du dossier transmis faisaient de la pathologie de l'assuré un traitement qui n'avait rien d'esthétique. Il ajoutait que le diagnostic final retenu était une pathologie ayant une position spécifique chirurgicale viscérale et non plastique dans le tarif d'usage privé de 1994 et dans le tarif du groupe des médecins pratiquant en clinique privée de 2013.

Le dossier de la cause a été soumis une nouvelle fois au médecin-conseil de l'assurance-maladie. En date du 7 novembre 2013, celle-ci a confirmé son refus de prise en charge.

Le 31 janvier 2014, par l'intermédiaire de son assurance de protection juridique, l'assuré a fait part de son désaccord à l'assurance, considérant que la position de cette dernière était totalement infondée, et requis la prise en charge des factures de la J. _____ pour un montant de 7'177 fr. 25. Il joignait à son courrier diverses factures ainsi qu'un rapport médical du 24 janvier 2014 du Dr W. _____ adressé à sa protection juridique, dont il ressort ce qui suit :

« **1. L'intervention chirurgicale était due à une maladie dont souffre mon mandant ou s'agissait-il d'une intervention à caractère purement esthétique ?** : l'intervention est due à une maladie uniquement. Il ne s'agit en aucun cas d'une intervention à caractère purement esthétique. Monsieur F. _____ était complexé par rapport à cette gynécomastie prédominant à gauche. Nous avons effectué un bilan endocrinologique en phase préopératoire, bilan qui s'est avéré normal. Cette gynécomastie avait des répercussions psychologiques notables avec en plus des douleurs sur la poitrine lors de la conduite automobile avec le frottement de la ceinture de sécurité.

2. Ladite intervention n'avait pas été réalisée, cela aurait-il pu comporter des risques pour l'état de santé futur de notre assuré ? Cas échéant, lesquels ? : oui, en raison des répercussions psychologiques de cette gynécomastie avec probablement des troubles relationnels.

3. Autres observations ? - »

Par courrier du 6 février 2014, l'assuré a notamment informé l'assurance-maladie que le montant des factures s'élevait à 10'262 fr. 70 et non pas à 7'177 fr. 25.

Le 18 février 2014, l'assuré a rappelé à U. _____ que la gynécomastie était une pathologie anormale chez l'homme qui nécessitait d'être traitée et que dite pathologie remplissait entièrement les critères définis par la loi. Il ajoutait que l'intervention du 6 mai 2013 était due à cette maladie et non à une intervention purement esthétique. Il requérait dès lors la prise en charge des factures de la J. _____ d'un montant de 10'262 fr. 70.

Par décision du 20 mars 2014, l'assurance-maladie a refusé la prise en charge du traitement de la gynécomastie, se fondant en particulier sur l'appréciation du 4 mars 2014 de son médecin-conseil, le Dr. P._____, duquel il ressortait notamment ce qui suit :

« A aucun moment le médecin n'a signalé de conséquences suffisamment importantes pour avoir valeur de maladie, comme, par exemple, des écoulements, des douleurs. Il parle de gynécomastie modérée. Objectivement, sur la base de l'échographie du 03.05.2013, il n'y a pas de gynécomastie à droite et une gynécomastie minime à gauche (40 x 46 x 7.5 mm). Le chirurgien reconnaît dans son rapport qu'il n'y a pas de suspicion de malignité. L'indication est donc prioritairement esthétique. »

L'assuré a formé opposition à l'encontre de cette décision en date du 7 avril 2014, concluant à l'annulation de la décision litigieuse et à la prise en charge de frais de l'opération du 6 mai 2013. À l'appui de son écriture, l'assuré invoquait, en substance, que vu la garantie de couverture octroyée le 23 avril 2013, il pouvait de bonne foi considérer que l'opération allait être prise en charge par l'assurance-maladie. Se fondant sur la jurisprudence du Tribunal fédéral en la matière, il ajoutait que la gynécomastie était une maladie au sens de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) et que les frais de traitement dus à cette maladie devaient être pris en charge par U._____. Il expliquait que cette gynécomastie lui provoquait une gêne, en particulier dans ses relations sociales, ainsi que des douleurs et qu'il était psychologiquement affecté par cette maladie. Il décrivait que malgré le fait qu'il n'ait pas été suivi par un psychologue ou un psychiatre, il avait commencé à se renfermer sur lui-même, à ne plus sortir et à déprimer, ayant l'impression que les filles ne voyaient que ce problème chez lui. Il ajoutait qu'après l'intervention chirurgicale, il avait repris goût à la vie et à pratiquer des activités comme le faisaient les autres jeunes de son âge. Citant la jurisprudence fédérale en la matière, l'assuré considérait qu'on ne pouvait raisonnablement attendre une détérioration prévisible et peut-être difficilement réversible de sa santé psychique pour constater par la suite la nécessité de remédier à cette malformation. L'assuré produisait également un courrier du 1^{er} avril 2014

du Dr W._____ adressé à son assurance de protection juridique, dans lequel ce médecin relatait notamment les propos de son patient selon lesquels cette gynécomastie gênait l'assuré sur le plan relationnel et pour la conduite automobile avec irritation en raison de la ceinture de sécurité. Le Dr W._____ mentionnait qu'il avait revu son patient en 2013 et que ce dernier « va très bien, il a une copine et a recommencé à pratiquer du sport. Il n'a plus de complexe s'il doit se mettre à torse nu ».

Par décision sur opposition du 6 août 2014, U._____ a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé la décision du 20 mars 2014. À l'appui de sa décision sur opposition, l'assurance invoquait préalablement que le diagnostic de gynécomastie, qui devait être qualifiée de discrète, ne pouvait être posé que du côté gauche. Se fondant sur les dispositions légales et la jurisprudence applicables en la matière, elle ajoutait que d'un point de vue physique, la gêne ressentie par l'assuré n'était pas suffisamment importante pour avoir valeur de maladie. Sur le plan psychique, l'assurance relevait qu'aucun diagnostic n'avait été posé et que l'assuré n'avait consulté ni psychologue ni psychiatre. Par conséquent, l'intervention n'était pas justifiée par un état pathologique. Pour U._____, on ne pouvait pas non plus considérer que les conditions de prise en charge de l'opération à titre de chirurgie esthétique étaient réalisées. Enfin, l'assurance rappelait que la garantie de paiement telle qu'octroyée à l'assuré ne représentait pas un engagement définitif envers ce dernier de prendre en charge les frais d'opération. Elle considérait ainsi que c'était à bon droit qu'elle avait refusé la prise en charge du traitement litigieux.

C. Par acte du 12 septembre 2014, F._____ a interjeté recours à l'encontre de la décision sur opposition du 6 août 2014, concluant principalement à l'annulation de la décision de celle-ci et à la prise en charge de l'intervention chirurgicale du 6 mai 2013 par U._____. Subsidiairement, il a conclu à l'annulation de la décision sur opposition et au renvoi de la cause auprès de l'assurance-maladie pour nouvelle décision. À l'appui de son écriture, le recourant invoque le fait que l'assurance-maladie lui a octroyé la garantie hospitalière du 23 avril 2013

sans demander de renseignements complémentaires. Il ajoute qu'il ne s'agit en aucun cas d'une opération esthétique, la gynécomastie étant chez l'homme une pathologie, qui a provoqué chez lui une gêne, des douleurs et l'a affecté psychologiquement.

Dans sa réponse du 17 octobre 2014, l'intimée a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition du 6 août 2014, réitérant en substance les arguments développés dans la décision litigieuse. Elle ajoute qu'il ne se justifie pas de renvoyer la cause à l'assurance-maladie, dans la mesure où son médecin-conseil a examiné les rapports des médecins-traitant et a pris en compte les plaintes du recourant.

Le recourant a déposé une réplique en date du 10 novembre 2014, concluant préliminairement à ce qu'un médecin expert FMH en chirurgie thoracique se prononce sur la gynécomastie qu'il a présentée et sur ses conséquences médicales. Principalement, il concluait à l'annulation de la décision sur opposition attaquée et à ce qu'il soit constaté qu'il a droit à la prise en charge de l'intervention chirurgicale du 6 mai 2013 par U._____. Subsidiairement, il concluait à l'annulation de la décision sur opposition litigieuse et au renvoi du dossier auprès de l'intimée afin qu'elle procède à une instruction complémentaire sous la forme d'une expertise auprès d'un médecin indépendant spécialiste FMH en chirurgie thoracique. Le recourant conteste la position de l'assurance, estimant qu'il a présenté une atteinte à sa santé physique dans le sens d'un état physique s'écartant de la norme et que cette atteinte a nécessité un traitement médical, soit notamment une intervention chirurgicale. Il ajoute que la gynécomastie est une affection classifiée et reconnue au sens de la CIM-10 (Classification internationale des maladies, dixième révision) et que seuls les hommes, au sens d'êtres humains de sexe masculin, peuvent souffrir de cette affection. Il s'agit donc d'une maladie spécifique à l'homme et l'on ne peut comparer d'après lui l'hypertrophie mammaire dont peut souffrir une femme avec une gynécomastie. Il considère en outre que l'intimée procède à un amalgame inadmissible avec la jurisprudence ayant trait aux opérations de réduction mammaire chez la

femme. Selon lui, dans la mesure où il est normal pour une femme d'avoir des seins, il est évident que le législateur a dû poser des règles afin de déterminer à partir de quel stade on peut estimer que la femme présente une pathologie, soit quand elle présente un état physique s'écartant de la norme, au point que la réduction mammaire soit prise en charge par les caisses maladies. Ce besoin ne se ferait cependant pas ressentir chez l'homme, dès lors que ce dernier n'est pas censé présenter des seins puisque tout développement excessif des glandes mammaires présente déjà le caractère de maladie et que la gynécomastie est donc en soi un état physique s'écartant de la norme au sens de la maladie. Ainsi selon l'assuré, les conditions de la maladie étaient parfaitement remplies. Par ailleurs, si l'on devait raisonner par analogie avec l'asymétrie mammaire, le recourant estime que conformément à la jurisprudence en la matière, l'opération devrait également être prise en charge. Il invoque que l'asymétrie mammaire est une altération externe d'une partie du corps visible spécialement sensible sur le plan esthétique, y compris chez l'homme et qu'elle est donc susceptible d'affecter le sentiment profond de l'identité personnelle. Le recourant explique que dans son cas, il existait déjà des indices sérieux montrant qu'une aggravation de son état psychique était inéluctable. On ne pouvait donc pas raisonnablement attendre une détérioration prévisible et peut-être difficilement réversible de son état de santé psychique pour constater la nécessité de corriger le défaut esthétique dont il était affecté. Le recourant estime aussi que l'avis du médecin-conseil de l'assurance-maladie n'est pas suffisant pour se prononcer sur la gynécomastie qu'il a présentée et qu'il convient de confier une expertise à un médecin spécialiste en chirurgie thoracique. Enfin, le recourant produit un document médical intitulé «Pathologie mammaire de l'homme», duquel il ressort notamment que cette pathologie est peu fréquente et mal connue.

Dans sa duplique du 7 janvier 2015, l'intimée a confirmé ses conclusions et a conclu au rejet de la réquisition de preuve, à savoir l'expertise complémentaire. L'assurance-maladie conteste appliquer la jurisprudence relative à la réduction mammaire et explique qu'il convient de se référer à la jurisprudence sur la notion de valeur de maladie, la

question litigieuse étant de savoir si l'affection présentée par le recourant a valeur de maladie au sens juridique du terme. Elle ajoute que le fait que la gynécomastie soit une maladie reconnue au sens de la CIM-10 ou que la pathologie ait une position spécifique chirurgicale viscérale est irrelevant pour déterminer si cette affection a une valeur de maladie au sens juridique. L'intimée produit également deux pièces, soit un article d'une revue médicale suisse de 2009 concernant la prise en charge d'une gynécomastie, sur lequel se fonde son médecin-conseil, ainsi qu'un rapport médical du Dr P. _____ du 15 décembre 2014 dont il ressort ce qui suit :

« [...]

Nous avons été saisis le 27.07.2013 d'une demande de correction d'une gynécomastie bilatérale dont il [l'assuré] souffre depuis l'âge de 15 ans environ. Une demande de renseignements complémentaires a été faite afin de connaître l'importance de ce défaut et les conséquences qu'il provoquait pour M. F. _____. Pour réponse à notre demande, le Dr X. _____ nous a communiqué l'ensemble des renseignements cliniques et examens complémentaires concernant notre assuré.

A l'examen clinique, il a constaté une gynécomastie glandulo-graisseuse «modérée », plus marquée à gauche qu'à droite. Simultanément, le X. _____ décrit un thorax en carène, asymétrique, avec une discrète dépression de l'hémithorax gauche. Il conclut que son patient est gêné par une gynécomastie probablement primaire post pubertaire.

Afin d'écartier une gynécomastie secondaire, il a complété les examens paracliniques de M. F. _____ par un bilan sanguin hormonal, qui est normal, et un bilan radiologique.

L'échographie du 03.05.2013 conclut à l'absence de gynécomastie à droite et à une discrète gynécomastie dendritique à gauche (40 x 46 x 7.5 mm). La mammographie confirme ce dernier examen. Il s'agit donc d'une gynécomastie unilatérale idiopathique ou primaire.

Malheureusement, bien que les chirurgiens plasticiens les fournissent régulièrement spontanément, aucune photo préopératoire n'a été prise.

Il existe une abondante littérature concernant la gynécomastie. Afin de faciliter la compréhension du problème et d'illustrer mon propos, j'ai retenu une publication synthétique parue en français dans un journal médical d'audience suisse : *Evaluation et prise en charge d'une gynécomastie ; Rev Med Suisse 2009 ; 5 : 783-787.*

L'assuré a commencé à présenter une gynécomastie à l'âge de 15 ans environ. Le bilan paraclinique démontre qu'il s'agit d'une

gynécomastie primaire aussi qualifiée par l'auteur de l'article cité, de « physiologique ». 50 à 70% des adolescents présentent à un moment ou à une autre une telle gynécomastie.

Ce type de gynécomastie est éventuellement gênante dans les mois qui suivent son apparition car elle peut revêtir un caractère inflammatoire qui s'amande ensuite et évolue dans les 12 mois vers un stade fibrotique généralement irréversible. L'auteur précise: « Dans ce cas, une mastectomie chirurgicale peut être proposée en fonction de la gêne esthétique causée ». Il n'envisage donc pas la possibilité d'une atteinte fonctionnelle dans ce type de situation.

L'examen histo-pathologique du 06.05.2013 démontre formellement que nous nous trouvons dans ce cas de figure en concluant à une gynécomastie au stade fibreux à gauche et à un tissu mammaire normal avec quelques foyers de fibrose à droite.

En conclusion, mon appréciation est la suivante :

Sur la base de la littérature médicale, il est très improbable qu'une gynécomastie physiologique unilatérale au stade fibreux, évoluant depuis 7 ans, d'une épaisseur de 7,5 mm seulement, ait des conséquences si importantes qu'elles revêtent une valeur de maladie.

De manière plus marginale, l'asymétrie invoquée (qui repose sur une épaisseur inférieure à 1 cm de cette gynécomastie gauche) était probablement esthétiquement corrigée par l'asymétrie thoracique décrite par le Dr X._____. Par ailleurs, dans le même rapport du 22.04.2013, le Dr X._____ précise que son patient « est particulièrement déterminé » à effectuer cette intervention malgré qu'il lui ait expliqué les difficultés techniques à obtenir un résultat symétrique. Par contre, ce rapport est peu disert sur les réels motifs médicaux à entreprendre cette intervention.

Je conclus, par conséquent, à une intervention à but esthétique, pour laquelle des motifs ayant valeur de maladie manquent totalement. »

Se fondant sur l'avis du Dr P._____, l'intimée soutient que la cure de gynécomastie n'est pas à sa charge. Elle précise que ce dernier s'est basé sur les rapports des médecins-traitants et a fondé un avis circonstancié compte tenu des références médicales, son avis ayant ainsi force probante. Citant la jurisprudence sur le principe «post hoc ergo propter hoc», l'intimée considère que la disparition des plaintes postérieurement à l'opération ne signifie pas que le traitement était approprié. Pour le surplus, elle se réfère aux arguments développés dans ses précédentes écritures.

Le recourant a produit des déterminations en date du 5 février 2015, dans lesquelles il confirme ses conclusions. En substance, il indique avoir pris acte du fait que la jurisprudence relative à la réduction mammaire n'est pas appliquée par l'assurance au cas d'espèce. S'agissant de la notion de maladie, l'assuré estime que la gynécomastie dont il souffrait était une atteinte qui s'écartait de la norme et revêtait déjà une certaine ampleur de ce fait, de telle sorte que le critère de maladie au sens juridique du terme était réalisé en l'espèce. Selon lui, il n'y a pas lieu de rajouter un critère supplémentaire, tel que l'intensité de la maladie, au risque qu'une maladie ne soit plus prise en charge. Il ajoute que le traitement chirurgical de la gynécomastie n'a jamais posé de problème de prise en charge à ce jour parce qu'il s'agit d'une maladie au sens juridique du terme, ce que chacun sait, y compris U._____, qui a certainement presté pour d'autres patients à multiples reprises pendant plusieurs années. Le recourant requiert à cet égard la production de tous documents médicaux, caviardés au besoin, permettant de prouver ce fait. Il ajoute que dans la mesure où deux médecins traitants ne sont pas d'accord avec le médecin-conseil et qu'ils ont expliqué les raisons de manière détaillée, il se justifie que l'instruction soit complétée au moyen d'une expertise médicale.

Par courrier du 16 février 2015, l'intimée a maintenu ses conclusions, se référant à ses précédentes écritures. Elle insiste sur le fait que dans la mesure où les rapports médicaux qualifient la gynécomastie du recourant de discrète, à savoir d'une épaisseur de 7,4 mm, les critères jurisprudentiels concernant la valeur de maladie ne sont pas remplis.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-maladie, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 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 du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (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).

En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile auprès du tribunal compétent. Pour le surplus, répondant aux exigences formelles prévues par la loi (en particulier l'art. 61 let. b LPGA), le recours est 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 let. a LPA-VD et art. 83b LOJV [loi cantonale vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; RSV 173.01]).

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 (ATF 131 V 164 ; 125 V 413 consid. 2c ; 110 V 48 consid. 4a).

b) Le litige porte sur la question de savoir si U._____ est tenue de prendre en charge, dans le cadre de l'assurance-obligatoire de soins, les frais du traitement de la gynécomastie présentée par l'assuré.

c) La valeur litigieuse étant inférieure à 30'000 fr., la cause est de la compétence du juge instructeur statuant en tant que juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 83c al. 2 LOJV).

3. 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. Aux termes de l'art. 3 al. 1 LPGA, 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. La notion de maladie suppose, d'une part, une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique dans le sens d'un état physique, psychique ou mental qui s'écarte de la norme et, d'autre part, la nécessité d'un examen ou d'un traitement médical. La notion de maladie est une notion juridique qui ne se recoupe pas nécessairement avec la définition médicale de la maladie (ATF 124 V 118 consid. 3b et réf. cit. ; Kieser, ATSG Kommentar, 3^e éd., Zurich/Bâle/Genève 2015, ad art. 3 LPGA p. 61 n° 13). Les maladies psychiques ne sont pas exclues de l'assurance-maladie, pour autant qu'elles aient valeur d'atteinte à la santé mentale. Cependant, une simple « gêne psychologique » ne constitue pas, comme telle, une véritable atteinte à la santé ayant valeur de maladie (Longchamp, Conditions et étendue du droit aux prestations de l'assurance-maladie sociale, thèse, Berne 2004, pp. 117 à 118).

Pour qu'une altération de la santé ou un dysfonctionnement du corps humain soient considérés comme une maladie au sens juridique, il faut qu'ils aient valeur de maladie (« Krankheitswert ») ou, en d'autres termes, qu'ils atteignent une certaine ampleur ou intensité et rendent nécessaires des soins médicaux ou provoquent une incapacité de travail. Un traitement ou un examen médical est nécessaire lorsque l'atteinte à la santé limite à ce point les fonctions physiques ou mentales que le patient a besoin d'un soutien médical ou que le processus de guérison n'est plus possible sans un tel appui ou du moins pas avec de réelles chances de succès, ou encore qu'on ne saurait exiger du patient qu'il vive sans avoir pu essayer au moins un type de traitement. Quant au traitement médical,

il ne comprend pas uniquement les mesures médicales qui servent à la guérison de la maladie, mais il englobe aussi les thérapies seulement symptomatiques, de même que les mesures qui servent à l'élimination d'atteintes secondaires dues à la maladie (TF 9C_465/2010 du 6 décembre 2010, consid. 4.1 et réf. cit. ; cf. également Eugster in : Meyer, Soziale Sicherheit, 3^e éd., Bâle 2016, p. 493 n° 289 et Kieser, op. cit. p. 65 n^{os} 30 et 31).

b) Les défauts esthétiques en tant que conséquence d'une maladie ou d'un accident n'ont pas valeur de maladie. La jurisprudence reconnaît cependant que l'assurance obligatoire des soins est tenue de prendre en charge un traitement chirurgical lorsque, servant à l'élimination d'une atteinte secondaire due à la maladie ou à un accident, il permet 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 assumer les frais de cette intervention, à condition qu'elle eût à répondre également des suites immédiates de l'accident ou de la maladie et pour autant que soient respectées les limites usuelles et le caractère économique du traitement. 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 est ainsi des cicatrices qui provoquent d'importantes douleurs ou qui limitent sensiblement la mobilité. En revanche, un défaut uniquement esthétique, sans rapport avec un processus morbide, n'est pas un risque assuré (TF 9C_465/2010 du 6 décembre 2010, consid. 4.2 et réf. cit. ; TF K 132/02 du 17 février 2003, consid. 4.1 et réf. cit).

c) Les prestations de l'assurance-maladie 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).

4. a) 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 réexaminés périodiquement (art. 32 al. 2 LAMal).

Selon l'art. 33 al. 1 LAMal, le Conseil fédéral peut désigner les prestations fournies par un médecin ou un chiropraticien, dont les coûts ne sont pas pris en charge par l'assurance obligatoire des soins ou le sont à certaines conditions. Cette disposition se fonde sur la présomption que médecins et chiropraticiens appliquent des traitements et mesures qui répondent aux conditions posées par l'art. 32 al. 1 LAMal. 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.

b) Aux termes de l'art. 33 OAMal (ordonnance fédérale 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 fédérale du 29 septembre 1995 du DFI sur les prestations dans 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 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).

c) 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 125 V 21 consid. 5b).

5. De manière générale, l'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - doit examiner de façon objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, 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 ; 125 V 351 consid. 3a et réf. cit.; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci. Il convient

dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et réf. cit. ; Pratique VSI 2001 p. 109, consid. 3b/cc).

En ce qui concerne les rapports des médecins des assureurs, ceux-ci peuvent également se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permette de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et réf. cit. ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2.).

6. a) Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. 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). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (TF I 906/05 du 23 janvier 2007 consid. 6).

b) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 131 I 153 consid. 3 ; 125 I 127 consid. 6c/cc). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. ([Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999;

RS 101] ; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b ; ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d et réf. cit.).

7. a) En l'espèce, il convient donc de déterminer si la gynécomastie dont a souffert le recourant a valeur de maladie au sens de l'art. 3 al. 1 LPGA.

En premier lieu, il s'agit de rappeler que la notion de maladie est une notion juridique qui ne se recoupe pas nécessairement avec la définition médicale de la maladie (cf. supra consid. 3a). Pour cette raison, il est irrelevait que la gynécomastie soit considérée comme une maladie au sens de la CIM-10, ou qu'elle ne touche que les personnes de sexe masculin. En outre, contrairement à ce qu'invoque le recourant, ce n'est pas parce que la gynécomastie serait en soi un état physique s'écartant de la norme qu'il s'agit d'une maladie au sens de la disposition précitée. En effet, une atteinte à la santé sous forme d'un état physique s'écartant de la norme est certes une première condition pour pouvoir parler de maladie au sens juridique du terme, mais elle ne suffit toutefois pas à elle seule à admettre l'existence d'une maladie selon l'art. 3 al.1 LPGA. Il faut en plus que cette atteinte atteigne une certaine ampleur ou intensité et rende nécessaire des soins médicaux ou provoque une incapacité de travail (cf. supra consid. 3a).

À cet égard, il y a lieu de constater que la gynécomastie dont a souffert le recourant est décrite tantôt comme modérée (cf. rapport du 22 avril 2013 du Dr X. _____), tantôt comme discrète (cf. rapports du 7 mai 2013 de la Dresse S. _____, ce médecin évoquant également à la palpation une « très discrète asymétrie du volume mammaire avec à gauche un volume un peu plus grand »). Le Dr P. _____ estime quant à lui que vu les dimensions de ce développement mammaire, soit 40 x 46 x 7.5 mm, il s'agissait d'une gynécomastie minime (cf. appréciation du 4 mars 2014). Le Dr X. _____ relevait en outre l'absence d'écoulement mammaire lactescent ou sanguinolent (cf. rapport du 22 avril 2013). Selon la Dresse S. _____, il n'y avait par ailleurs aucun signe de lésion maligne et aucune anomalie au niveau mammaire droit (cf. rapports précités). Le

bilan endocrinologique réalisé en phase préopératoire était en outre normal (cf. rapport du 24 janvier 2014 du Dr W._____). Dans ces conditions, on ne saurait considérer que la gynécomastie présentée par l'assuré atteignait une certaine ampleur ou intensité telles que prévues par la jurisprudence précitée (cf supra consid. 3b).

De surcroît, force est d'admettre que cette atteinte ne nécessitait pas de soins médicaux devant être pris en charge par l'assurance-maladie (cf. consid. 3 supra). En effet, aucun élément au dossier n'atteste de limitations des fonctions physiques ou mentales du recourant telles qu'elles nécessitaient un soutien médical ou que le processus de guérison n'était plus possible sans un tel appui ou du moins pas avec de réelles chances de succès, ou encore qu'on ne pouvait exiger de F._____ qu'il vive sans avoir pu essayer au moins un type de traitement. Sur le plan physique, l'assuré fait uniquement mention de douleurs sur la poitrine lors de la conduite automobile dues au frottement de la ceinture de sécurité (cf. rapport du 24 janvier 2014 du Dr W._____). Outre que cet élément s'apparente plus à une gêne fonctionnelle, laquelle ne saurait être suffisante pour justifier un soutien médical, il ne ressort pas des pièces qu'elle ait nécessité de quelconque traitement, en particulier antalgique. Sur le plan psychique, le recourant fait valoir qu'il était gêné et complexé par cette gynécomastie (cf. rapport du 22 avril 2013 du Dr X._____) et que celle-ci avait des répercussions psychologiques notables (cf. rapport du 24 janvier 2014 du Dr W._____). Le recourant explique aussi qu'il se renfermait sur lui-même, qu'il ne sortait plus et qu'il déprimait, ayant l'impression que les filles ne voyaient que ce problème chez lui. Il indique qu'après l'intervention chirurgicale, il a repris goût à la vie ainsi qu'à la pratique des activités comme le font les autres jeunes de son âge. Cependant, aucun diagnostic psychiatrique n'a été posé en l'espèce et le recourant n'a jamais consulté de psychiatre ou de psychologue, malgré le fait qu'il souffrait de cette gynécomastie depuis plusieurs années. Par ailleurs, il ressort du dossier que le recourant était plutôt gêné et complexé par cette affection que réellement atteint dans sa santé psychique en raison de celle-ci. Dans ces conditions, on ne saurait dès lors admettre que l'atteinte à la santé du recourant nécessitait un

traitement médical à charge de l'intimée au sens de la jurisprudence précitée, le fait pour un assuré de ressentir une « gêne psychologique » n'étant au demeurant pas suffisant pour admettre l'existence d'une maladie au sens de l'art. 3 al.1 LPGA (cf. supra consid. 3a).

b) Par ailleurs, le recourant ne saurait se fonder sur la jurisprudence relative à la prise en charge du traitement de défauts esthétiques. En effet, comme expliqué ci-avant, on ne peut considérer que l'atteinte à la santé était d'une certaine ampleur. Elle ne se trouvait pas non plus en lien de causalité avec une maladie ou un accident dont l'assureur devrait répondre (cf. supra consid. 3b). Les conditions d'une prise en charge des frais à titre de traitement de défauts esthétiques ne sont ainsi pas réalisées. Le recourant ne peut pas non plus invoquer l'arrêt du Tribunal fédéral du 1^{er} février 2008 en la cause K 143/06 à l'appui de son raisonnement. En effet, dans cet arrêt, l'asymétrie mammaire ayant conduit à la réduction d'un sein, soit l'opération litigieuse en l'espèce, était constitutive d'une atteinte esthétique d'une certaine ampleur et était secondaire à une maladie initiale à laquelle il appartenait à la caisse maladie de remédier. Or dans le cas de F._____, la gynécomastie ne se trouvait pas en lien de causalité avec une maladie ou un accident dont l'assureur devait répondre et elle ne constituait pas une atteinte d'une certaine ampleur. Quant à l'arrêt du Tribunal fédéral des assurances du 17 août 2005 en la cause K4/04, il n'est pas non plus pertinent en l'espèce. En effet, dans cette affaire, l'assurée souffrait d'une hypoplasie particulièrement grave et anormale, en ce sens que l'apparence caractéristique d'une poitrine féminine lui faisait totalement défaut. Il s'agissait donc d'une anomalie hors du commun ayant valeur de maladie, pour laquelle une indication chirurgicale était reconnue. De plus, cette malformation aussi marquée et visible était de nature, selon le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, à provoquer, surtout à l'adolescence, une atteinte psychique durable, si elle n'était pas traitée de façon adéquate. Selon le médecin de l'assurée, il existait en outre des indices sérieux montrant qu'une aggravation de son état psychique eût été pratiquement inéluctable. La situation du recourant n'est toutefois pas comparable à celle faisant l'objet de la décision précitée. En effet, outre

que la gynécomastie dont il a souffert est qualifiée de discrète, voire de minime, et non pas de particulièrement grave et anormale, aucun diagnostic psychiatrique n'a été posé et il n'existe aucun indice sérieux indiquant que le recourant aurait été exposé à une atteinte psychique dans le cas où il n'aurait pas subi l'opération litigieuse.

c) Le recourant fait également valoir le fait que l'assurance-maladie lui a octroyé la garantie hospitalière du 23 avril 2013 sans demander de renseignements complémentaires. Ce moyen est toutefois mal fondé. Selon la jurisprudence constante, la garantie de paiement donnée à un établissement hospitalier représente une garantie de prestations de la caisse uniquement vis-à-vis de cet établissement. Elle a pour effet de dispenser l'assuré de fournir des sûretés ou des arrhes à ce dernier, mais elle ne constitue pas un engagement définitif de l'assureur envers l'assuré de prendre en charge les frais. Seules des circonstances particulières permettent de donner à la garantie de paiement la portée d'un tel engagement (TF U 67/04 du 13 juillet 2004 consid. 5.1 et réf. cit.). De surcroît, en l'espèce, la demande de garantie de paiement était somme toute plutôt lacunaire et ne mentionnait pas expressément que l'opération envisagée consistait en le traitement d'une gynécomastie. Ainsi, la garantie de paiement accordée le 23 avril 2013 par l'intimée pour le séjour de l'assuré le 6 mai 2013 à la J. _____ ne saurait engager U. _____.

d) Le dossier étant complet, permettant ainsi à la juge instructrice de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu de donner suite aux mesures d'instruction complémentaires requises par le recourant, à savoir la mise en œuvre d'une expertise judiciaire et la production des documents médicaux relatifs à la gynécomastie en mains de l'intimée. Les pièces au dossier permettent en effet à la juge de céans de se prononcer en toute connaissance de cause sur la question de savoir si d'un point de vue juridique, la gynécomastie présentée par l'assuré constituait ou non une maladie au sens de l'art. 3 al. 1 LPGA. Dans ce contexte, un complément d'instruction sur le plan médical n'apparaît pas nécessaire (appréciation anticipée des preuves ; cf. supra consid. 6b).

Il s'ensuit que le recours, mal fondé, doit être rejeté, et la décision attaquée confirmée.

8. La procédure étant gratuite (cf. art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires. Au vu de l'issue du litige, le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (cf. art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,
la juge unique
prononce :**

I. Le recours est rejeté.

II. La décision sur opposition rendue le 6 août 2014 par U. _____ est confirmée.

III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La juge unique :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- Me Flore Primault (pour F. _____), à Lausanne,
- U. _____, à Lucerne,
- Office fédéral de la santé publique, à Berne,

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 :