

# **GE\_GERICHTE ATAS/263/2015 vom 13. April 2015**

GE Cour de justice, 2015-04-13, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_263\\_2015](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_263_2015)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/263/2015 du 13 avril 2015

IT: GE\_GERICHTE ATAS/263/2015 del 13 aprile 2015

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 4 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur depuis le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 LPGA relatives à la LAMal. Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

### **E. 2**

Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).

### **E. 3**

Le litige porte sur la prise en charge par l'intimée, au titre de l'assurance obligatoire des soins, des frais d'une révision des cicatrices abdominales, plastie abdominale basse et réduction du volume graisseux au niveau pubien sollicitées par la recourante.

### **E. 4**

a. En premier lieu, la recourante invoque une violation de son droit d'être entendue, dès lors que l'intimée ne lui a pas adressé, le 5 février 2014, l'avis de la Dresse E\_\_\_\_\_ daté du 11 octobre 2013. Pour ce motif, elle conclut à l'annulation de la décision litigieuse. b. Ce grief, de nature formelle, doit être examiné en premier lieu (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa; ATF 124 V 90 consid. 2 notamment). c. Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa; ATF 126 V 130 consid. 2b et les arrêts cités). La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu (art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 [Cst. - RS 101]), notamment, le droit pour le justiciable d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 135 I 279 consid. 2.3; ATF 133 I 270 consid. 3.1 et les références). Une violation du droit d'être entendu est considérée comme réparée lorsque l'intéressé jouit de la possibilité de s'exprimer librement devant une autorité de recours disposant du même pouvoir d'examen que l'autorité inférieure et pouvant ainsi contrôler librement l'état de fait et les considérations juridiques de la décision attaquée (ATF 133 I 201 consid. 2.2). Si la réparation d'un vice éventuel doit cependant demeurer l'exception (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa; ATF 126 V 130 consid. 2b), même en cas de violation grave du droit d'être entendu, un renvoi de la cause pour des motifs d'ordre formel à l'instance précédente peut être exclu, par économie de procédure, lorsque cela retarderait inutilement un jugement définitif

A/273/2014 - 13/20 - sur le litige, ce qui n'est dans l'intérêt ni de l'intimée, ni de l'administré dont le droit d'être entendu a été lésé (ATF 132 V 387 consid. 5.1). d. En l'espèce, l'intimée

ne conteste pas que la note de Dresse E\_\_\_\_\_ du 11 octobre 2013 ne figurait pas dans le dossier qu'elle a transmis à la recourante le

#### **E. 5**

Il convient dès lors d'examiner si l'intervention chirurgicale litigieuse doit être prise en charge par l'intimée.

#### **E. 6**

a. Dans le régime instauré par la 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 (art. 24 LAMal). A ce titre, les assureurs ne peuvent pas prendre en charge d'autres coûts que ceux des prestations prévues aux art. 25 à 33 (art. 34 al. 1 LAMal). Selon l'art. 25 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 (al. 1). Ces prestations comprennent notamment les examens et traitements dispensés sous forme ambulatoire, en milieu hospitalier ou dans un établissement médico-social ainsi que les soins dispensés dans un hôpital par des médecins (al. 2 let. a ch. 1). 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 (art. 3 al. 1 LPGA). b. Les prestations mentionnées à l'art. 25 LAMal doivent être efficaces, appropriées et économiques; l'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques (art. 32 al. 1 LAMal). Une prestation est efficace 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 130 V 532 consid. 2.2; 128 V 159 consid. 5c/aa). Le caractère approprié s'apprécie en fonction du bénéfice diagnostique ou thérapeutique de l'application dans le cas particulier, en tenant compte des risques qui y sont liés au regard du but thérapeutique (ATF 127 V 138 consid. 5). Le critère de l'économicité concerne le rapport entre les coûts et le bénéfice de la mesure, lorsque dans le cas concret différentes formes ou méthodes de traitement efficaces et appropriées entrent en ligne de compte pour combattre une maladie (ATF 127 V 138 consid. 5).

A/273/2014 - 14/20 - 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 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 condition (ATF 131 V 338 consid. 1.3). Selon l'art. 33 al. 3 LAMal, le Conseil fédéral détermine également dans quelle mesure l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts d'une prestation nouvelle ou controversée, dont l'efficacité, l'adéquation ou le caractère économique sont en cours d'évaluation. La réglementation de la LAMal repose ainsi sur le principe de la liste. Ayant pour but de fixer précisément le catalogue légal des prestations, le 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'agit d'une assurance obligatoire financée en principe par des primes égales (art. 76 LAMal). En dehors des listes, il n'y a pas d'obligation de prise en charge par la caisse-maladie (cf. sur la portée du système légal des listes : ATF 130 V 532 consid. 3.4 et les réf.; ATF 129 V 167). A l'art. 33 de l'ordonnance sur

l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal - RS 832.102), comme l'y autorise l'art. 33 al. 5 LAMal, le Conseil fédéral a délégué les compétences susmentionnées au Département fédéral de l'intérieur (DFI). Celui-ci 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 - dispositions qui reprennent textuellement les règles posées aux al. 1 et 3 de l'art. 33 LAMal - dont l'assurance-maladie obligatoire des soins prend en charge les coûts, avec ou sans condition, ou ne les prend pas en charge (art. 1 OPAS; ATF 136 I 121 consid. 2.2). L'annexe 1 de l'OPAS précise qu'elle ne contient pas une énumération exhaustive des prestations fournies par les médecins, à la charge ou non de l'assurance-maladie. c. La question de la prise en charge de corrections chirurgicales, par l'assurance-maladie obligatoire, a donné lieu à une jurisprudence abondante du Tribunal fédéral des assurances. Dans ce contexte, le tribunal s'est surtout attaché à délimiter les cas qui relèvent de la chirurgie esthétique où le but principal de l'intervention est de rendre une partie du corps plus belle ou plus conforme aux mensurations idéales, de ceux qui – bien que l'aspect esthétique n'en soit pas absent – doivent être considérés comme ayant valeur de maladie d'après la loi et, par conséquent, être couverts par l'assurance-maladie. A titre d'exemple, on citera l'opération de réduction du sein, qui bien que ne figurant pas dans le catalogue de l'OPAS, constitue une prestation à la charge des caisses-maladie si l'hypertrophie mammaire est à l'origine de troubles ayant eux-mêmes valeur de maladie au sens juridique et

A/273/2014 - 15/20 - que le but de l'intervention est d'éliminer ces atteintes secondaires; le critère déterminant étant l'existence d'un lien de causalité entre l'hypertrophie et les troubles physiques ou psychiques (ATF 130 V 299 consid. 2 et 3 et les références; arrêt du Tribunal fédéral des assurances K.132/04 du 2 février 2006; arrêt du Tribunal fédéral des assurances K.4/04 du 17 août 2005). En principe, les défauts esthétiques en tant que conséquence d'une maladie ou d'un accident n'ont pas valeur de maladie. Au sujet des traitements chirurgicaux, le TFA considère cependant qu'une opération sert non seulement à la guérison proprement dite de la maladie ou des suites immédiates d'un accident, mais aussi à l'élimination d'autres atteintes, secondaires, dues à la maladie ou à un accident, notamment en permettant de corriger des altérations externes de certaines parties du corps – en particulier le visage – visibles et spécialement sensibles sur le plan esthétique ; aussi longtemps que subsiste une imperfection de ce genre due à la maladie ou à un accident, ayant une certaine ampleur et à laquelle une opération de chirurgie esthétique peut remédier, l'assurance doit prendre en charge cette intervention, à condition qu'elle eût à répondre également des suites immédiates de l'accident ou de la maladie. Il faut également réserver les situations où l'altération, sans être visible ou particulièrement sensible ou même sans être grave, provoque des douleurs ou des limitations fonctionnelles qui ont clairement valeur de maladie. Ainsi des cicatrices qui provoquent d'importantes douleurs ou qui limitent sensiblement la mobilité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K.50/05 du 22 juin 2005; ATF 121 V 119 ; ATF 111 V 229 consid. 1c). Le TFA a ainsi jugé dans une jurisprudence rendue sous l'empire de la LAMA – jurisprudence qui conserve sa valeur sous le régime de la LAMal – que l'élimination chirurgicale des plis du ventre après une cure d'amaigrissement (prise en charge par l'assureur) est une mesure qui relève, en principe tout au moins, de la chirurgie esthétique et qui, en conséquence, n'ouvre pas droit aux prestations de l'assurance-maladie (RAMA 1985 K 638 p. 197). Dans un arrêt du 22 juin 2005, le TFA devait se prononcer sur la prise en charge par la caisse-maladie d'une

abdominoplastie avec cure de diastasis par plicature des droits dans le cas d'un assuré obèse, lequel, suite à la perte de 50 kg, présentait un excès cutanéograsseux avec des replis cutanés, avec la présence d'un tablier de Hottentot et un important relâchement de la musculature abdominale. Le TFA a considéré qu'il peut exister des circonstances particulières qui conduiraient à reconnaître une prise en charge de ce traitement par l'assureur-maladie, à savoir un état pathologique somatique ou psychique du patient ou des limitations fonctionnelles importantes justifiant l'intervention. En l'occurrence, le TFA a jugé que l'abdominoplastie avec cure de diastasis par plicature des droits sollicitée par cet assuré n'était pas justifiée par un état pathologique, dès lors que du point de vue dermatologique le problème d'irritation cutanée ne requérait pas une telle intervention chirurgicale, que du point de vue psychique il n'était pas possible d'établir un lien de causalité entre les troubles dépressifs et les séquelles morphologiques consécutives à

A/273/2014 - 16/20 - l'amaigrissement, et que l'intéressé ne présentait pas des limitations fonctionnelles importantes (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K.50/05 du 22 juin 2005). Dans un arrêt cantonal neuchâtelois du 29 janvier 2014, soumis au Tribunal fédéral, les juges cantonaux ont également rejeté la demande de prise en charge d'une abdominoplastie, dermolipéctomie et réduction mammaire, dans le cas d'une assurée dont certaines parties du corps avaient été déformées à la suite d'une obésité morbide. Les juges ont constaté que les interventions chirurgicales n'étaient pas justifiées par un état pathologique, singulièrement qu'il n'y avait aucune indication somatique justifiant ces opérations, lesquelles n'étaient pas non plus justifiées par une maladie psychique, ni par des limitations fonctionnelles importantes. Les excès cutanéoadipeux constituaient un défaut esthétique et n'étaient pas à l'origine de troubles ayant eux-mêmes valeur de maladie au sens juridique (voir arrêt du Tribunal fédéral 9C\_168/2014 du 17 avril 2014). Dans un arrêt rendu le 4 septembre 2006, le Tribunal cantonal des assurances sociales du canton de Genève (ci-après le TCAS), alors compétent, a admis la prise en charge par une caisse-maladie d'une abdominoplastie avec cure chirurgicale de diastasis des muscles droits dès lors qu'au vu des avis médicaux convergents, il existait au degré de la vraisemblance prépondérante, un lien de causalité entre le diastasis de l'assurée et un état pathologique et des limitations fonctionnelles se manifestant par des douleurs dorsales et abdominales, des problèmes de transit et de posture ainsi qu'une irritation pré-ombilicale. En outre, le caractère nécessaire, efficace et économique du traitement litigieux n'était pas contesté (ATAS/754/2006).

## **E. 7**

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière 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. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher 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. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la

description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

### **E. 8**

En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être

A/273/2014 - 17/20 - considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

### **E. 9**

a. En l'occurrence, l'intervention litigieuse, soit une révision des cicatrices abdominales, plastie abdominale basse et réduction du volume graisseux au niveau pubien, n'est pas exclue comme traitement à charge des caisses-maladie selon l'annexe 1 de l'OPAS. Il convient dès lors d'examiner si cette intervention remplit les conditions légales et jurisprudentielles justifiant sa prise en charge par l'intimée. b. La recourante est d'avis que l'intervention litigieuse est justifiée au motif que les troubles mictionnels dont elle souffre sont dus aux cicatrices et à l'excès graisseux qu'elle présente. c. La chambre de céans relève qu'il n'est pas contesté que la recourante présente, au niveau abdominal bas, une ptose de toute la région pubienne avec un excès graisseux important au niveau pubien (rapport du 11 mars 2013 du Dr B\_\_\_\_\_). Il n'est pas non plus contesté que la recourante présente des troubles mictionnels, sous la forme d'un ralentissement de la miction et une pollakiurie de dix à douze fois par jour (rapport du 4 mai 2013 du Dr G\_\_\_\_\_). Est litigieux toutefois le point de savoir si les troubles mictionnels sont dus aux cicatrices et à l'excès graisseux. La recourante est d'avis que tel est le cas, en se fondant sur les appréciations des Drs B\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_, ce que conteste l'intimée en se référant à l'avis de la Dresse E\_\_\_\_\_. d. Selon la Dresse E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale, il n'y avait pas de lien direct entre l'excès cutané abdominal et les difficultés mictionnelles de la recourante (courrier du 31 mai 2013). Selon ce médecin, l'ablation de la graisse pubienne n'allait pas améliorer l'incontinence urinaire dont souffrait la recourante (avis du 11 octobre 2013) et la correction du tablier abdominal ne servirait qu'à un seul but, l'amélioration de la forme de son corps (avis du 26 février 2014). Selon le Dr B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie plastique, esthétique et reconstructive, il était incontestable que l'excès de poids concentré dans la région pubienne pourrait contribuer aux difficultés mictionnelles de la recourante (rapport du 11 mars 2013). Entendu par la chambre de céans le 1er septembre 2014, il a expliqué notamment que la relation de cause à effet de l'excès graisseux sur les problèmes urinaires n'était pas certaine, mais très probable. Son intervention ne résoudrait pas à elle seule les problèmes urinaires de la recourante, mais elle s'inscrivait dans la recherche d'une solution à ces problèmes. Quant au Dr G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, il a indiqué que selon les Drs D\_\_\_\_\_ et B\_\_\_\_\_, la pollakiurie était causée par une compression de

A/273/2014 - 18/20 - l'hypogastre par le tablier de sapeur (rapport du 4 mai 2013). Pour le Dr G\_\_\_\_\_, l'opération litigieuse était impérative pour enlever le risque de pyélonéphrites et ses complications (rapport du 23 septembre 2013). Egalement entendu par la chambre de céans le 1er septembre 2014, il a expliqué que la bandelette qui comprimait l'urètre n'était pas la seule cause aux problèmes urologiques de la recourante. L'état cicatriciel et la masse de graisse contribuaient à une pression qui accentuait le ralentissement du débit. L'ablation du tablier de sapeur était à son avis nécessaire, elle contribuait à l'amélioration de la situation urologique. Selon lui, le ventre de la recourante présentait plusieurs cicatrices internes et profondes qui étaient l'une des raisons importantes pour lesquelles la solution des problèmes urologiques nécessitait l'opération litigieuse. Enfin, le Dr G\_\_\_\_\_ estimait que l'avis d'un spécialiste, tel que le Prof. J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en urologie auprès des HUG, était nécessaire. Dans son rapport du 13 octobre 2014, le Prof. J\_\_\_\_\_ a noté que la recourante se plaignait de difficultés mictionnelles qui se résumaient à des urgences mictionnelles ainsi qu'une impression de résidu vésical post-mictionnel et de jet faible. Suite à un examen clinique de la recourante, il a conclu qu'il n'avait que des arguments mineurs pour poser le diagnostic d'obstacle lié à la bandelette sous-urétrale. Selon lui, il n'était pas exclu que la caroncule urétrale soit à l'origine de la dysfonction mictionnelle et il avait prescrit des ovules d'oestrogènes. Il a expliqué que s'il fallait proposer une intervention, le traitement de la caroncule passerait au premier plan. Si la caroncule venait à être infirmée comme cause de l'obstacle, une intervention chirurgicale, à savoir une uréthrolyse, serait la seule solution, avec le risque de 25% de récurrence de l'incontinence urinaire d'effort. Enfin, s'agissant de l'hypothèse que la réduction d'excès de tissu adipeux pourrait résoudre les troubles urinaires, le Prof. J\_\_\_\_\_ a indiqué ne pas voir de lien de cause à effet entre la cicatrice redondante suspubienne et la dysfonction mictionnelle dont se plaignait la recourante. e. Au vu des avis divergents donnés par ces quatre médecins, la chambre de céans estime que s'agissant de la cause des troubles mictionnels dont souffre la recourante et des traitements à administrer, il convient de retenir les explications détaillées et convaincantes du Prof. J\_\_\_\_\_, émises suite à un examen clinique et à une cystoscopie, dès lors que ce médecin est spécialisé en urologie, alors que le Dr G\_\_\_\_\_, le Dr B\_\_\_\_\_ et la Dresse E\_\_\_\_\_ ne le sont pas. Pour ces motifs, il y a lieu d'accorder pleine valeur probante aux conclusions du Prof. J\_\_\_\_\_, ce que la recourante et l'intimée ne contestent pas au demeurant. Au vu du rapport du Prof. J\_\_\_\_\_ du 13 octobre 2014, il y a lieu de retenir que l'excès de tissus adipeux et la cicatrice redondante suspubienne que présente la recourante ne sont pas à l'origine des troubles mictionnels dont elle souffre. Partant, la prise en charge de l'intervention litigieuse ne se justifie pas par l'existence de ces troubles mictionnels.

A/273/2014 - 19/20 - Par ailleurs, il ne résulte pas des pièces versées au dossier, et la recourante ne l'allègue pas, que les cicatrices abdominales et le volume graisseux provoqueraient d'autres troubles somatiques ou psychiques ou des limitations fonctionnelles importantes pour lesquels l'intervention chirurgicale litigieuse serait médicalement indiquée.

## **E. 10**

Compte tenu de ce qui précède, force est de constater qu'il n'existe pas de circonstances particulières permettant d'admettre la prise en charge par l'intimée d'une révision des cicatrices abdominales, plastie abdominale basse et réduction du volume graisseux au niveau pubien sollicitée par la recourante. Par conséquent, c'est à juste titre que l'intimée a

refusé la prise en charge de cette intervention chirurgicale par décision du 17 décembre 2013.

**E. 11**

Au vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, sera rejeté.

**E. 12**

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/273/2014 - 20/20 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES  
SOCIALES : Statuant A la forme :

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