

# **GE\_GERICHTE ATAS/669/2018 vom 27. Juli 2018**

GE Cour de justice, 2018-07-27, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_669\\_2018](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_669_2018)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/669/2018 du 27 juillet 2018

IT: GE\_GERICHTE ATAS/669/2018 del 27 luglio 2018

## **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), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1), relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

### **E. 2**

À teneur de l'art. 1 al. 1 LAMal, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-maladie, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune

A/3974/2017 - 10/19 - modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

### **E. 3**

Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA et art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA-GE - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA et 89B LPA.

### **E. 4**

Le litige porte sur la question de savoir si le recourant a droit à la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins d'une abdominoplastie et d'une cruroplastie à la suite de l'opération de by-pass, plus particulièrement s'il présente un trouble psychique ayant valeur de maladie.

### **E. 5**

a. L'assurance-maladie sociale alloue des prestations en cas de maladie (art. 3 LPGA et art. 1a al. 2 let. a 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). À 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 al. 1 LAMal, l'assurance obligatoire des soins assume les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles. 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). 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. 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 prise en charge des conséquences d'une maladie suppose également que celles-ci relèvent d'une altération de la santé et puissent ainsi être qualifiées de maladie (ATF 137 V 295 consid. 4.2.2; ATF 134 V 83 consid. 3.1). c. 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. Il faut également réserver les situations où l'altération, sans être visible ou particulièrement sensible ou même sans être grave, provoque

A/3974/2017 - 11/19 - 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 (ATF 134 V 83 consid. 3.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_255/2016 du 17 février 2017 consid. 3.2). La question de savoir si un défaut esthétique peut être qualifié de déformation est généralement évaluée selon des critères objectifs. Cela inclut la conception de la société. Il est également important de savoir dans quelle mesure l'état s'écartant de la norme a un effet négatif pour des raisons esthétiques sur la vie active. Compte tenu de l'exigence d'égalité de traitement des assurés (art. 13 al. 2 let. a LAMal et art 8 al. 1 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 [Cst. - RS 101]), il faut se baser sur une interprétation étroite du terme « déformation ». Les facteurs subjectifs, en particulier le ressenti personnel, doivent être ignorés. Ils sont pris en compte pour déterminer si le défaut esthétique provoque des troubles physiques ou psychologiques avec valeur de maladie, qui peuvent être corrigés en remédiant au défaut (cf. ATF 121 V 213 consid 4 et RAMA 2004 n° KV 285 p. 242 consid. 4.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_319/2015 du 9 mai 2016 consid. 3.2). Conformément aux considérations qui précèdent, le Tribunal fédéral des assurances a 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 n'ouvre pas droit aux prestations de l'assurance-maladie (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 50/05 du 22 juin 2005 consid. 2.2) lorsque les plis du ventre ne peuvent pas être considérés comme des altérations externes importantes car ils ne concernent pas une partie du corps visible et spécialement sensible sur le plan esthétique (RAMA 1985 n° K 638 p. 197). Dans l'arrêt du 22 juin 2005, le Tribunal fédéral des assurances devait se prononcer sur la prise en charge par la caisse-maladie d'une abdominoplastie avec cure de diastasis par plicature des muscles grands droits dans le cas d'un assuré, obèse, lequel suite à la perte de 50 kg avait subi un excès cutanéograsseux

avec des replis cutanés. Le Tribunal fédéral des assurances a considéré qu'il peut exister des circonstances particulières qui conduiraient à reconnaître une prise en charge de ce traitement par l'assureur- maladie, soit un état pathologique ou psychique du patient, ou des limitations fonctionnelles importantes justifiant l'intervention, circonstances qu'il n'a pas retenues dans le cas particulier.

## **E. 6**

a. 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

A/3974/2017 - 12/19 - 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. À 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 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. b. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). c. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). d. Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPG ou une expertise judiciaire

(ATF 135 V 465 consid. 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

A/3974/2017 - 13/19 - e. Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références). f. En ce qui concerne les 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 ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

## **E. 7**

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 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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; 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). Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel il appartient au juge d'établir d'office l'ensemble des faits déterminants pour la solution du litige et d'administrer, le cas échéant, les preuves nécessaires (cf. art. 43 al. 1 et 61 let. c LPG). En principe, les parties ne supportent ni le fardeau de l'allégation ni celui de l'administration des preuves. Cette maxime doit cependant être relativisée par son corollaire, soit le devoir de collaborer des parties, lequel comprend l'obligation d'apporter, dans la mesure où cela est raisonnablement exigible, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués (ATF 138 V 86 consid. 5.2.3; ATF 125 V 193 consid. 2). Si le

A/3974/2017 - 14/19 - principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse (ATF 124 V 372

consid. 3; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3). Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références).

## E. 8

En l'espèce, le recourant prétend avoir droit à la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins d'une abdominoplastie et d'une cruroplastie au motif que les excès cutanés à l'abdomen et aux cuisses sont parfaitement visibles, que les macérations au niveau des plis cutanés peuvent provoquer des irritations et des infections cutanées et qu'il souffre d'un traumatisme psychologique profond en lien avec l'image de son corps, plus particulièrement de troubles dépressifs en rapport de causalité avec les excès cutanés. Au regard de la jurisprudence en cas de défauts esthétiques rappelée ci-dessus (cf. consid 5c), il convient d'examiner s'il existe des circonstances particulières justifiant de reconnaître une prise en charge par l'assurance obligatoire des soins, notamment s'il existe un état pathologique. a. Tout d'abord, aucun médecin ne fait état de douleurs ou limitations fonctionnelles provoquées par les séquelles du by-pass gastrique et ayant valeur de maladie, telles que des cicatrices extrêmement douloureuses ou limitant sensiblement la mobilité. Seul le Dr B\_\_\_\_\_, dans son rapport du 13 août 2015, mentionne des gênes dans l'activité quotidienne, sans toutefois fournir des informations plus précises à ce sujet, de sorte que faute de motivation suffisante, son évaluation n'a pas de valeur probante sur ce point. Quoiqu'il en soit, il n'est pas possible de déduire de ce rapport l'existence de limitations fonctionnelles ayant valeur de maladie. Au demeurant, aucun autre rapport médical ne mentionne de telles gênes, de sorte qu'il faut admettre l'absence de limitations fonctionnelles importantes justifiant de mettre l'opération préconisée à la charge de l'assurance obligatoire des soins. b. Par ailleurs, il n'existe pas davantage d'état pathologique justifiant une intervention chirurgicale. Même si le recourant invoque des macérations dues aux plis cutanés excédentaires, aucun des rapports médicaux au dossier ne fait état d'irritation cutanée requérant une intervention chirurgicale. En effet, dans son rapport du 13 août 2015, le Dr B\_\_\_\_\_ relève que ces macérations nécessitent des soins journaliers et non pas une intervention chirurgicale. Dans son courrier du 20 avril 2016 et son évaluation du 27 février 2017, la Dresse C\_\_\_\_\_ considère que ces macérations sont maîtrisables par une hygiène corporelle normale, appréciation qui n'est démentie

A/3974/2017 - 15/19 - par aucun rapport médical, de sorte qu'il y a lieu de lui reconnaître une pleine valeur probante. Au demeurant, le Tribunal fédéral des assurances a jugé à plusieurs reprises que les interventions chirurgicales ne peuvent pas être couvertes par l'assurance obligatoire des soins si de simples mesures d'hygiène et des traitements dermatologiques conduisent à un soulagement important ou même à l'élimination des affections cutanées résultant d'un chevauchement de parties du corps (arrêts du Tribunal fédéral des assurances K 135/04 du 17 janvier 2006, K 50/05 du 22 juin 2005 consid. 3.1.1 et K 15/04 du 26 août 2004 consid. 3.2.1). Par conséquent, la condition d'un état pathologique physique n'est pas réalisée, de sorte que seule la question des défauts esthétiques se pose. c. En l'occurrence, s'agissant de l'existence d'une importante déformation esthétique en raison de plis cutanés à l'abdomen, force est de constater que la déformation de l'abdomen ne concerne pas une partie du corps spécialement sensible sur le plan esthétique, conformément aux cas similaires tranchés par le Tribunal fédéral des

assurances (arrêt K 638 du 4 mars 1985 publié au RAMA 1985 p. 197, K 50/05 du 22 juin 2005 et K 135/04 du 17 janvier 2006), ce que le recourant ne conteste d'ailleurs pas dans sa réplique. Au demeurant, selon l'évaluation de la Dresse C\_\_\_\_\_ du 27 février 2017, basée sur les photographies transmises par le Dr B\_\_\_\_\_, les plis abdominaux du recourant sont discrets. Cette appréciation n'est pas remise en question par le Dr J\_\_\_\_\_ qui, dans son rapport du 5 septembre 2017, mentionne la présence à l'abdomen d'un tablier graisseux compatible avec un antécédent de bypass gastrique et une forte perte pondérale, sans faire état de l'existence chez le recourant d'un tablier graisseux plus important que chez des patients ayant subi le même type d'intervention. Seul le Dr B\_\_\_\_\_, dans son rapport du 13 août 2015, invoque une déformation corporelle importante, sans décrire en quoi la perte pondérale massive occasionne un défaut esthétique plus important que chez les autres hommes ayant subi le même type d'intervention. Par conséquent, faute de motivation suffisante, l'appréciation du Dr B\_\_\_\_\_ n'a pas de valeur probante. En définitive, en l'absence d'indice concret permettant de douter de son bien-fondé, il y a lieu de reconnaître une valeur probante à l'évaluation de la Dresse C\_\_\_\_\_ et de retenir que le défaut esthétique à l'abdomen est discret. d. S'agissant des plis cutanés aux cuisses, le recourant considère qu'ils sont localisés à un endroit sensible qui l'empêche de porter des shorts en été. En l'occurrence, la cruroplastie envisagée est une intervention réparatrice (cf. rapport du Dr F\_\_\_\_\_ du 7 février 2016) qui peut entraîner une cicatrice importante et disgracieuse, de sorte qu'on peut se demander si une telle intervention apporterait un bénéfice sur le plan esthétique. La question de savoir si les plis cutanés aux cuisses chez un homme sont visibles malgré le port de shorts couvrant les genoux et concernent une partie du corps spécialement sensible sur le plan esthétique peut rester non résolue au vu de ce qui suit.

A/3974/2017 - 16/19 - Dans sa note de consultation du 14 avril 2016, le Dr B\_\_\_\_\_ précise que, lors de l'entretien téléphonique du 12 avril 2016 avec la Dresse C\_\_\_\_\_, il a fait état chez le recourant d'une gêne très importante surtout au niveau crural ayant valeur de maladie. Dans son rapport subséquent du 8 août 2016, il ne décrit pas en quoi cette gêne est très importante et ne mentionne pas de plis cutanés plus importants que chez les autres personnes ayant subi le même type d'intervention. Par conséquent, faute de motivation suffisante, son évaluation n'a pas de valeur probante. Pour sa part, se basant sur les photographies transmises par le Dr B\_\_\_\_\_, la Dresse C\_\_\_\_\_ considère que les plis cutanés aux cuisses sont discrets. Les rapports au dossier émanant des autres médecins, à savoir des Drs D\_\_\_\_\_ et F\_\_\_\_\_, ne décrivent pas l'excès cutané. Le Dr D\_\_\_\_\_ fait état avant tout d'un traumatisme psychologique profond en lien avec l'image du corps. En définitive, aucun rapport médical ayant une valeur probante ne contient d'indice permettant de douter du bien-fondé de l'évaluation de la Dresse C\_\_\_\_\_. Par conséquent, en tant qu'elle se base sur des critères objectifs, à savoir la comparaison avec d'autres assurés dans la même situation, respectivement l'absence chez le recourant de défaut esthétique aux cuisses plus important que chez les autres hommes ayant subi le même type d'opération, il y a lieu de lui reconnaître une pleine valeur probante. Aussi, il n'existe pas chez le recourant de défaut esthétique ayant valeur de maladie.

## **E. 9**

Dans un dernier moyen, le recourant invoque l'existence d'un trouble psychique, notamment un problème d'image corporelle justifiant la prise en charge de l'intervention esthétique. a. Il ne suffit pas que l'assuré invoque des souffrances indicibles causées par les défauts esthétiques. Il faut que l'existence d'un trouble psychique ayant valeur de maladie

soit établie au degré de la vraisemblance prépondérante (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 15/04 du 26 août 2004 consid. 3.2.1). b. Dans son rapport d'expertise du 20 juillet 2017, le Dr K\_\_\_\_\_ ne diagnostique aucun trouble psychique. À l'examen clinique et de façon concordante avec les tests psychométriques réalisés dans le cadre de l'expertise, il ne constate aucune symptomatologie dépressive même mineure, aucun trouble anxieux, aucun trouble de la personnalité et aucun signe de décompensation psychique en relation avec l'excès cutané ou graisseux à l'abdomen et aux cuisses. Il conclut à l'absence de souffrance psychique manifeste justifiant une intervention esthétique pour des raisons thérapeutiques. Son rapport d'expertise a une entière valeur probante dès lors qu'il tient compte des rapports médicaux figurant dans le dossier du recourant, des plaintes de celui-ci, de l'anamnèse et de ses constatations cliniques. En outre, il comporte une motivation circonstanciée expliquant pourquoi il ne pose aucun diagnostic psychique et pourquoi il conclut à l'absence de souffrance psychique manifeste. En effet, il se réfère à la psychothérapie que suit le recourant depuis le 17 janvier 2013, en

A/3974/2017 - 17/19 - expliquant qu'elle est surtout centrée sur des éléments qui ne sont pas en relation avec l'apparence du recourant et sa perte pondérale, mais avec des problèmes relationnels et de choix personnels. Enfin, il ne contient aucune contradiction manifeste dès lors que le recourant lui-même, dans sa demande initiale de prise en charge du 8 janvier 2016, invoque uniquement un mal être physique et psychique, à la base de sa décision de subir un by-pass gastrique, et relève que celui-ci a permis une perte de poids de 60 kg qui a amélioré drastiquement son état psychique. Dans son rapport du 13 août 2015, le Dr L\_\_\_\_\_ mentionne chez le recourant des gênes de l'image de soi et, dans son rapport du 18 décembre 2015, le Dr D\_\_\_\_\_ indique que la perte de poids du recourant est à l'origine d'un traumatisme psychologique profond en lien avec l'image de son corps. Toutefois, ces deux médecins ne sont pas spécialistes en psychiatrie et en psychothérapie, de sorte que leurs avis n'émanent pas de spécialistes reconnus. De plus, ils ne décrivent pas les gênes et le traumatisme psychologique profond du recourant, de sorte que leurs rapports ne remettent pas en cause les conclusions de l'expert. Dans leur rapport conjoint du 24 mai 2016, la Dresse H\_\_\_\_\_ et Monsieur E\_\_\_\_\_ observent que les séquelles physiques d'amaigrissement restent très visibles pour le recourant et affectent son image de lui. Ils décrivent les excès de peau comme une blessure psychique le handicapant dans ses rapports sociaux et sa confiance en lui. Ces spécialistes ne posent aucun diagnostic psychique se basant sur une classification internationale. Ils ne quantifient pas l'importance de la blessure psychique, de sorte que leur appréciation n'est pas susceptible de mettre en doute le bien-fondé des conclusions du Dr K\_\_\_\_\_ dont le rapport d'expertise revêt une pleine valeur probante. Au vu de ce qui précède, même s'il est compréhensible humainement et psychologiquement que les excès de peau provoquent une blessure psychique, on ne peut toutefois pas parler chez le recourant d'une souffrance psychique ayant valeur de maladie (ATF 121 V 211 consid. 6b; RAMA 1994 n° K 931 p. 60 consid. 3e), ce d'autant plus qu'il ne présente pas d'incapacité de travail en lien avec cette souffrance (cf. à ce sujet, l'arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 15/04, op. cit., consid. 3.2.1). Par conséquent, la chambre de céans suivra les conclusions de l'expert, à savoir que l'état psychique du recourant ne justifie pas davantage la prise en charge de l'abdominoplastie et de la cruroplastie par l'assurance obligatoire des soins.

Le recourant requiert l'audition des Drs B\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_, ainsi que de M. E\_\_\_\_\_. a. Le juge peut renoncer à accomplir certains actes d'instruction, sans que cela n'entraîne une violation du droit d'être entendu, s'il est convaincu, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (sur l'appréciation anticipée des preuves

A/3974/2017 - 18/19 - en général : ATF 131 I 153 consid. 3; ATF 130 II 425 consid. 2; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_42/2015 du 29 mai 2015 consid. 5.1). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (ATF 136 I 229 consid. 5.3; ATF 124 V 90 consid. 4b). b. En l'espèce, l'audition du Dr L\_\_\_\_\_ sollicitée par le recourant a pour but de démontrer qu'il présente des macérations au niveau des plis cutanés qui peuvent provoquer des irritations et des infections malgré une hygiène corporelle normale. Or, au vu de la jurisprudence niant le droit à la prise en charge d'une intervention chirurgicale si de simples mesures d'hygiène et des traitements dermatologiques conduisent à un soulagement important ou même à l'élimination des affections cutanées, l'audition du Dr L\_\_\_\_\_ est inutile, ce d'autant plus qu'il s'est déjà exprimé dans trois rapports médicaux versés au dossier. L'audition du Dr D\_\_\_\_\_ a pour but de fonder l'existence chez le recourant d'un traumatisme psychologique profond en lien avec l'image de son corps. Or, le Dr D\_\_\_\_\_ n'est pas psychiatre, de sorte que son audition n'est pas susceptible de prouver un tel traumatisme psychique. Quant à l'audition de Monsieur E\_\_\_\_\_, elle a pour but d'établir que le recourant souffre de dépression depuis plusieurs années et qu'il souffre d'une image de soi. Monsieur E\_\_\_\_\_ n'étant pas psychiatre, mais psychologue, son audition n'est pas davantage susceptible de remettre en cause l'appréciation de l'expert-psychiatre, ce d'autant plus qu'il s'est déjà exprimé dans deux rapports médicaux figurant au dossier. Par conséquent, en application du principe de l'appréciation anticipée des preuves, il n'y a pas lieu de procéder aux auditions requises par le recourant dès lors qu'elles ne sont pas susceptibles de modifier l'issue du litige.

## **E. 11**

A vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. L'intimée conclut à l'octroi de dépens. De jurisprudence constante, les assureurs sociaux qui obtiennent gain de cause devant une juridiction de première instance n'ont droit à une indemnité de dépens dans aucune des branches de l'assurance sociale fédérale, sauf en cas de recours téméraire ou interjeté à la légère par l'assuré ou lorsque, en raison de la complexité du litige, on ne saurait attendre d'une caisse qu'elle se passe des services d'un avocat indépendant (ATF 126 V 143 consid. 4b). De plus, tant l'art. 61 let. g LPGA que l'art. 89H al. 3 LPA-GE ne prévoient l'allocation de dépens qu'au recourant qui obtient gain de cause et non pas à l'intimée. Par conséquent, celle-ci sera déboutée de sa conclusion. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

\* \* \* \* \* PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

A/3974/2017 - 19/19 - Statuant À la forme :

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