

GE_GERICHTE A/273/2014 vom 13. April 2015

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

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_273_2014

FR: GE_GERICHTE A/273/2014 du 13 avril 2015

IT: GE_GERICHTE A/273/2014 del 13 aprile 2015

Erwägungen

E. 9

ème Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Thierry STICHER recourante contre PROGRÈS ASSURANCES SA, avenue de Provence 15, LAUSANNE intimée EN FAIT 1. Madame A_____ (ci-après l'assurée), née le _____ 1936, est au bénéfice d'une police d'assurance-maladie obligatoire de soins auprès de Progrès Assurances SA (ci-après : la caisse-maladie).!endif]>!if> 2. Par correspondance du 11 mars 2013, le docteur B_____, spécialiste FMH en chirurgie plastique, esthétique et reconstructive, a sollicité du médecin-conseil de la caisse-maladie, la prise en charge d'une révision des cicatrices abdominales, plastie abdominale basse et réduction du volume graisseux au niveau pubien. Il a expliqué qu'en mars 1998, l'assurée avait subi une cholécystectomie par laparoscopie avec excision des cicatrices de Pfannenstiel et réfection de la paroi abdominale. Cette opération avait été effectuée par le docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie. En juin 2007, une hystérectomie laparoscopique avec annexectomie bilatérale et une pose de bandelette sous-urétrale, pour traitement de l'incontinence urinaire, avait été pratiquée par le docteur D_____, spécialiste FMH en gynécologie et obstétrique. Le Dr B_____ a indiqué que l'assurée présentait actuellement, au niveau abdominal bas, une ptose de toute la région pubienne avec un excès graisseux important également au niveau pubien. La cicatrice verticale sous-ombilicale et des excès cutanéograsseux résiduels au niveau de la reprise des anciennes cicatrices contribuaient à cet abaissement de la région pubienne. Il était incontestable que cet excès de poids concentré dans la région pubienne pourrait contribuer aux difficultés mictionnelles. Une plastie abdominale basse avec pexie de la région pubienne et réduction de son volume graisseux était tout à fait souhaitable et pourrait résoudre partiellement le problème posé par l'assurée.!endif]>!if> 3. A la demande de la caisse-maladie, des photographies pré-opératoires de l'assurée lui ont été transmises.!endif]>!if> 4. Le 18 avril 2013, la doctoresse E_____, spécialiste FMH en médecine interne générale et médecin-conseil de la caisse-maladie, a répondu au Dr B_____ qu'elle ne pouvait pas attribuer une valeur de maladie aux cicatrices ainsi qu'aux excès cutanéograsseux résiduels présentés par l'assurée. Les exigences de l'art. 3 loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) n'étant pas remplies, une prise en charge par l'assurance-obligatoire des soins n'était donc pas possible. !endif]>!if> 5. Par courrier du 23 avril 2013 au Dr B_____, la caisse-maladie a confirmé la prise de position de son médecin-conseil et a refusé de prendre en charge l'intervention prévue dès lors que les exigences de l'art. 3 LPGA n'étaient pas remplies.!endif]>!if> 6. Le 29 avril 2013, une échographie génito-urinaire et des creux inguinaux de l'assurée a été effectuée car elle présentait une tuméfaction pubienne et une dysurie avec sensation de pesanteur pelvienne et une symptomatologie pouvant évoquer une instabilité vésicale. Par rapport du même jour, le

docteur F_____, spécialiste FMH en radiologie, a constaté que la vessie était en faible réplétion sans résidu post-mictionnel avec des contours difficiles à étudier de façon exhaustive, mais sans aspect polypoïde. Il n'y avait pas de masse pelvienne ni liquide intra-péritonéal. Au niveau des régions inguinales, on retrouvait à gauche une hernie dans un trajet plutôt direct et à contenu uniquement graisseux. Celle-ci n'expliquait que très partiellement la tuméfaction pubienne qui correspondait à un tissu graisseux sous-cutané abondant.![endif]>![if> 7. Par courrier du 4 mai 2013 à la Dresse E_____, le docteur G_____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin traitant, a sollicité la prise en charge de la plastie d'un tablier de sapeur abdominal prévue par le Dr B_____. Il suivait l'assurée depuis vingt ans. Il avait constaté le développement d'une incontinence de stade 3, qui avait nécessité une cystopexie par bandelettes cinq ans auparavant. Des régimes répétés, des prises et pertes de poids successives avaient entraîné la persistance d'un tablier de sapeur. A présent, la patiente avait développé un ralentissement de la miction durant parfois plus d'une demi-heure et une pollakiurie de dix à douze fois par jour. Selon les Dr D_____ et B_____, cette pollakiurie était causée par une compression de l'hypogastre par « illisible », tablier de sapeur, et du point de vue urodynamique, une bandelette trop serrée. L'opération prévue consistait à relâcher la bandelette qui resserrait indirectement l'urètre et la vessie, précisément comprimée par le tablier de sapeur, d'où la nécessité d'exciser le tablier de sapeur (intervention du Dr B_____) et de relâcher la bandelette (intervention du Dr D_____) pour obtenir une urodynamique acceptable. Le Dr G_____ craignait une dilatation des bassins rénaux. L'intervention était d'autant plus importante que depuis quelques années, la patiente avait manifesté une immunodéficience. En raison de l'urodynamique, de l'anatomie favorisant des infections urinaires, parfois graves dans le contexte de ladite immunodéficience, et en raison des comorbidités, il sollicitait la reconsidération de l'avis de la Dresse E_____ et la prise en charge de l'opération prévue en vue d'une correction anatomopathologique. ![endif]>![if> 8. Par réponse du 31 mai 2013, la Dresse E_____ a maintenu son avis défavorable. Elle n'arrivait pas à trouver de lien direct entre l'excès cutané abdominal et les difficultés mictionnelles dont souffrait la patiente. Il s'agissait d'un problème gynécologique qu'une abdominoplastie basse ne corrigerait pas. L'art. 32 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal ; RS 832.10) relatif à l'adéquation du traitement n'était pas rempli. ![endif]>![if> 9. Par courrier du 5 juin 2013 au Dr G_____, la caisse-maladie a indiqué suivre l'avis défavorable de son médecin conseil.![endif]>![if> 10. Par pli du 8 août 2013, l'assurée, par l'intermédiaire d'Assista, protection juridique SA, a fait valoir que le dossier n'avait pas été suffisamment instruit et que le préavis de la Dresse E_____ n'était pas motivé. La caisse-maladie était invitée à procéder à une expertise médicale et à revoir sa position. Subsidiairement, une décision était requise.![endif]>![if> 11. Par décision du 22 août 2013, la caisse-maladie a refusé de prendre en charge l'intervention prévue par le Dr B_____ en se fondant sur les art. 3 al. 1 LPGA et 32 al. 2 LAMal.![endif]>![if> 12. Les 6 septembre et 4 octobre 2013, l'assurée a fait opposition à la décision. Elle reprenait les termes de sa correspondance du 8 août 2013 et se référait au courrier du Dr B_____ du 11 mars 2013 et à celui du Dr G_____ du 4 mai 2013. La caisse-maladie refusait de prendre en charge l'intervention litigieuse au motif qu'elle n'était pas nécessaire. Or, l'assurée rappelait qu'elle souffrait de difficultés mictionnelles qui avaient pour conséquence une incontinence urinaire. En outre, l'échographie du 29 avril 2013 avait constaté une tuméfaction pubienne correspondant à un tissu graisseux sous-cutané abondant. L'intervention était donc nécessaire, appropriée et efficace de sorte qu'elle remplissait les

conditions requises pour justifier la prise en charge par la caisse-maladie. A l'appui de son opposition, l'assurée a joint un courrier du Dr G _____ du 23 septembre 2013, selon lequel une baisse du débit urinaire avait été confirmée par le docteur H _____, spécialiste en gynécologie et obstétrique. Selon les Drs D _____, H _____ et B _____, une reprise de la cystopexie comprenant une plastie abdominale et urogynécologique telle que proposée était appropriée et efficace. Le Dr G _____ a ajouté que la patiente souffrait aussi d'immunodéficience commune variable favorisant des infections respiratoires et urinaires régulièrement. Ladite opération était impérative pour ôter le risque de pyélonéphrites et ses complications.!

13. Par avis du 11 octobre 2013, la Dresse E _____ a précisé notamment que l'incontinence urinaire donnait lieu à des pertes incontrôlables et involontaires d'urine qui se produisaient le jour ou la nuit. Il ne s'agissait pas d'une maladie mais d'un symptôme, le plus souvent lié à un trouble physique qui était fréquent avec l'âge. La cause principale de l'incontinence urinaire était donc un affaiblissement des muscles du plancher pelvien ou du périnée. Les personnes âgées risquaient de devenir graduellement incontinente car les muscles perdaient de leur tonus et à cela s'ajoutait l'exposition aux troubles neurologiques. Certes, l'obésité entraînait une pression constante sur la vessie et les muscles du plancher périnéal, ce qui les affaiblissait. Cependant, la Dresse E _____ contestait que cet affaiblissement de la musculature pelvienne soit guéri en enlevant la graisse et en pratiquant une abdominoplastie. Puisque la musculature était située à l'intérieur du bassin et que la faiblesse des muscles était due à un âge avancé, l'ablation de la graisse pubienne n'allait pas améliorer l'incontinence urinaire. L'abaissement de la pression intra-abdominale ne suffisait pas pour guérir ou au moins corriger le relâchement musculaire. Certes, l'aspect physique serait nettement amélioré car les plis de la peau disparaîtraient avec cette intervention. Par contre, les fuites urinaires devaient être traitées par voie médicamenteuse ou – si cela était un échec – par voie opératoire. Concernant la voie médicamenteuse, cinq médicaments étaient à choix. En plus, le plancher pelvien pouvait être tonifié par physiothérapie ou éventuellement électrostimulation. En résumé, il y avait beaucoup de possibilités thérapeutiques pour traiter cette incontinence urinaire qui était physiologique en vue de l'âge de l'assurée. L'abdominoplastie n'était pas une méthode scientifiquement reconnue pour aider à ce problème.!

14. Par décision du 17 décembre 2013, la caisse-maladie a rejeté l'opposition de l'assurée, dès lors que l'intervention proposée n'était ni efficace, ni adéquate. Le Dr B _____ avait diagnostiqué chez l'assurée une incontinence urinaire avec difficultés mictionnelles. Selon ce médecin, suivi par le Dr G _____, la cicatrice verticale sous-ombilicale et des excès cutanéograsseux résiduels contribuaient au rabaissement de la région pubienne et aux difficultés mictionnelles. Or, selon la Dresse E _____, il n'y avait pas de lien direct entre l'excès cutané abdominal et les difficultés mictionnelles (courrier du 31 mai 2013). Par ailleurs, la Dresse E _____ avait complété ses explications dans un avis du 11 octobre 2013 et elle avait, de manière convaincante, conclu qu'il y avait beaucoup de possibilités thérapeutiques pour traiter cette incontinence urinaire qui était physiologique au vu de l'âge de l'assurée et que l'abdominoplastie n'était pas une méthode scientifiquement reconnue pour aider à ce problème. Enfin, la caisse-maladie précisait qu'elle ne s'opposerait pas à la seule opération de relâchement de bandelette préconisée par le Dr G _____ dans son rapport du 4 mai 2013, si nécessaire et après approbation par le médecin-conseil.!

15. Par acte du 30 janvier 2014, l'assurée, par l'intermédiaire de son conseil, a interjeté recours contre la décision, concluant sous suite de frais et dépens, préalablement, à l'audition des Drs G _____, D _____ et B _____, et

principalement, à son annulation, et à la prise en charge par la caisse-maladie de l'intervention chirurgicale proposée par le Dr B_____, soit une révision des cicatrices abdominales, une plastie abdominale basse et une réduction du volume graisseux au niveau pubien. La recourante faisait valoir que le dossier avait été insuffisamment instruit, que tous les avis de la Dresse E_____ ne lui avaient pas été communiqués, que ce médecin ne l'avait jamais examinée et que son argumentation était erronée dès lors qu'elle parlait d'incontinence dans ses avis alors qu'elle souffrait de difficultés à la miction.![endif]>![if> 16. A la demande de la recourante, l'intimé lui a transmis le 5 février 2014 les pièces médicales du dossier.![endif]>![if> 17. Par écriture du 13 février 2014, la recourante a complété son recours. Elle faisait grief à l'intimée d'avoir violé son droit d'être entendue. Dans sa décision sur opposition, l'intimée faisait référence à une note de la Dresse E_____ du 11 octobre 2013, dont ni la recourante, ni son représentant n'avaient eu connaissance. L'on pouvait même douter de l'existence de ce document puisqu'il ne figurait pas dans les pièces transmises le 5 février 2014. Pour ce seul motif, la décision devait être annulée. La décision contestée était en outre insuffisamment motivée et faisait suite à une instruction insuffisante du dossier de la part de l'intimée. Pour fonder son opinion, la Dresse E_____ n'avait pris connaissance que des photographies pré-opératoires. Ni elle, ni un autre médecin désigné par l'intimée ne l'avaient reçue. Par ailleurs, les rapports de la Dresse E_____ manquaient de motivation ou étaient dénués de toute pertinence. Celui du 18 avril 2013 ne mentionnait à aucun moment les problèmes de miction de la recourante. Le médecin-conseil indiquait qu'il ne serait pas possible d'attribuer une valeur de maladie aux cicatrices et à l'excès cutané ou graisseux. Or, la recourante rappelait que le traitement sollicité n'avait pas pour but de soigner les problèmes de cicatrices ou d'excès cutané ou graisseux, mais de traiter des problèmes de miction, de pollakiurie et de réduire les risques de pyélonéphrites. Pour traiter les maladies précitées, il était nécessaire de reprendre les cicatrices et l'excès cutané ou graisseux mentionné par le biais d'une plastie abdominale et d'un relâchement de la bandelette sous-urétrale. Le second rapport de la Dresse E_____ daté du 31 mai 2013 manquait aussi de motivation en prétendant que le traitement ne serait pas adéquat. Or, le Dr G_____ avait expliqué de manière convaincante le lien existant entre l'excès graisseux et les problèmes de miction de la recourante. La Dresse E_____ ne justifiait aucunement sa position divergente et n'expliquait pas en quoi le rapport du Dr G_____ serait erroné. Enfin, sa note du 11 octobre 2013 était dénuée de toute pertinence dans la mesure elle faisait référence à des problèmes d'incontinence urinaire alors que la recourante souffrait précisément de l'inverse, soit de difficultés de miction. Pour ces motifs, la décision devait être annulée. La recourante a ajouté que l'intimée ne contestait pas qu'elle souffrait conjointement de difficultés de miction, de pollakiurie et d'immunodéficience commune variable avec un risque de pyélonéphrites. Ces différentes pathologies avaient indéniablement la valeur de maladie au sens de l'art. 3 LPGA. De manière concordante, quatre médecins qui l'avaient examinée, soit les Drs G_____, D_____, H_____ et B_____, estimaient nécessaire de procéder conjointement à une plastie abdominale et à un relâchement de la bandelette sous-urétrale, afin de permettre une urodynamique acceptable. Il s'agissait des seules mesures efficaces permettant de réduire de manière probante la pression opérée sur la bandelette sous-urétrale. Le fait de procéder uniquement à un relâchement de la bandelette sous-urétrale n'empêcherait pas l'excès sous-cutané ou graisseux au niveau pubien (tablier de sapeur) d'opérer une pression sur ladite bandelette ce qui rendrait en définitif l'opération inefficace. L'intimée reconnaissait d'ailleurs, dans sa décision sur opposition, que cet excès cutané ou graisseux entraînait

« une pression constante sur la vessie et les muscles du plancher périnéal ». En revanche, en fondant son analyse sur les effets de cette pression dans le cadre d'une incontinence urinaire, soit un problème dont ne souffrait précisément pas la recourante, l'analyse de l'intimée était manifestement hors de propos et ne pouvait être suivie. Ainsi, le fait de procéder conjointement, par le biais d'une seule opération à une plastie abdominale et un relâchement de la bandelette sous-urétrale, s'avérait être à la fois économique, efficace et en adéquation dans le traitement des difficultés de miction de la recourante. Partant, l'intervention sollicitée devait être prise en charge par l'intimée. » [endif]> [if> 18. Le 11 février 2014, l'intimée a adressé à la recourante l'intégralité des pièces du dossier. » [endif]> [if> 19. Par réponse du 12 mars 2014, l'intimée a conclu au rejet du recours. L'éventuelle violation du droit d'être entendu pouvait être réparée devant l'autorité de recours. Concernant le manque de motivation et le grief d'une instruction insuffisante, le dossier médical de la recourante était suffisamment étoffé pour que le médecin-conseil estime que l'abdominoplastie n'était pas à charge de l'intimée. Concernant l'adéquation du traitement, le Dr G_____ lui-même ne semblait pas croire que cette opération pourrait guérir sa patiente de ses troubles mictionnels puisqu'il précisait qu'il faisait cette requête « à la demande de la patiente ». Selon l'intimée, il s'agissait d'un problème gynécologique qu'une abdominoplastie basse ne corrigerait pas. Il était établi que l'obésité entraînait une pression constante sur la vessie et les muscles du plancher périnéal. Il n'était toutefois pas sûr que cet affaiblissement de la musculature pelvienne soit guéri en enlevant la graisse et en pratiquant une abdominoplastie, ce d'autant moins que la recourante était âgée de 67 ans (recte : 77 ans) en 2013. La Dresse E_____ avait conclu, de façon convaincante et suivant les règles du degré de vraisemblance prépondérante appliquée à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale, qu'il y avait beaucoup de possibilités thérapeutiques pour traiter l'incontinence urinaire ou les problèmes mictionnels physiologiques au vu de l'âge de la recourante. L'analyse étoffée de la Dresse E_____ devait se voir reconnaître pleine valeur probante. L'abdominoplastie n'étant pas une opération lourde, il n'était économiquement pas plus judicieux de la réaliser en même temps que le relâchement de bandelette. L'intimée a ajouté qu'elle ne s'opposerait pas à la seule opération de relâchement de la bandelette préconisée par le Dr G_____ dans son rapport du 4 mai 2013, si nécessaire, et après approbation par son médecin-conseil. » [endif]> [if> A l'appui de sa réponse, l'intimée a joint deux avis de la Dresse E_____. Dans un mémo du 26 février 2014, ce médecin a expliqué notamment que l'incontinence urinaire dont souffrait la recourante était un symptôme fréquent chez les femmes ménopausées dont 40% étaient atteintes. Il n'y avait que peu d'études prouvant l'efficacité d'une perte de poids sur l'amélioration de l'incontinence, ce qui serait indirectement atteint avec la réduction du tablier de sapeur demandée. Les déclarations des Drs D_____ et B_____ sur le fait que cette pollakiurie était due à la compression de l'hypogastre par le tablier de sapeur n'était qu'hypothétique. Selon l'examen complémentaire du 29 avril 2013, les organes urétraux étaient de taille et morphologie normales. Une compression n'était pas décrite. La tuméfaction pubienne n'était que la manifestation de l'obésité de la recourante. Elle était de nature sous-cutanée et ne touchait pas les organes. En outre, une pathologie de la bandelette sous-urétrale n'était pas décrite. Selon la Dresse E_____, si la bandelette s'avérait vraiment être trop serrée, comme le suggéraient les Drs D_____ et B_____, ce n'était pas en raison du tablier abdominal, mais en raison du relâchement progressif des muscles du plancher pelvien, ce qui avait mené à l'incision de la bandelette dans le tissu fibreux et à la réapparition consécutive de l'incontinence urinaire. La Dresse E_____ concluait que la correction du

tablier abdominal ne servirait qu'à un seul but, soit l'amélioration de la forme du corps de l'assurée. L'incontinence urinaire ne serait pas guérie. Pour corriger celle-ci, il convenait de suivre les guidelines de la société suisse de gynécologie-urologie en établissant soit une thérapie médicamenteuse, soit une intervention chirurgicale. Elle maintenait son refus initial. Différentes études médicales étaient citées. Dans un mémo du 11 mars 2014, la Dresse E_____ a précisé qu'il n'y avait aucun changement selon que l'on parlait d'incontinence ou de difficultés ou lenteurs mictionnelles. Dans les antécédents, la requérante avait souffert d'incontinence menant à une cystopexie par bandelette en 2008. Apparemment, elle avait été asymptomatique jusqu'en 2012, où elle avait développé une pollakiurie. Par ailleurs, ce médecin a ajouté qu'il n'était pas trop lourd, mais superflu d'enlever le tablier de sapeur dans l'espoir d'améliorer les troubles mictionnels. Il s'agissait d'un état plus ou moins physiologique dû à l'âge et à la ménopause avec baisse du taux d'oestrogènes. L'obésité que présentait la requérante ne signifiait pas un facteur prépondérant favorisant les pertes urinaires. Par conséquent, l'amélioration de l'obésité par le biais d'une abdominoplastie ne garantissait pas une guérison de son incontinence. Il n'y avait pas de preuve d'une amélioration des troubles mictionnels par cette opération et il s'agissait d'une intervention à visée esthétique. 20. Par réplique du 7 avril 2014, la requérante a persisté dans ses conclusions. Les avis de la Dresse E_____ revêtaient une importance particulière puisque l'intimée se fondait exclusivement sur ceux-ci pour fonder son refus de prestations. En ne communiquant pas l'avis du 11 octobre 2013 à la requérante, celle-ci n'avait pas eu l'occasion de se prononcer sur une pièce essentielle du dossier et en conséquence n'avait pas eu la faculté de la soumettre à ses médecins traitants afin que ces derniers puissent également se déterminer et l'autorité de recours n'avait pas pour but de réparer une violation du droit d'être entendu. La requérante a ajouté que la Dresse E_____ mettait sur un pied d'égalité les difficultés mictionnelles (dysurie) et les problèmes de fuite urinaire (incontinence), alors que ces deux pathologies avaient des causes opposées. La requérante comprenait mal comment un même traitement médical, soit celui préconisé par la Dresse E_____ dans le cadre d'une incontinence urinaire, pouvait guérir des pathologies qui avaient des causes totalement opposées. Les traitements préconisés par ledit praticien n'avaient pas pour finalité de soigner une dysurie. L'analyse de la Dresse E_____ ne pouvait pas être suivie ou, à tout le moins, conduisait à un doute suffisant pour qu'une expertise judiciaire soit mise sur pied. Subsidiairement, la requérante sollicitait l'audition des médecins qui l'avaient auscultée. 21. Par duplique du 5 mai 2014, l'intimée a persisté dans ses conclusions. Il n'existait pas d'avis contraire à celui de la Dresse E_____ puisque le Dr G_____ avait déposé sa requête "à la demande de sa patiente", ce qui impliquait implicitement qu'il ne croyait pas que cette opération était susceptible de guérir la requérante, tandis que le Dr B_____, dans sa lettre du 11 mars 2013, évaluait qu'il serait peut-être possible que le traitement litigieux puisse résoudre partiellement le problème posé par sa patiente. Le Dr G_____ n'expliquait nullement en quoi une abdominoplastie résoudrait le problème de relâchement progressif des muscles du plancher pelvien. Les médecins traitants ne faisaient qu'émettre un vague pronostic sans réelle motivation et sans tenter une alternative thérapeutique moins lourde. Par ailleurs, la requérante alléguait avoir voulu soumettre l'avis du médecin-conseil à ses médecins traitants. L'intimée faisait remarquer que les conclusions et les arguments de la Dresse E_____ étaient connus depuis le 31 mai 2013, date de son courrier au Dr G_____. Celui-ci n'avait d'ailleurs pas répondu au médecin-conseil de l'intimée et son avis du 23 septembre 2013 n'apportait aucun élément médical. 22. Le 1^{er} septembre

2014, la chambre de céans a entendu le Dr B_____. Le témoin a expliqué que le début de sa correspondance du 11 mars 2013 "à la demande de la patiente" est une formulation usuelle qu'il emploie systématiquement; vis-à-vis de l'assurance, c'est formellement la recourante qui demande. Celle-ci lui avait été adressée par le Dr D_____, son gynécologue. Ce médecin lui avait posé deux questions précises. La première consistait à savoir s'il était possible et judicieux d'opérer en même temps les questions liées à l'abdomen et au problème urologique. Selon le témoin, il était évident que la combinaison des deux interventions était plus économique et plus logique; par exemple, cela permettait d'économiser une anesthésie totale, une hospitalisation et un temps d'arrêt. La deuxième question était de déterminer si la réduction d'excès graisseux pouvait contribuer à résoudre les problèmes urinaires. Selon le témoin, la relation de cause à effet sur les problèmes urinaires n'était pas certaine, mais très probable. L'intervention qui le concernait consistait en une plastie abdominale basse qui devait permettre de réviser la cicatrice, d'enlever des excès de peau et de graisse et de remonter la région pubienne. Elle ne résolvait pas à elle seule les problèmes urinaires. Son intervention devait aussi permettre d'améliorer des complications suite aux précédentes interventions, notamment enlever l'excès cutanéograsseux qui s'était formé au-dessus de la cicatrice et rapprocher les deux bords (bas et haut). Il a rappelé que cette intervention s'inscrivait dans la recherche d'une solution pour les problèmes urinaires de la recourante, les autres interventions n'ayant pas présenté les résultats souhaités. Pour le témoin, il était clair que son intervention permettrait d'optimiser les chances de succès de cette opération, du point de vue urinaire.!

La chambre de céans a également entendu le Dr G_____, médecin traitant de la recourante depuis plus de vingt ans. Il a expliqué que le ralentissement urinaire était un facteur favorisant les infections urinaires, compte tenu aussi du fait que la recourante présentait une immunodéficience. Pour lui, il était clair que la recourante ne présentait pas un problème d'incontinence, mais de dysurie. La pollakiurie était la conséquence de la dysurie. L'incontinence avait été opérée et avait entraîné cette pollakiurie. Il était vrai que la bandelette comprimait l'urètre, ce n'était toutefois 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, raison pour laquelle, pour le témoin, il ne s'agissait pas d'incontinence. L'intervention du Dr B_____ lui apparaissait souhaitable et il soutenait ce que ce médecin avait noté dans son rapport du 11 mars 2013. Selon le témoin, un traitement médicamenteux pouvait aider, mais cela ne serait que temporaire et ne résoudrait pas le fond du problème. S'agissant du mémo du 11 octobre 2013 de la Dresse E_____, le témoin contestait notamment le paragraphe qui précédait les traitements envisageables, car la Dresse I_____ y émettait un avis uro-gynécologique. Selon le témoin, l'avis d'un spécialiste était nécessaire et il était prévu que la recourante voie le professeur J_____, spécialiste FMH en urologie à l'Hôpital universitaire de Genève (ci-après les HUG), le 10 septembre 2014. Le témoin a ajouté que l'ablation du tablier du sapeur était à son avis nécessaire. Elle contribuait à l'abdominoplastie et à l'amélioration de la situation urologique. Selon lui, dans le cas précis, c'était la meilleure des solutions. Une personne n'ayant pas vu la recourante, ne pouvait pas se rendre compte de son état cicatriciel. Son ventre présentait plusieurs cicatrices internes et profondes qui étaient l'une des raisons importantes pour lesquelles la solution des problèmes urologiques nécessitait l'opération litigieuse. Ces cicatrices étaient rigides et entravaient une miction correcte, une souplesse de la musculature qui participait à une bonne rééducation. Enfin, il n'avait pas pris contact avec le médecin-conseil dès lors qu'il n'était pas le praticien demandeur de

l'opération. Le témoin pensait que l'on pouvait se fonder sur ce qu'allait dire le Prof. J_____. A l'issue de cette audition, les parties ont été entendues. L'intimée a confirmé le point 5 (en droit) de son écriture du 12 mars 2014, à savoir qu'elle ne s'opposera pas à la seule opération de relâchement de bandelette préconisée par le Dr G_____ dans son rapport du 4 mai 2013, si nécessaire et après approbation par son médecin-conseil. L'intimée a précisé que la Dresse E_____ était spécialiste FMH en médecine interne. La recourante a proposé d'attendre l'avis du Prof. J_____; l'audition du Dr D_____ lui apparaissait nécessaire vu les réserves du point 5 précité. Un délai a notamment été fixé à la recourante pour produire l'avis du Prof. J_____. 23. Par pli du 15 octobre 2014, la recourante a transmis le rapport du Prof. J_____ du 13 octobre 2014. Il en résultait que la recourante se plaignait de difficultés mictionnelles depuis un peu moins de trois ans. Elles se résumaient à des urgences mictionnelles, ainsi qu'une impression de résidu vésical post-mictionnel et de jet faible. Dans les antécédents, il retenait une hystérectomie une dizaine d'années auparavant et la pose d'une bandelette sous-urétrale pour incontinence urinaire plus de quatre ans avant l'apparition des troubles mictionnels. A l'examen clinique, il a constaté notamment un panicule adipeux anté-pubien important, une cicatrice de Pfannenstiel étendue sans particularité, une mini-caroncule urétrale et une discrète indentation au tiers distal de la paroi vaginale antérieure. La cystoscopie du jour ne mettait pas en évidence d'axe urétral oblique vers le haut et il n'y avait pas de lésion de la muqueuse vésicale. Le résidu vésical post-mictionnel était évalué ultrasonographiquement à 100 ml. En conclusion, le Prof. J_____ n'avait que des arguments mineurs (résidu vésical post-mictionnel modéré à 100 ml ; indentation de la paroi vaginale antérieure) pour poser le diagnostic d'obstacle lié à la pose de la bandelette sous-urétrale. Il n'était par ailleurs pas exclu que la caroncule urétrale soit à l'origine de la dysfonction mictionnelle actuelle. Il avait prescrit pour ce faire des ovules d'oestrogènes intra-vaginaux. S'il fallait proposer une intervention, le traitement de la caroncule passerait au premier plan. Il convenait d'attendre pour l'instant l'effet des oestrogènes locaux. Si la caroncule venait à être infirmée comme cause d'obstacle, une intervention chirurgicale (uréthrolyse) serait la seule solution, avec le risque de 25% de récurrence de l'incontinence urinaire d'effort. S'agissant de la question de savoir si la réduction d'excès de tissu adipeux pourrait résoudre les problèmes urinaires de la recourante, le Prof. J_____ ne voyait pas de lien de cause à effet entre la cicatrice redondante suspubienne et la dysfonction mictionnelle. Enfin, il était possible d'associer une intervention urologique avec la plastie de la paroi de l'abdomen inférieure. La recourante a expliqué que le traitement d'ovules oestrogènes prescrit le 10 septembre 2014 n'avait pas amélioré ses difficultés. Selon le Prof. J_____, si la caroncule n'était pas la cause de l'obstacle, une intervention chirurgicale serait la seule solution. La recourante persistait dans ses conclusions. 24. Par écriture du 5 novembre 2014, l'intimée a persisté dans ses conclusions et a joint un avis du 29 octobre 2014 de la Dresse E_____, selon lequel le Prof. J_____ constatait qu'il n'y avait pas de lien de causalité entre la cicatrice sus-pubienne et les plaintes mictionnelles. Selon la Dresse E_____, le Prof. J_____ réfutait donc les avis du Dr G_____ du 1^{er} septembre 2014 et du Dr B_____ qui défendaient l'abdominoplastie comme étant la meilleure solution du problème urologique, respectivement que l'ablation du tablier de sapeur serait nécessaire pour améliorer la situation urologique. Selon le Prof. J_____, la caroncule urétrale pourrait être à l'origine des symptômes de la recourante; il avait tenté une substitution avec oestrogènes locaux et proposait l'ablation de la caroncule en cas d'échec. La Dresse E_____ a ajouté qu'étant donné que le Prof. J_____ n'avait trouvé aucune anomalie due à

l'ancienne bandelette, son relâchement n'était peut-être plus nécessaire. En revanche, il fallait accepter l'uréthrolyse, malgré le risque de récurrence de 25%, et elle pourrait également corriger l'ancienne bandelette. Le pronostic quant à une guérison complète des troubles mictionnels était donc incertain. L'intimée a ajouté qu'au vu des conclusions du Prof. J_____, l'abdominoplastie n'était pas utile pour résoudre les troubles mictionnels de la recourante. Il convenait en premier lieu d'envisager le traitement de la caroncule, puis une uréthrolyse, laquelle pourrait aussi corriger l'ancienne bandelette, selon la Dresse E_____. Ces traitements étaient admis à charge de l'assurance obligatoire des soins. 25. Après avoir adressé une copie de cette écriture à la recourante, la chambre de céans a gardé la cause à juger. EN DROIT 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 1^{er} 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. 2. Interjeté dans les formes et délais prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA). 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. 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 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 5 février 2014. Il en résulte que la recourante n'a pas pu se déterminer à son égard dans son recours du 13 février 2014. Force est toutefois d'admettre que la violation du droit d'être entendu a été réparée dans le cadre de la présente procédure, puisque l'intimée a adressé le 11 février 2014 cette pièce à la recourante et que celle-ci a pu se déterminer à son sujet par écriture du 7 avril 2014. e. Par conséquent, le grief de violation du droit d'être

entendu doit être écarté. 5. Il convient dès lors d'examiner si l'intervention chirurgicale litigieuse doit être prise en charge par l'intimée.!

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). 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 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 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, dermolipectomie 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). 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 LPGA), 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).> 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 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). [endif]>[if> 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. [endif]>[if> 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 1^{er} 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 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). Également entendu par la chambre de céans le 1^{er} 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. 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. 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. 11. Au vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, sera rejeté. 12. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA). **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.