

NE_GERICHTE CDP.2025.239 vom 9. März 2026

NE Tribunal cantonal, 2026-03-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne_gerichte_CDP.2025.239

FR: NE_GERICHTE CDP.2025.239 du 9 mars 2026

IT: NE_GERICHTE CDP.2025.239 del 9 marzo 2026

Erwägungen

E. 1

peuvent être traitées selon une procédure simplifiée (al. 1) ; l'intéressé peut exiger qu'une décision soit rendue (al. 2). L'article 52 al. 1 LPGA prévoit que les décisions peuvent être attaquées dans les trente jours par voie d'opposition auprès de l'assureur qui les a rendues, à l'exception des décisions d'ordonnancement de la procédure.

L'article 49 al. 3 LPGA, à teneur duquel la notification irrégulière d'une décision ne doit entraîner aucun préjudice pour l'intéressé, consacre un principe général du droit qui concrétise la protection constitutionnelle de la bonne foi et les garanties conférées par l'article 29 al. 1 et 2 Cst.féd.. Cependant, la jurisprudence n'attache pas nécessairement la nullité à l'existence de vices dans la notification : la protection des parties est suffisamment garantie lorsque la notification irrégulière atteint son but malgré cette irrégularité. Il y a lieu d'examiner, d'après les circonstances du cas concret, si la partie intéressée a réellement été induite en erreur par l'irrégularité de la notification et a, de ce fait, subi un préjudice (arrêt du TF du 19.12.2024 [8C_349/2024] cons. 3 et les réf. cit.).

b) En l'occurrence, avant de refuser formellement les prestations sollicitées (décision du 23.02.2024, confirmée sur opposition le 27.05.2025), l'intimée a par trois fois refusé de prendre en charge les frais de l'opération : par courriers des 25 juin 2018, 9 août 2018 et 1er mai 2023. Ces documents ne contenaient aucune indication des voies de droit alors que, compte tenu des enjeux pour l'assuré, il aurait fallu procéder par la voie de la décision ou, à tout le moins, informer l'assuré de la possibilité de demander une décision. Les premiers refus informels relèvent par conséquent d'une notification irrégulière d'une décision. Le recourant n'a pas fait part de son désaccord à réception des courriers des 25 juin et 9 août 2018. Dans une telle constellation, il conviendrait d'examiner le refus litigieux à laune des conditions strictes de l'article 53 LPGA (révision procédurale ou reconsidération). Les notifications irrégulières ont donc entraîné un préjudice pour l'intéressé, raison pour laquelle il est renoncé à traiter la question sous l'angle de cette disposition.

4.a) Selon l'article 3 al. 1 LPGA, est réputée maladie toute atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou un traitement médical ou provoque une incapacité de travail. La notion de maladie suppose, d'une part, une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique dans le sens d'un état physique, psychique ou mental qui s'écarte de la norme et, d'autre part, la nécessité d'un examen ou d'un traitement médical (arrêt du TF du 09.01.2008 [K 147/06] cons. 3.1 et la référence citée). On ne saurait parler de maladie, dans un cas concret, s'il n'existe aucun trouble dû à des phénomènes pathologiques (ATF 121 V 302 cons. 3). La prise en charge des conséquences d'une maladie suppose que celles-ci relèvent d'une altération de la santé et puissent ainsi être qualifiées de maladie (ATF 129 V 32).

L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles (art. 25 al. 1 LAMal). Ces prestations comprennent, notamment, les examens et traitements dispensés sous forme ambulatoire, en milieu hospitalier ou dans un établissement médico-social, et les soins dispensés dans un hôpital par des médecins, des chiropraticiens et des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat d'un médecin ou d'un chiropraticien (art. 25 al. 2 let. a LAMal). Les prestations mentionnées aux articles 25 à 31 doivent être efficaces, appropriées et économiques (art. 32 al. 1 LAMal). Pour garantir que ces exigences soient remplies, 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 (art. 33 al. 1 LAMal). Il incombe ainsi au Conseil fédéral de dresser une liste «négative» des prestations qui ne répondraient pas à ces critères ou qui n'y répondraient que partiellement ou sous conditions. A cette fin, le Département fédéral de l'intérieur, auquel le gouvernement a délégué à son tour cette compétence (art. 33 al. 5 LAMal en relation avec l'art. 33 let. a et c OAMal), a promulgué l'ordonnance sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (OPAS), dont l'annexe 1 énumère ■ de manière non exhaustive ■ les prestations visées par l'article 33 let. a et c OAMal qui ont été examinées par la Commission des prestations générales de l'assurance-maladie et dont l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts, avec ou sans condition, ou ne les prend pas en charge (ATF 136 V 121 cons. 2.2, 131 V 338 cons. 1.3).

b) Les défauts esthétiques en tant que conséquence d'une maladie ou d'un accident n'ont en principe pas valeur de maladie. Au sujet des traitements chirurgicaux, le Tribunal fédéral 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 aussi réserver les situations où l'altération, sans être visible ou particulièrement sensible ou même sans être grave, provoque des douleurs ou des limitations fonctionnelles qui ont clairement valeur de maladie. Il en est ainsi des cicatrices qui provoquent d'importantes douleurs ou qui limitent sensiblement la mobilité (ATF 134 V 83 cons. 3.2 et les réf. cit.). S'agissant plus spécifiquement de l'élimination chirurgicale du surplus cutané-adipeux résultant d'une cure d'amaigrissement, le Tribunal fédéral a jugé que cette mesure relevait, en principe, de la chirurgie esthétique et, en conséquence, n'ouvrait pas le droit aux prestations de l'assurance-maladie (arrêt du TF du 22.06.2005 [K 50/05] cons. 2.3 et la référence citée). Dans cet arrêt, le Tribunal fédéral 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 qui, à la suite de la perte de 50 kg, subissait un excès cutané-graisseux avec des replis cutanés. Il a observé 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, ce qui n'était cependant pas le cas en l'espèce. La question de savoir si un défaut esthétique doit être qualifié de

défigurant est appréciée selon des critères objectifs. L'opinion sociale en fait partie. Il est également important de déterminer dans quelle mesure l'état qui s'écarte de la norme a un impact négatif sur la vie professionnelle pour des raisons esthétiques. Compte tenu du principe d'égalité de traitement des assurés, il convient de partir d'une interprétation restrictive de la notion de «défigurant». Les facteurs subjectifs, en particulier l'opinion personnelle, ne doivent pas être pris en considération. Ils sont pris en compte pour déterminer si le défaut esthétique est physique(arrêt du TF du 18.12.2023 [9C_222/2023] cons. 2.2 et les réf. cit.).

5. Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde généralement sa décision 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 ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération. En droit des assurances sociales, il n'existe par conséquent pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré.

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Dès lors, le juge 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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il 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 (ATF 125 V 351). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions médicales soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 cons. 5.1, 133 V 450 cons. 11.1.3, 125 V 351 cons. 3a ; arrêt du TF du 24.10.2017 [8C_75/2017] cons. 3.4). Le simple fait que le médecin consulté soit 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 présomption à l'égard de l'assuré. Ainsi, une valeur probante doit être accordée aux appréciations émises par les médecins de l'assureur-maladie, qui joue un rôle déterminant dans l'appréciation de la prise en charge d'un traitement (cf. ATF 127 V 43 cons. 2d). Cela étant, le tribunal ne peut pas, lorsqu'il existe des doutes, même faibles, quant à la fiabilité et la pertinence des constatations des médecins internes à l'assurance, procéder à une appréciation des preuves définitive en se fondant, d'une part, sur les rapports produits par l'assuré et, d'autre part, sur ceux des médecins internes à l'assurance. Pour lever de tels doutes, il doit soit ordonner une expertise judiciaire, soit renvoyer la cause à l'organe de l'assurance pour qu'il mette en œuvre une expertise dans le cadre de la procédure prévue par l'article 44 LPGA (ATF 139 V 225 cons. 5.2, 135 V 465 cons. 4.5 à 4.7).

6.a) En l'occurrence, les traitements litigieux (cure de gynécomastie bilatérale par liposuction et excision des glandes mammaires, dermolipéctomie abdominale avec liposuction et transposition de l'ombilic) ne sont pas répertoriés dans l'annexe 1 de l'OPAS. La liste n'étant toutefois pas exhaustive, leur prise en charge par l'assurance obligatoire des soins ne saurait être d'emblée exclue. Il faut donc appliquer les critères dégagés par la jurisprudence à cet égard (cf. supra cons. 4).

L'intimée ne remet pas en cause que le recourant a souffert d'obésité morbide et que cette pathologie répondait à la définition de maladie de l'article 3 LPGA. Il est par ailleurs admis que les excès cutanéoadipeux que le recourant présentait en 2018 sont la conséquence directe de l'importante perte de poids qu'il a subie (- 50 kilos) après les opérations de 2016 et 2017. En ce sens, les affections dont il se plaint sont effectivement les séquelles de sa maladie. Cela ne suffit toutefois pas encore à imposer le remboursement de leur traitement à l'assurance obligatoire des soins. Il faut encore que ces séquelles relèvent d'une altération de la santé et puissent ainsi être qualifiées de maladie. La jurisprudence a considéré que les défauts esthétiques consécutifs à une perte de poids conséquente, comme c'est précisément le cas ici, n'ont pas d'emblée valeur de maladie et les interventions nécessaires pour les éliminer relèvent en principe de la chirurgie esthétique en tant qu'elles ont pour but principal de rendre des parties du corps plus belles et plus conformes aux mensurations idéales. Or, à la lumière du dossier, force est de constater que le recourant ne peut pas se prévaloir de circonstances particulières qui permettraient de conclure différemment.

b) Il apparaît premièrement que l'intervention chirurgicale litigieuse n'est pas justifiée par un état pathologique. Dans sa demande de conseil chirurgical du 17 avril 2018 adressée à la Dre D. _____, le Dr B. _____ ne fait état d'aucun trouble ayant valeur de maladie, demandant uniquement à la chirurgienne d'expliquer au patient les «tenants et aboutissants» d'une abdominoplastie. Il en va de même dans son rapport du 13 juillet 2018, où il n'est fait mention que de douleurs. La Dre D. _____ a certes fait valoir un but médical et fonctionnel à l'opération en lien avec les surplus cutanéoadipeux de son patient (rapport du 11.03.2024), mais elle n'a pas évoqué de maux concrets dont celui-ci aurait effectivement souffert (par exemple infections mycosiques ou intertigo). La gêne importante que cette médecin a signalée en 2019 n'est pas non plus suffisante (rapport du 19.11.2019). En l'absence d'informations plus précises à ce sujet, on ne peut en effet pas déduire de ces affirmations que l'intéressé présentait des limitations fonctionnelles importantes qui justifieraient une intervention chirurgicale. Avec la médecin-conseil, la Cour de céans observe, en se référant en particulier aux photos figurant au dossier, que l'état clinique du recourant avant l'opération ne laisse pas apparaître d'anomalie hors du commun ou un état pathologique pour lequel une correction chirurgicale serait médicalement indispensable ; on relèvera en particulier que son abdomen présente des replis surtout en position assise. Le compte-rendu de l'intervention mentionne une gynécomastie. La biopsie des glandes mammaires n'a toutefois rien révélé d'anormal (traduction du 12.01.2024 de l'évaluation médicale de la Dre H. _____).

c) On ne saurait davantage admettre que les interventions sont justifiées par une maladie psychique. La Dre F. _____ fait état d'une «souffrance psychique très importante», affectant le quotidien de son patient. A juste titre, la médecin-conseil relève à cet égard l'absence de diagnostic psychiatrique rendant une prise de position a posteriori le rapport ayant été transmis à l'intimée en avril 2023 ■ autant d'éléments qui nuisent à la valeur probante de ce document.

Enfin, le requérant ne peut rien tirer du fait que la Dre H. _____ a pris position sans l'■avoir examiné personnellement. De jurisprudence constante, on ne saurait ôter une valeur probante à son appréciation, dès lors que ce médecin disposait du dossier complet instruit par l'intimée (par ex. : arrêt du TF du 07.05.2019 [8C_335/2018] cons. 5). Dans la mesure où la cause pouvait être jugée sur la base des pièces au dossier, en particulier l'■appréciation médicale de la médecin-conseil, B. _____ pouvait renoncer, par appréciation anticipée des preuves, à procéder à une expertise (sur l'appréciation anticipée des preuves en général : ATF 144 II 427 cons. 3.1.3). Il en découle que les griefs de violation du principe inquisitoire et de constatation inexacte des faits sont mal fondés.

Il s'ensuit que les excès cutanéoadipeux du requérant constituent un défaut esthétique qui ne sont pas à l'origine de troubles ayant eux-mêmes valeur de maladie au sens juridique. Partant, l'■opération subie par celui-ci, en tant qu'■elle vise à corriger des défauts esthétiques, ne peut pas être mise à la charge de l'assurance obligatoire des soins.

7. Le recours doit dès lors être rejeté. Il est statué sans frais, la loi spéciale n'■en prévoyant pas (art. 61 let. fbis LPGa) et sans dépens (art. 61 let. g LPGaA contrario).

Par ces motifs, la Cour de droit public

1. Rejette le recours.
2. Statue sans frais.
3. N'alloue pas de dépens.

Neuchâtel, le 9 mars 2026

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