

VD_GERICHTE ZE09.022492 vom 28. November 2011

VD Tribunal cantonal, 2011-11-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZE09.022492

FR: VD_GERICHTE ZE09.022492 du 28 novembre 2011

IT: VD_GERICHTE ZE09.022492 del 28 novembre 2011

Erwägungen

E. 1

a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-maladie (art. 1 al. 1 LAMal [loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie, RS 832.10]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 al. 1 LPGA), lequel se trouve être celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 LPGA). En l'espèce, si le recours répond aux conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), demeure la question du respect du délai de recours, lequel a été déposé le 25 juin 2009, alors que la décision attaquée est datée du 16 février 2009. Il est donc irrecevable, mais il sera néanmoins entré en matière sur le fond, dans la mesure où il n'a pas été allégué que la décision n'aurait été reçue que trente jours avant le dépôt dudit recours. b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

E. 2

En l'espèce, le litige concerne la prise en charge des frais d'un traitement chirurgical (abdominoplastie) au titre de l'assurance obligatoire des soins. Sur le fond, la recourante tire argument d'une violation du droit

- 8 - fédéral à l'assurance-maladie, ainsi que d'une appréciation erronée de sa situation médicale. Elle soutient en substance qu'elle souffre d'une atteinte à la santé ayant valeur de maladie sous la forme d'un tablier d'Hottentot non seulement disgracieux mais également douloureux, générant des troubles sous forme de varices pelviennes dûment attestés sur le plan médical, en particulier par les Drs K._____, Q._____ et Z._____, ainsi que des effets sur le plan psychique conformément à l'avis de la Dresse D._____. Elle estime que les avis de ces spécialistes doivent l'emporter sur ceux des médecins conseil de l'intimée et de l'expert-psychiatre. a) Dans le régime instauré par la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994, en vigueur depuis le 1er janvier 1996, 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 analyses, médicaments, moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques prescrits par un médecin ou, dans les limites fixées par le

Conseil fédéral, par un chiropraticien (al. 2 let. 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). Le caractère approprié d'une mesure est donné lorsque l'indication médicale est clairement établie. Quant à l'économie du traitement, il se rapporte aux chances de succès de celui-ci auxquelles on s'attend au regard du principe de proportionnalité (RAMA 2/2004 p. 112). Aux termes de l'art. 33 al. 1 LAMal, le Conseil fédéral peut désigner les prestations fournies par un médecin ou un chiropraticien,

- 9 - 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. 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. A l'art. 33 OAMal et 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; TFA K 46/05 du 13 février 2006). 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. b) 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. 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

- 10 - 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 (ATF 130 V 301 consid. 2 et 3, avec les références; TFA K 4/04 du 17 août 2005, publié in RAMA 2005 n° KV 345 p. 366; TFA K 132/04 du 2 février 2006). c) 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 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 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 (sur ces divers points, voir ATF 121 V 119, 111 V 232 consid. 1c, 102 V 71 consid. 3). Conformément aux considérations qui précèdent, le Tribunal fédéral 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, en conséquence, n'ouvre pas droit aux prestations de l'assurance-maladie (RAMA 1985 no K 638 p. 197; TFA K 50/05 du 22 juin 2005). Dans l'arrêt

- 11 - précité, 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 kilos avait subi un excès cutanéograsseux avec des replis cutanés. Le TFA a considéré qu'il pouvait 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 pas le cas en l'espèce. d) Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doit considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (Kummer, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition Berne 1984, p. 136 ; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème édition, p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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 360 consid. 5 let. b 125 V 195 consid. ch. 2 et les références).

E. 3

L'abdominoplastie n'étant pas exclue comme traitement à charge des caisses-maladie selon l'annexe 1 de l'OPAS, il convient en conséquence d'appliquer les critères de la jurisprudence précitée du 22 juin 2005 afin de déterminer si l'intimée doit la prendre en charge. a) In casu, il n'existe pas de circonstances particulières devant conduire à la prise en charge de l'intervention en cause, au titre de la LAMal.

- 12 - On retiendra, tout d'abord, que l'intervention n'est pas justifiée par un état pathologique. Dans le cadre de sa demande de prise en charge du 28 mai 2008, le Dr L. _____ a évoqué une macération cutanée pour justifier l'indication à une opération chirurgicale. L'examen clinique de l'intéressée pratiqué en été (11 juillet 2008) n'a toutefois révélé qu'une légère rougeur dans les plis de l'abdomen (rapport du 29 juillet 2008 du Dr V. _____), si bien que de simples mesures d'hygiène et un traitement local étaient suffisants pour y remédier (avis médical du 22 janvier 2009 du Dr S. _____). L'assurée a d'ailleurs confirmé lors de l'expertise psychiatrique qu'elle y suppléait par une hygiène appropriée, des soins locaux et le port de vêtements adaptés (rapport du 16 novembre 2008

du Dr H. _____, p. 3). Le problème d'irritation cutanée liée au double pli ne requiert dès lors pas une intervention chirurgicale. Dans le cadre de son recours, l'assurée a fait état de douleurs pelviennes abdominales, ainsi qu'à la jambe gauche qui, selon elle, étaient en lien direct avec la pose de l'anneau gastrique. S'agissant de l'intervention gynécologique du 19 mars 2009 sous forme d'une laparoscopie exploratrice et d'une adhésiolyse, les Drs F. _____ et W. _____ n'ont pas fourni d'informations, contrairement à l'opinion de la recourante, quant à un lien de causalité éventuel entre une pelvipathie et la présence d'un tablier d'Hottentot (rapports du 26 mars 2009), permettant de justifier une abdominoplastie. Par la suite, la recourante a produit deux rapports des 30 octobre 2009 et 27 novembre 2009 du Dr K. _____ qui a estimé qu'une abdominoplastie pourrait améliorer le retour veineux du pelvis et des membres inférieurs, sans se montrer réellement catégorique au vu des termes utilisés. Sur ce point, les Drs V. _____ (avis du 6 octobre 2009), S. _____ et N. _____ (avis du 24 mars 2010) ont clairement estimé que le relâchement cutanéograsseux abdominal et le syndrome de congestion veineuse pelvienne étaient deux pathologies anatomiquement indépendantes l'une de l'autre, sans lien de causalité et qu'une dermolipéctomie ne pouvait résoudre le syndrome pelvien. Les Drs Q. _____ et Z. _____ se sont limités, quant à eux, à apporter leur soutien à l'avis exprimé par le Dr K. _____, sans signaler d'élément nouveau décisif, si bien que leur appréciation ne

- 13 - saurait remettre en cause de manière déterminante les avis convergents des médecins-conseil. b) On ne saurait davantage considérer que l'intervention est justifiée par l'état psychique de la patiente. Selon le Dr H. _____, l'histoire de l'assurée va dans le sens d'un fond dépressif depuis des années sans qu'il atteigne dans la règle la sévérité d'un véritable épisode dépressif (rapport du 16 novembre 2008). Il a ainsi décrit une tristesse "occasionnelle", de la fatigue et des troubles du sommeil (milieu de la nuit). Toutefois, il a constaté que l'intéressée gardait de l'intérêt et du plaisir dans sa vie et qu'elle récusait la culpabilité pathologique et les idées de mort. En outre, l'estime de soi était relativement bien conservée chez une personne qui savait faire face et qui défendait bien ce qu'elle considérait comme ses droits. Dans ce contexte, le Dr H. _____ a estimé que la Dresse D. _____ avait retenu à juste titre un trouble dysthymique (rapport du 2 septembre 2008). Toutefois, le Dr H. _____ a considéré qu'un trouble plus sévère était actuellement en rémission, en l'absence de plaintes et de signes en rapport, élément également relevé par la psychiatre traitante. Le Dr H. _____ a cependant admis qu'un fond de trouble dysthymique restait présent, mais a conclu que l'apparition éventuelle de nouveaux troubles psychiatriques serait surtout imputable au terrain de fragilité psychique sous-jacent et non aux seules séquelles inesthétiques de la perte de poids. c) Au vu des éléments précités, il y a lieu de considérer que l'intervention envisagée vise principalement à corriger un défaut esthétique. Elle n'est dès lors justifiée ni par un état pathologique, ni par des limitations fonctionnelles, ni par une atteinte psychique. Enfin, elle ne touche pas une partie visible et particulièrement sensible du corps.

E. 4

La recourante se prétend enfin victime d'une inégalité de traitement par rapport à d'autres assurés qui auraient bénéficié d'une prise en charge d'une abdominoplastie par l'intimée, alors qu'ils ne souffraient ni d'obésité morbide, ni de douleurs.

- 14 - Le principe de l'égalité de traitement, consacré à l'art. 8 al. 1 Cst., commande que le juge traite de la même manière des situations semblables et de manière différente des situations dissemblables (ATF 131 V 107 consid. 3.4.2 p. 114 et les arrêts cités). Toutefois

selon la jurisprudence, le principe de la légalité de l'activité administrative prévaut sur celui de l'égalité de traitement. Par conséquent, le justifiable ne peut généralement pas invoquer une inégalité devant la loi, lorsque celle-ci est correctement appliquée à son cas, alors qu'elle aurait été faussement, voire pas appliquée du tout, dans d'autres cas (ATF 134 V 34 consid. 9 p. 44 et les références). Cela suppose cependant, de la part de l'autorité dont la décision est attaquée, la volonté d'appliquer correctement à l'avenir les dispositions légales en cause. Autrement dit, le justiciable ne peut prétendre à l'égalité dans l'illégalité que s'il y a lieu de prévoir que l'administration persévéra dans l'inobservation de la loi. Encore faut-il que les situations à considérer soient identiques ou du moins comparables (ATF 126 V 390 consid. 6a p. 392, 116 V 231 consid. 4b p. 238, 115 Ia 81 consid. 2 p. 82 s. et les références citées). Rien n'indique, en l'espèce, que la situation des assurés qui ont obtenu la prise en charge requise est comparable à celle de la recourante. Au demeurant, rien ne permet d'admettre que l'assureur en question entend persévérer dans une pratique qui serait éventuellement contraire à la loi. Cela étant, la recourante ne peut pas se prévaloir d'une inégalité de traitement.

E. 5

Au vu ce qui précède, la décision attaquée n'est pas critiquable et doit être confirmée, ce qui conduit au rejet du recours. Il n'est pas perçu de frais de justice, la procédure étant gratuite pour les parties (art. 61 let. a LPGA). La recourante n'obtenant pas gain de cause et en ayant procédé sans l'assistance d'un mandataire professionnel, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD par renvoi de l'art. 99 al. 1 LPA-VD).

- 15 -

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