

VD_GERICHTE ZE19.038405 vom 1. April 2021

VD Tribunal cantonal, 2021-04-01, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZE19.038405

FR: VD_GERICHTE ZE19.038405 du 1 avril 2021

IT: VD_GERICHTE ZE19.038405 del 1 aprile 2021

Erwägungen

E. 6

En l'espèce, s'agissant tout d'abord des deux gestes chirurgicaux pratiqués le 16 septembre 2015 sur la recourante que sont l'ablation des prothèses mammaires et la capsulectomie bilatérale, les parties s'accordent sur le principe de leur prise en charge par A._____. En effet, à la suite de la production, en procédure, du rapport de la Dre D._____ du 16 août 2019, l'intimée a indiqué dans sa réponse qu'il pouvait être admis une valeur de maladie à ces gestes, pour les deux seins. De jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une

- 15 - nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b ; TF 9C_719/2016 du 1er mai 2017 consid. 2). Le juge doit cependant prendre en compte les faits survenus postérieurement dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2). En particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2). L'assureur peut revenir sur les décisions et les décisions formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable (art. 53 al. 2 LPGA). Indépendamment de ces conditions, il peut également reconsidérer une décision ou une décision sur opposition contre laquelle un recours a été formé, jusqu'à l'envoi de son préavis à l'autorité de recours (art. 53 al. 3 LPGA). Si la nouvelle décision fait entièrement droit aux conclusions de la partie recourante, elle rend la procédure de recours sans objet, ce qui entraîne la radiation de la cause du rôle. Dans le cas contraire, la procédure se poursuit à propos de ce qui reste litigieux, sans qu'il soit nécessaire de recourir contre la nouvelle décision (ATF 113 V 238). En l'occurrence, le certificat émis par la Dre D._____, lequel atteste des douleurs aux deux seins et de lombalgies sévères, qui ont conduit la médecin à référer la recourante à un chirurgien plastique, date du 16 août 2019. Ce rapport a donc été établi postérieurement à la période déterminante pour la prise de décision d'A._____. Pour autant, le rapport se réfère à la période qui a précédé l'intervention chirurgicale, la Dre D._____ s'appuyant sur son système de prise de notes informatisé. Ainsi, il sied d'en tenir compte et l'intimée aurait dû revenir formellement sur sa décision, en modifiant ses conclusions en procédure. Or, l'intimée s'est contentée de reconnaître la valeur de maladie aux gestes chirurgicaux en question dans sa réponse, mais a maintenu ses conclusions s'agissant du bien-fondé de sa décision sur opposition. Ce

- 16 - faisant, elle n'a, à tort, pas fait usage de l'outil prévu à l'art. 53 LPGA, soit la reconsidération, avant ou avec l'envoi de son préavis à l'autorité de céans. Il y a donc lieu de donner gain de cause à la recourante sur ce point et de réformer la décision attaquée en ce sens que l'ablation de prothèses et la capsulectomie bilatérales sont prises en charges par l'AOS.

E. 7

Demeure litigieuse la question de l'indemnisation du troisième geste chirurgical, soit la mastopexie bilatérale. La mastopexie est une intervention permettant de modifier la forme du sein en le remontant (Brigitte Pittet in Rev Med Suisse 2008, vol. 4, p. 253). Eu égard aux principes jurisprudentiels rappelés ci-avant, il convient de déterminer dans le cas d'espèce si la mastopexie a été pratiquée pour des raisons esthétiques ou pour des raisons médicalement justifiées. Dans le cas de motifs esthétiques, il s'agira encore d'établir si le défaut était tout à fait hors du commun, ou si les motifs esthétiques découlaient d'un état maladif. In casu, aucun élément au dossier ne permet de retenir que la pose initiale d'implants mammaires, en 2000, aurait été motivée par des raisons médicales. La recourante ne le soutient du reste pas. Les certificats médicaux produits n'attestent pas d'un défaut tout à fait hors du commun ou d'une maladie qui aurait imposé la pratique d'une mastopexie, comme une hypertrophie mammaire ou une agénésie. Le Dr N._____, dans son certificat non daté, expose précisément que l'ablation des prothèses a été rendue nécessaire par la capsulite rétractile, qui était douloureuse et très gênante pour la recourante. Il n'objective en revanche pas de telle nécessité médicale s'agissant de la mastopexie, qu'il a effectuée « pour redonner une forme et un volume normal aux deux seins ». Le médecin-conseil d'A._____ considère de même que ce geste chirurgical était purement à visée esthétique, ce qu'aucun élément médical du dossier ne vient contredire. Compte tenu des raisons de l'implantation des prothèses, la situation est celle d'une intervention de chirurgie plastique pratiquée pour des motifs esthétiques, qui ne découlaient pas d'un état maladif.

- 17 - L'on relève de surcroît que la recourante semblait consciente de cet aspect dans un premier temps. En effet, elle a écrit à l'intimée, sous la plume de son conseil, le 25 juin 2018 que la capsulectomie bilatérale avec retraits des implants mammaires relevait de la nécessité médicale et que cette intervention avait été pratiquée « en même temps qu'une mammopexie bilatérale ». Elle a encore précisé que la facturation comportait un « élément esthétique ». Ainsi, la recourante elle-même ne semblait pas compter sur la prise en charge par son assurance-maladie de cette composante de l'intervention. La décision sur opposition de l'intimée sera donc confirmée sur ce point.

E. 8

Les prestations que l'intimée doit prendre en charge au titre de l'AOS étant circonscrites, se pose la question de la facturation conforme aux exigences légales et conventionnelles, qui semble toujours faire défaut. En effet, les seules pièces financières au dossier consistent en deux estimations de coûts établies avant l'opération en question, par le Dr N._____ et la Clinique [...]. Les parties demandent à la Cour de céans d'interpeller le fournisseur de soins. Dans sa décision du 23 juillet 2018, confirmée par décision sur opposition, A._____ a mentionné, à titre purement indicatif, que les interventions aux deux seins pourraient être codifiées sous le SwissDRG J24A et qu'il en résulterait dans ce cas une prise en charge de 3'665 fr. 45, pour autant que la recourante ait effectivement été hospitalisée durant deux

jours et une nuit. En l'absence de toute facturation, il était impossible à Assura de fournir un chiffre précis quant à sa prise en charge. Il s'ensuit que le montant précis que l'intimée devra verser pour les interventions prises en charge ne fait pas partie du présent litige. Par surabondance, il est rappelé qu'en vertu des principes légaux et jurisprudentiels rappelés ci-avant (consid. 5), il appartient à l'assureur d'instruire la cause en priorité, soit de prendre d'office les

- 18 - mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont il a besoin. L'art. 42 LAMal fixe les modalités de facturation et définit le débiteur de la prestation. Ainsi, le fournisseur de prestations doit remettre au débiteur de la rémunération une facture détaillée et compréhensible. Il doit aussi lui transmettre toutes les indications nécessaires lui permettant de vérifier le calcul de la rémunération et le caractère économique de la prestation. En l'occurrence, il ne ressort pas du dossier transmis par l'intimée que celle-ci ait interpellé le Dr N. _____ ou la Clinique [...]. Il est par ailleurs étonnant que la recourante n'ait pu fournir aucune facture concernant les diverses interventions. Il appartient dès lors à l'intimée, en vertu du principe inquisitoire applicable dans le domaine de l'assurance-maladie obligatoire (art. 43 al. 1 LPGA), de compléter l'instruction en interpellant les fournisseurs de prestations et en leur rappelant leurs obligations (art. 42 al. 3 LAMal), le cas échéant en mettant en demeure la recourante de produire les diverses factures reçues, et en cas d'échec des démarches, de rendre une décision, susceptible de recours, fixant le montant des prestations légales dues pour ces différentes interventions. Il convient de lui renvoyer la cause à cette fin.

E. 9

a) Au vu de ce qui précède, il y a lieu d'admettre partiellement le recours et de réformer la décision sur opposition litigieuse s'agissant de l'indemnisation de l'ablation des prothèses mammaires et de la capsulectomie bilatérale, que l'intimée doit prendre en charge pour les deux seins. b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020, applicable conformément à l'art. 83 LPGA). c) La recourante, qui obtient partiellement gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, a droit à des dépens réduits. La

- 19 - réduction des dépens se justifie en outre compte tenu du fait que la recourante a en partie provoqué la décision litigieuse par ses atermoiements et son retard à produire des documents médicaux dans les délais suffisamment prolongés par l'intimée. Le mandataire n'ayant pas déposé de liste d'opérations, il convient d'arrêter l'équitable indemnité de partie à laquelle il a droit en tenant compte de l'importance et de la complexité du litige ainsi que du temps requis pour le traitement d'une telle affaire. Au regard de ces éléments, il se justifie de fixer forfaitairement l'indemnité à 1'000 fr., débours et éventuelle TVA compris, et de la mettre intégralement à la charge de l'autorité intimée (art. 10 et 11 du tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative [TFJDA ; BLV 173.36.5.1]). Par ces motifs, la juge unique p r o n o n c e : I. Le recours est partiellement admis. II. La décision sur opposition rendue le 26 juin 2019 par A. _____ est réformée, en ce sens qu'A. _____ doit prendre en charge les frais liés à l'intervention du 16 septembre 2015, s'agissant de la capsulectomie bilatérale et de l'ablation des prothèses mammaires. Elle est confirmée pour le surplus. III. La cause est renvoyée à A. _____ pour fixer le montant des frais à indemniser. IV. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

- 20 - V. A. _____ versera à F. _____ la somme de 1'000 fr. (mille francs) à titre de dépens réduits. La juge unique : La greffière : Du L'arrêt qui précède est notifié à : - Me Didier Elsig (pour F. _____), - A. _____, - Office fédéral de la santé publique, par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). La greffière :

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