

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2269/2024

ATAS/866/2024

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 7 novembre 2024

Chambre 5

En la cause

A_____

recourante

représentée par Me Thierry STICHER, avocat

contre

ASSURA-BASIS SA

intimée

Siégeant : Philippe KNUPFER, président ; Toni KERELEZOV et Monique STOLLER-FÜLLEMANN, juges assesseurs.

EN FAIT

- A.** **a.** Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née en _____ 1993, est assurée auprès d'ASSURA-BASIS SA (ci-après : ASSURA), sur le modèle de l'assurance obligatoire des soins (ci-après : AOS).
- b.** Suite à la mise en place d'un *by-pass* gastrique, en janvier 2019, l'assurée a subi une importante perte de poids, passant de 130 kg à 74 kg.
- c.** Par courrier du 4 février 2022, la docteure B_____, médecin interne au sein du département de chirurgie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) a demandé à ASSURA de se déterminer sur la prise en charge d'une opération d'abdominoplastie, au motif que l'assurée était gênée par un important excès cutanéograsseux du bas abdomen, entraînant d'importantes macérations, avec odeur nauséabonde et présence de furoncles, ainsi que de mycoses, ayant nécessité plusieurs traitements pris en charge par son médecin généraliste. Elle présentait également de larges vergetures, avec une peau très fragile s'ouvrant régulièrement sur des plaies, engendrant un inconfort majeur. Ce tablier abdominal était gênant au point que l'assurée devait porter, en continu, une gaine abdominale, depuis maintenant plus de deux ans.
- d.** Par réponse du 10 février 2022, ASSURA a informé les HUG que son médecin-conseil avait émis un préavis défavorable, précisant que l'intervention projetée ne relevait pas de l'AOS. Dès lors, la prise en charge pour les frais occasionnés était refusée.
- e.** Par courrier du 24 février 2022, la docteure C_____, spécialiste FMH en médecine interne, en endocrinologie et diabétologie, médecin traitant de l'assurée, a présenté une demande de prise en charge d'une intervention chirurgicale auprès d'ASSURA, pour les motifs déjà exposés par la Dre B_____.
- f.** Par courrier du 15 mars 2022, ASSURA a renouvelé son refus de prise en charge des frais, pour les mêmes raisons que celles déjà exposées dans le précédent courrier du 10 février 2022, ajoutant qu'il n'y avait pas de troubles fonctionnels et que, par conséquent, les critères de la société suisse des médecins-conseils (ci-après : SSMC) n'étaient pas remplis.
- g.** Par courrier du 4 janvier 2024, la docteure D_____, médecin chef de clinique auprès du service de chirurgie plastique reconstructive et esthétique des HUG, a déposé une nouvelle demande de prise en charge d'une intervention chirurgicale auprès d'ASSURA, en précisant qu'au vu de l'atteinte cutanée majeure, résistant au traitement conservateur, elle retenait l'indication d'une dermolipéctomie, soit une intervention chirurgicale destinée à retirer un excès de peau et de graisse de la partie inférieure de l'abdomen.

h. Par courrier du 28 février 2024, ASSURA a refusé la prise en charge des frais, suite au préavis défavorable de son médecin-conseil, qui estimait que l'intervention projetée ne relevait pas de l'AOS.

B. a. Suite à l'intervention du mandataire de l'assurée, une décision formelle de refus de prise en charge d'une abdominoplastie a été rendue, en date du 25 mars 2024, par ASSURA, au motif que les défauts esthétiques n'avaient pas valeur de maladie, même lorsqu'ils étaient la conséquence d'une maladie.

b. Par courrier de son mandataire, daté du 24 avril 2024, l'assurée s'est opposée à la décision du 25 mars 2024, au motif, notamment, que les traitements conservateurs n'avaient pas été couronnés de succès, raison pour laquelle une intervention était préconisée. L'assurée concluait à l'annulation de la décision et à la prise en charge du traitement chirurgical proposé par les HUG, à savoir une dermolipéctomie. Par courrier du 6 mai 2024, l'assurée a transmis à ASSURA la copie d'un courrier de la Dre C_____ du 2 mai 2024 précisant, notamment, que le tablier cutané était important et couvrait la peau saine, au niveau de laquelle il existait des cicatrices très fragiles qui s'ouvraient régulièrement et occasionnaient des plaies douloureuses ; selon l'assurée, ces éléments avaient clairement valeur de maladie.

c. Par décision sur opposition du 10 juin 2024, ASSURA a confirmé son refus de prise en charge des frais d'une dermolipéctomie, au motif que le traitement chirurgical ne présentait aucun avantage par rapport à un traitement conservateur, dans le cadre d'un intertrigo des plis.

C. a. Par acte de son mandataire, posté en date du 4 juillet 2024, l'assurée a interjeté recours auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans), contre la décision sur opposition du 10 juin 2024. Elle a conclu, préalablement, à la mise en place d'une expertise médicale judiciaire afin de déterminer si une abdominoplastie constituait un traitement efficace, approprié et économique pour résoudre les problématiques présentes chez l'assurée, puis, principalement, à l'annulation de la décision querellée et à la condamnation d'ASSURA à prendre en charge l'opération d'abdominoplastie et les prestations médicales qui en découlaient, le tout sous suite de frais et dépens.

b. Dans sa réponse du 30 août 2024, ASSURA a conclu au rejet du recours. Se fondant notamment sur le manuel de la SSMC, ASSURA a considéré que la chirurgie plastique après une réduction de poids massive n'entraînait une prise en charge obligatoire des soins qu'en cas d'indication somatique, de handicap fonctionnel ou de douleurs au niveau des cicatrices. L'intertrigo n'était pas reconnu comme indication car, dans la plupart des cas, il pouvait être traité de façon adéquate par de simples mesures hygiéniques dermatologiques. L'intervention chirurgicale n'était donc pas sensiblement plus utile que le traitement conservateur que l'on considérait comme efficace. Il était relevé que l'assurée n'avait jamais fait parvenir de photographies permettant de constater

d'éventuelles lésions cutanées et aucune facture de traitement topique des plaies ne lui avait été adressée par cette dernière. De surcroît, la Dre C_____ n'était pas dermatologue, mais spécialiste en médecine interne et endocrinologie. Selon la médecin-conseil E_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, la Dre C_____ aurait dû adresser la patiente à un médecin spécialiste en dermatologie, afin que le problème cutané de la recourante « soit traité par un professionnel ».

c. Par réplique du 26 septembre 2024, l'assurée a persisté dans ses conclusions, mentionnant notamment que la Dre C_____ avait fait état de l'existence de plaies et de cicatrices qui s'ouvraient régulièrement, proposant son audition en qualité de témoin, afin qu'elle confirme le contenu de son rapport du 2 mai 2024.

d. Sur ce, la cause a été gardée à juger, ce dont les parties ont été informées.

e. Les autres faits et documents seront mentionnés, en tant que de besoin, dans la partie « en droit » du présent arrêt.

EN DROIT

1.

1.1 Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 4 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

1.2 Le délai de recours est de 30 jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

Interjeté dans la forme et le délai prescrits par la loi, le recours est recevable.

- 2.** Est litigieux le droit de la recourante à la prise en charge, par l'intimée (au titre de l'assurance obligatoire des soins), d'une intervention chirurgicale sous forme d'abdominoplastie ou de dermolipectomie.

Étant précisé que la recourante conclut à la prise en charge des frais d'abdominoplastie, alors que la décision querellée porte formellement sur le refus de prise en charge des frais d'une dermolipectomie. Néanmoins, la chambre de céans considère que l'objet du litige porte sur le refus de la prise en charge de toute opération chirurgicale visant à la résection du tablier abdominal cutanéograsseux, qu'il s'agisse d'une dermolipectomie ou d'une abdominoplastie.

- 3.** Selon l'art. 24 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations définies aux art. 25 à 31 LAMal en tenant compte des conditions

des art. 32 à 34 LAMal (al. 1). Les prestations prises en charge sont rattachées à la date ou à la période de traitement (al. 2).

L'al. 1 de l'art. 34 LAMal dispose que les assureurs ne peuvent pas prendre en charge, au titre de l'assurance obligatoire des soins, d'autres coûts que ceux des prestations prévues aux art. 25 à 33 LAMal.

L'art. 25 LAMal prévoit que l'assurance obligatoire de 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, entre autres, 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, des chiropraticiens et des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat d'un médecin ou d'un chiropraticien (al. 2 let. a ch. 1 à 3), de même que 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).

Conformément à l'art. 32 LAMal, les prestations mentionnées aux art. 25 à 31 LAMal doivent être efficaces, appropriées et économiques. L'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques (al. 1). L'efficacité, l'adéquation et le caractère économique des prestations sont réexaminés périodiquement (al. 2).

Une prestation est efficace au sens de l'art. 32 al. 1 LAMal, lorsqu'elle est démontrée selon des méthodes scientifiques et que l'on peut objectivement en attendre le résultat thérapeutique visé par le traitement de la maladie (ATF 139 V 135 consid. 4.4.1 et les références citées), 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 165 consid. 5c/aa ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_912/2010 du 31 octobre 2011 consid. 3.2 et les références citées ; RAMA 2000 n° KV 132 p. 281 consid. 2b).

La question du caractère approprié d'une prestation s'apprécie en fonction du bénéfice diagnostique ou thérapeutique dans le cas particulier, en tenant compte des risques qui y sont liés au regard du but thérapeutique (ATF 127 V 146 consid. 5). L'adéquation d'une mesure s'examine sur la base de critères médicaux. L'examen consiste à évaluer, en se fondant sur une analyse prospective de la situation, la somme des effets positifs de la mesure envisagée et de la comparer avec les effets positifs de mesures alternatives ou par rapport à la solution consistant à renoncer à toute mesure ; est appropriée la mesure qui présente, compte tenu des risques existants, le meilleur bilan diagnostique ou thérapeutique. La réponse à cette question se confond normalement avec celle de l'indication médicale ; lorsque l'indication médicale est clairement établie, il convient d'admettre que l'exigence du caractère approprié de la mesure est réalisée (ATF 139 V 135 consid. 4.4.2 ; 125 V 99 consid. 4a ; arrêt du Tribunal fédéral

9C_685/2012 du 6 mars 2013 consid. 4.4.2 et les références citées ; RAMA 2000 n° KV 132 p. 282 consid. 2c).

En revanche, on ne saurait de manière générale déduire de la disparition des douleurs postérieurement à l'opération que celle-ci était appropriée. En effet, tant l'efficacité d'une prestation que son caractère adéquat en tant que critères de la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins doivent être appréciés de manière pronostique (ATF 130 V 303 consid. 5.2 et l'arrêt cité). Ces critères doivent également s'appliquer lorsqu'il s'agit de déterminer, sous l'angle de l'efficacité, laquelle de deux mesures médicales entrant alternativement en ligne de compte doit être choisie au regard de la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins (ATF 130 V 304 consid. 6.1).

Quant à l'exigence du caractère économique d'une prestation, elle ressort également de l'art. 56 al. 1 LAMal, selon lequel le fournisseur de prestations doit limiter ses prestations à la mesure exigée par l'intérêt de l'assuré et le but du traitement. Comme le Tribunal fédéral des assurances l'a déjà relevé à propos de l'art. 23 de l'ancienne loi sur l'assurance-maladie (LAMA, en vigueur jusqu'au 31 décembre 1995), dont le contenu était analogue, les caisses sont en droit de refuser la prise en charge de mesures thérapeutiques inutiles ou de mesures qui auraient pu être remplacées par d'autres, moins onéreuses ; elles y sont d'ailleurs obligées, dès lors qu'elles sont tenues de veiller au respect du principe de l'économie du traitement (François-Xavier DESCHENAUX, *Le précepte de l'économie du traitement dans l'assurance-maladie sociale, en particulier en ce qui concerne le médecin*, in : Mélanges pour le 75^{ème} anniversaire du TFA, Berne 1992, p. 537). Ce principe ne concerne pas uniquement les relations entre caisses et fournisseurs de soins. Il est également opposable à l'assuré, qui n'a aucun droit au remboursement d'un traitement non économique (ATF 125 V 98 consid. 2b et la jurisprudence citée).

4. Selon 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.

D'après 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.

Le Département fédéral de l'intérieur (DFI), auquel le Conseil fédéral a délégué à son tour les compétences susmentionnées (art. 33 al. 5 LAMal en relation avec l'art. 33 let. a et c de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 [OAMal - RS 832.102]), a promulgué l'ordonnance sur les prestations dans

l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie du 29 septembre 1995 (OPAS - RS 832.112.31).

Conformément à l'art. 1 OPAS, l'annexe 1 de cette ordonnance énumère les prestations visées par l'art. 33 let. a et c OAMal - dispositions reprenant textuellement les règles posées aux al. 1 et 3 de l'art. 33 LAMal - dont l'efficacité, l'adéquation ou le caractère économique ont été examinés par la Commission fédérale des prestations générales et des principes de l'assurance-maladie (CFPP) et dont l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts, avec ou sans condition, ou ne les prend pas en charge. Cette annexe ne contient pas une énumération exhaustive des prestations (remarques préliminaires à l'annexe 1 de l'OPAS ; ATF 142 V 249 consid. 4.2 p. 251).

D'emblée, on précisera que l'intervention chirurgicale projetée dans le cas d'espèce, qu'il s'agisse de l'abdominoplastie ou de la dermolipéctomie, n'est pas mentionnée à l'annexe 1 de l'OPAS.

En présence de prestations fournies par un médecin (ou par un chiropraticien), qui n'ont pas été soumises à l'avis de la commission (art. 33 al. 3 LAMal et 33 let. c OAMal), il convient donc d'appliquer la présomption légale que le traitement répond aux exigences de la loi quant à son efficacité, son caractère approprié et économique. En effet, nombre de traitements remplissent ces conditions sans pour autant figurer dans l'annexe 1 à l'OPAS (arrêt du Tribunal fédéral K 9/05 du 12 mai 2005 consid. 4.1).

5.

5.1 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 (ci-après : TFA). 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. À 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 K.132/04 du 2 février 2006 ; arrêt du Tribunal fédéral K.4/04 du 17 août 2005).

5.2 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 K.50/05 du 22 juin 2005 ; ATF 121 V 119 ; 111 V 229 consid. 1c).

5.3 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 l'arrêt K.50/05 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 cutané-graisseux 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.

5.4 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, dermolipéctomie 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 (ancienne dénomination de la chambre de céans), 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).

6. 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. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des

assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

7. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; 126 V 353 consid. 5b ; 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).
8. En l'espèce, la recourante allègue que les troubles mentionnés dans les rapports médicaux de son médecin traitant, la Dre C_____, ont valeur de maladie et que les mesures conservatoires entreprises n'ont pas permis de résoudre ces problématiques, de sorte que la voie chirurgicale est la seule possible.

L'intimée, en revanche, considère que les affections cutanées dont se prévaut la recourante n'ont pas valeur de maladie et ne nécessitent pas d'intervention chirurgicale.

Pour déterminer si l'intervention chirurgicale projetée satisfait aux conditions justifiant son éventuelle prise en charge par l'AOS, il convient, tout d'abord, de revenir sur les principaux rapports médicaux versés au dossier, lesquels mettent en évidence les éléments décrits ci-après.

8.1 En ce qui concerne les médecins traitants de la recourante ; dans sa demande de prise en charge, du 4 février 2022, la Dre B_____ mentionne une gêne causée par l'important excès cutanéograsseux du bas abdomen qui entraîne la présence de furoncles et de mycoses ayant nécessité plusieurs traitements, pris en charge par sa généraliste. Il n'est pas mentionné de limitations fonctionnelles, pas plus que de maladies psychiques. La justification de l'opération d'abdominoplastie

projetée est que cette dernière pourrait « bénéficier à cette jeune patiente, en bonne santé, pratiquant une activité physique régulière ».

Le courrier du 31 mai 2024 adressé par la cheffe de clinique D_____ au mandataire de l'assurée mentionne des atteintes cutanées récidivantes, ainsi que des douleurs au niveau abdominal, notamment engendrées par la gaine que l'assurée porte quotidiennement. Il n'est pas mentionné de limitations fonctionnelles ou de maladies psychiques. La justification de l'opération d'abdominoplastie est que le traitement dermatologique a permis de traiter les plaies cutanées « mais pas d'éviter la récurrence », ce qui est insuffisant et conduit à retenir l'intervention chirurgicale.

Dans son courrier du 2 mai 2024 adressé au mandataire de l'assurée, la Dre C_____ ne mentionne pas de limitations fonctionnelles ou de maladies psychiques. Elle considère que le traitement dermatologique cutané ainsi que les mesures d'hygiène ne seront pas suffisants tant que le tablier abdominal cutanéograsseux qui couvre partiellement le pubis ne sera pas opéré. Elle mentionne deux cicatrices très fragiles, qui s'ouvrent régulièrement et occasionnent des plaies douloureuses, qu'elle confirme avoir constatées cliniquement. Partant, elle conclut que seule une abdominoplastie permettrait la disparition des problèmes dermatologiques connus sous-jacents.

Il ressort, en substance, des appréciations médicales des médecins traitants de l'assurée qu'il n'existe pas de limitations fonctionnelles ou de problèmes psychiques justifiant une opération chirurgicale et que seule rentrerait en ligne de compte la présence de plaies cutanées qui engendreraient des douleurs qui ne pourraient pas être traitées autrement que par une abdominoplastie du tablier cutané.

8.2 En ce qui concerne les avis des médecins-conseils de l'intimée ; le docteur F_____, spécialiste FMH en chirurgie, par avis médical du 28 février 2024, revient sur son précédent préavis négatif de 2022, qui retenait un excès cutanéoadipeux de l'abdomen avec un repli dans la partie inférieure s'étendant jusqu'au pubis. Il rappelle qu'il n'avait pas relevé, à l'époque, d'éléments inflammatoires, ni de plaies sous ce repli, après examen des photographies produites par l'assurée. Dans le cadre de la demande de réexamen de la situation de l'assurée, adressée à ASSURA par les HUG en février 2024, le médecin-conseil considère que la situation reste inchangée, qu'il n'y a pas de nouveaux éléments médicaux et que la symptomatologie est comparable à celle de 2022. Sur les nouvelles photographies produites, il mentionne qu'on retrouve un abdomen proéminent, avec un repli cutané non vidé de sa graisse et qui s'étend jusqu'au pubis, qui est lui-même ptosé. Les images produites ne mettent pas en évidence de lésions cutanées, ni un état inflammatoire, raison pour laquelle il maintient le préavis défavorable, qu'il avait déjà émis en 2022.

Par avis médical du 30 juillet 2024, la Dre E_____ considère que le nouveau rapport médical de la Dre C_____ n'amène pas d'éléments nouveaux, ni de nouvelles preuves, mais répète les mêmes plaintes de l'assurée, sans produire de documentation photographique de plaies ouvertes. Elle estime que, si les plaies alléguées devaient motiver une opération de l'ampleur d'une abdominoplastie - selon la Dre C_____ - et si lesdites plaies n'étaient pas prises en charge par un dermatologue avant une telle opération, cela poserait un sérieux doute sur la valeur maladie de ces affections cutanées. La médecin-conseil ne retrouve pas de prise en charge de douleurs abdominales, ni de traitement psychothérapeutique prouvant une valeur maladie de plaintes, avec caractères diffus et conclut que la Dre C_____ n'a pas même pris l'initiative de proposer à sa patiente de l'adresser préalablement à un dermatologue, pour traiter les affections cutanées. Selon elle, au vu de l'absence de spécialisation de la Dre C_____ en dermatologie, son avis d'endocrinologue ne peut pas être pris en considération comme nouvel élément pour modifier le préavis négatif sur la prise en charge de l'intervention au titre de l'AOS.

En résumé, selon l'appréciation des médecins-conseils de l'intimée, la présence des plaies cutanées n'est pas démontrée, pas plus que la mise en place d'un traitement relatif aux douleurs abdominales alléguées. De surcroît, alors que la recourante invoque principalement des problèmes cutanés, cette dernière n'a apparemment consulté aucun médecin dermatologue, entre le refus de sa première demande en 2022 et le dépôt de sa deuxième demande en 2024, ce qui crée un doute sur la valeur maladie desdites affections cutanées.

8.3 La chambre de céans relève que la recourante a consulté des chirurgiens (les Drs B_____ puis D_____), respectivement en 2022 et en 2024, dans la perspective de procéder à une abdominoplastie ou à une dermolipectomie, mais qu'aucune pièce du dossier n'établit qu'elle a consulté un médecin dermatologue, alors même qu'à la lecture des appréciations de ses médecins traitants, il est mentionné des affections cutanées soit : des « furoncles et des mycoses » (Dre B_____, lettre du 4 février 2022), des « plaies cutanées » et des « problèmes dermatologiques connus sous-jacents » (Dre C_____, lettre du 2 mai 2024), des « atteintes cutanées récidivantes » (Dre D_____, lettre du 31 mai 2024), ce qui rentre dans le champ de spécialisation d'un médecin dermatologue.

En ce qui concerne les douleurs abdominales alléguées, aucune pièce médicale du dossier n'établit la prescription d'un traitement antidouleur régulier.

S'agissant de l'existence de plaies, dans son certificat du 31 mai 2024, la Dre D_____ relève, à l'examen clinique, une peau très fine avec des cicatrices d'atteintes cutanées « le jour de l'examen », mais mentionne, à la ligne suivante, que de simples mesures d'hygiène ainsi qu'un traitement dermatologique ont déjà été entrepris et ont permis de traiter les plaies, sans toutefois éviter la récurrence. La Dre C_____, dans son certificat médical du 2 mai 2024, atteste également de

l'existence de deux cicatrices très fragiles, qui, selon elle, s'ouvrent régulièrement et occasionnent des plaies douloureuses.

Cependant, l'absence de toute appréciation médicale d'un dermatologue dans le dossier soumis par la recourante à l'intimée, aussi bien en 2022 qu'en 2024, paraît contradictoire avec le fait que les affections cutanées qu'elle allègue aient valeur de maladie.

La chambre de céans considère qu'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la recourante souffre, épisodiquement, d'affections cutanées.

La description des affections cutanées liées au repli de la peau correspond à un intertrigo (avis médical du Dr F_____ du 28 février 2024), pathologie qui est détaillée dans le document rédigé par le Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : CHUV), intitulé « Technique de soins, Intertrigo : prévention et traitement », daté du 27 février 2020 et disponible sur Internet : https://www.chuv.ch/fileadmin/sites/dso/documents/Methodes_de_soins/MDS_P_LAIES_Intertrigo.pdf, selon lequel « L'intertrigo résulte d'une combinaison du facteur d'humidité et celui de la friction dans les plis cutanés. L'air ne circulant pas correctement dans les plis cutanés, l'humidité, souvent la transpiration, s'y trouve piégée. La peau devient donc macérée et sujette aux lésions cutanées dues à la friction entre les deux surfaces du pli cutané. L'intertrigo se retrouve généralement dans certaines régions du corps comme les aisselles, sous les seins, dans le pli abdominal, plis inguinaux et inter-orteils ».

Or, dans son arrêt du 22 juin 2005 (K 50/05), le Tribunal fédéral des assurances a exclu, dans un cas similaire au cas d'espèce, une indication pour une opération chirurgicale, considérant que des mesures d'hygiène et un traitement local suffisaient pour traiter un intertrigo :

« 3.1.1 Les médecins spécialistes en dermatologie confirment en effet que, de leur point de vue, cette intervention n'était pas nécessaire. Le problème d'irritation cutanée liée au repli de la peau (intertrigo) ne requiert pas une intervention chirurgicale. De simples mesures d'hygiène et un traitement local sont tout à fait suffisants pour y remédier (rapports des docteurs B._____ du 29 janvier 2003 et de la doctresse R._____ du 4 février 2003). Cette appréciation n'est pas démentie par le docteur A._____, également dermatologue, qui relate des améliorations cutanées explicables pour l'essentiel par l'intervention chirurgicale destinée à remédier à l'obésité ; on ne peut rien déceler dans son rapport qui plaiderait véritablement en faveur d'une indication pour une opération chirurgicale en raison des séquelles de la première opération ».

En l'occurrence, la recourante ne rend pas vraisemblable qu'elle a épuisé les traitements conservateurs et notamment dermatologiques permettant de remédier à sa symptomatologie.

8.4 Selon la Dre D_____, « de simples mesures d'hygiène ainsi qu'un traitement dermatologique ont déjà été entrepris et ont permis de traiter les plaies » sans

toutefois éviter la récurrence (certificat du 31 mai 2024). Elle ne fait que confirmer qu'en présence d'un intertrigo, il est nécessaire de traiter régulièrement les affections cutanées pour éviter l'apparition de plaies récurrentes.

À cet égard, il convient de relever que l'assurance s'est adressée à la Dre C_____, par courrier du 5 août 2024, pour demander à cette dernière, à des fins d'instruction, de bien vouloir la renseigner plus précisément sur la nature des traitements prescrits à l'assurée et notamment l'emballage précis des médicaments prescrits, afin de vérifier si ces derniers figurent dans la liste des spécialités ou s'ils sont soumis à des limitations par Swissmedic. De même, les dates des ordonnances éventuellement délivrées par la Dre C_____ ont été demandées.

Dans sa réponse du 30 août 2024, sous ch. 14, l'intimée allègue que la Dre C_____ aurait répondu par téléphone du 12 août au courrier du 5 août d'ASSURA, en confirmant à l'assurance que les crèmes et traitements utilisés par la recourante « auraient pu être remboursés par l'AOS ».

Toutefois, aucune pièce démontrant la nature des traitements prescrits n'a été communiquée à la chambre de céans, notamment dans le cadre de la réplique de la recourante, intervenue en date du 26 septembre 2024, alors même que la recourante reproche à l'intimée de ne pas avoir sollicité « les ordonnances médicales ou la posologie médicale » (mémoire de recours, en fin de p. 8).

La seule indication d'un traitement figure dans la décision sur opposition du 10 juin 2024, sous ch. 11, mentionnant, en écriture manuscrite, que la Dre C_____ aurait apparemment déclaré que sa patiente désinfectait les plaies à la Bétadine, tous les 7 ou 15 jours et luttait contre les douleurs avec du Co-Dafalgan ou du Tramal. Il n'y aurait pas de suivi dermatologique « car les lésions sont claires ».

Compte tenu de ces éléments, il n'est pas établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les deux cicatrices mentionnées par la Dre C_____ « provoquent d'importantes douleurs ou limiteraient sensiblement la mobilité de l'assuré » (ATF 134 V 83 consid. 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_255/2016 du 17 février 2017 consid. 3.2), de telle sorte que l'intimée doive prendre en charge un traitement chirurgical.

Il résulte de ce qui précède que, conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances (arrêt du Tribunal fédéral K 50/05 du 22 juin 2005), une indication pour une opération chirurgicale est exclue car des mesures d'hygiène et un traitement local sont suffisants pour traiter un intertrigo.

À l'aune de ces éléments, la chambre de céans considère qu'il n'existe pas de limitations fonctionnelles, de troubles psychiques, de douleurs ou de troubles somatiques, ayant valeur de maladie, qui puissent justifier la prise en charge par l'intimée, dans le cadre de l'AOS, des frais d'une opération chirurgicale d'abdominoplastie ou de dermolipéctomie.

8.5 Si le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles il doit procéder d'office, est convaincu que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a ; 122 III 219 consid. 3c).

Dès lors que la Dre C_____ a déjà eu l'occasion de s'exprimer dans ses certificats, son audition proposée dans la réplique de la recourante « si la véracité de son rapport du 2 mai 2024 ne devait pas être entièrement reconnue », est inutile.

En ce qui concerne la demande d'expertise judiciaire, on ne se trouve pas en présence d'un cas similaire à celui qui a abouti à l'arrêt du Tribunal fédéral du 4 mars 2021 (9C_246/2020), dans lequel la recourante se plaignait de troubles psychiques dus à son apparence physique, en présence d'un tablier ventral consécutif à une importante perte de poids ; le Tribunal fédéral avait estimé que la sévérité des troubles psychiques n'avait pas été instruite de façon suffisante par l'autorité cantonale et lui avait renvoyé la cause.

Dans le cas d'espèce, aucune pathologie psychique n'est rendue vraisemblable et l'existence de l'intertrigo est admise par les médecins des deux parties. Partant, les pièces médicales présentes au dossier et examinées *supra* permettent à la chambre de céans de statuer sur l'objet du litige, sans qu'une expertise médicale ne soit nécessaire.

9.

9.1 Compte tenu de ces éléments, le recours sera rejeté.

9.2 Pour le surplus, en l'absence de loi spéciale prévoyant des frais judiciaires, la procédure est gratuite (art. 61 let. fbis LPG).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110), auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le président

Véronique SERAIN

Philippe KNUPFER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le