RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4042/2005 **ATAS/754/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 6

du 4 septembre 2006

En la cause

Madame C_____, domiciliée CONFIGNON, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître WAEBER Jean-Bernard	recourante/demanderesse

contre

CAISSE-MALADIE 57, Jupiterstrasse 15, postfach 234, 3000 BERN 15	intimée/défenderesse

Siégeant : Madame Valérie MONTANI, Présidente, Mesdames Doris WANGELER et Karine STECK, Juges

EN FAIT

1. Mme C_____ (ci-après : l'assurée), née le 1969, est assurée selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal - assurance BASIS) ainsi qu'en couverture d'hospitalisation demi-privée selon la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (LCA - assurance HOSPITAL BONUS) auprès de la CAISSE-MALADIE 57 (ci-après : la caisse) sise à Berne.

2. Entre 1998 et 2004, l'assurée a accouché par césarienne de trois enfants, de respectivement 3,9 kilos, 4, 1 kilos et 3,25 kilos, à la suite de trois grossesses. Elle a été suivie par le Dr A_____, médecin gynécologue.

3. Au cours de la deuxième grossesse il est apparu chez l'assurée un diastasis, soit un écartement des muscles droits au niveau de la ligne médiane dû à une surpression de la cavité abdominale. Le diastasis s'est aggravé lors de la troisième grossesse.

4. Le 22 mars 2005, le Dr B_____, médecin spécialiste FMH en chirurgie plastique, a écrit à la caisse que l'assurée lui avait été adressée par le Dr C_____, médecin chirurgien, en raison d'un diastasis majeur des muscles droits de l'abdomen. Elle avait pris 15 à 20 kilos à chaque grossesse qu'elle avait rapidement perdus après les accouchements. Elle présentait des dorsalgies importantes qui n'avaient pas pu être contrôlées par une physiothérapie. Il y avait une indication pour une abdominoplastie avec cure chirurgicale de diastasis et demandait la prise en charge du traitement.

5. Le 2 mai 2005, la caisse a refusé la prise en charge requise en relevant que son médecin-conseil était d'avis que l'intervention ne faisait pas partie d'une prestation obligatoire.

6. Le 9 mai 2005, le Dr C_____ a écrit au Dr D_____, médecin généraliste FMH et médecin-conseil de caisse. Il suivait l'assurée depuis janvier 2004. Il l'avait opérée d'une cholécystite lithiasique un mois après son accouchement et avait été frappé par le diastasis abdominal de plus de 4 cm qu'elle présentait. Il avait favorisé des séances de physiothérapie mais la patiente avait continué à présenter une symptomatologie douloureuse dorsale en relation avec la fragilité de sa paroi abdominale. A l'évidence, une indication opératoire était maintenant posée. Toute symptomatologie digestive accompagnait cette fragilité de la paroi.

7. Le 13 mai 2005, l'assurée a fait opposition à cette décision. Elle expose que les médecins consultés (Prof. E_____, médecin à l'Université de chirurgie plastique et reconstructive des - "établissement hospitalier", A_____, B_____ et C_____) étaient du même avis, tous en faveur de l'opération. Elle souhaitait consulter un expert. Elle souffrait de douleurs de dos,

ventre, constipation, irritations ombilicales et dépression. Enfin, le délai mis par la caisse à répondre à sa demande du 22 mars 2005 était inadmissible.

8. Le 21 juin 2005, l'assurée a exigé de la caisse une décision écrite le plus rapidement possible.

9. Le même jour, la Dresse E_____ a demandé à la caisse de reconsidérer la demande de prise en charge de l'assurée. Elle avait examiné la patiente le 19 avril 2005 pour un deuxième avis de reconstruction de la paroi abdominale. Les grossesses avaient gravement distendu la paroi abdominale qui posait un problème fonctionnel évident de posture, occasionnant des douleurs au niveau de la paroi et au niveau du dos. En position couchée, on pouvait carrément voir le péristaltisme des anses digestives. La reconstruction de la sangle abdominale et de la ligne blanche étaient au premier plan. Il s'agissait de chirurgie reconstructive médicalement indiquée et non d'un geste esthétique.

10. Par décision du 27 juin 2005, la caisse a refusé la prise en charge de l'abdominoplastie avec cure chirurgicale de diastasis.

11. Le 1er juillet 2005, l'assurée a fait opposition à cette décision et indiqué qu'elle allait prochainement consulter le Prof. F_____, médecin chef du service de chirurgie viscérale et transplantation des "établissement hospitalier".

12. Le 6 septembre 2005, le Prof. F_____ a attesté qu'il avait examiné l'assurée le 2 août 2005 pour un problème de douleurs abdominales, de constipation et d'irritation ombilicale. Il diagnostique un diastasis important des muscles droits, sans hernie. En position debout il existait une protrusion importante du contenu de la cavité abdominale en avant, ce qui provoquait certainement un déséquilibre pouvant être responsable des douleurs dorsales. Dans ce cas, la chirurgie de correction abdominale était plus de nature fonctionnelle qu'esthétique, ce d'autant que la chirurgie entraînera une cicatrice médiane abdominale disgracieuse et n'apportant pas vraiment d'amélioration esthétique.

13. Le 10 septembre 2005, l'assurée a transmis le rapport précité à la caisse et requis une décision avant le 15 octobre 2005.

14. Le 14 octobre 2005, la caisse a rejeté l'opposition de l'assurée, sans motivation.

15. Le 7 novembre 2005, Mme G_____, physiothérapeute, a attesté que l'assurée avait suivi 30 séances de physiothérapie, qu'elle avait été compliante aux thérapies et avait participé activement aux traitements prescrits.

16. Le 11 novembre 2005, le Dr H_____, spécialiste FMH médecin interne, a attesté qu'il avait suivi depuis mars 2005 l'assurée pour un état dépressif, un état de détresse psychologique important qui nécessitait un traitement médicamenteux et

un soutien psychologique spécialisé, en lien avec la non prise en charge de la chirurgie abdominale.

17. Le 16 novembre 2005, l'assurée a recouru contre la décision sur opposition de la caisse auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales en concluant à la condamnation de la caisse à la prise en charge de l'abdominoplastie avec cure chirurgicale de diastasis. Elle subissait une grave atteinte corporelle qui n'avait pu être corrigée par des soins de physiothérapie. Elle avait des douleurs chroniques dorsales abdominales et des troubles intestinaux. Sans intervention elle développerait des problèmes de posture dont le traitement serait coûteux. Les médecins consultés considéraient tous que l'intervention n'était pas de nature esthétique. Quand bien même, l'intervention serait de toute manière à charge de la caisse, le diastasis étant survenu à la suite de grossesses.

18. Le 2 décembre 2005, la caisse a transmis une série de questions à son médecin-conseil.

19. Le 20 décembre 2005, le Dr B_____ a pratiqué l'abdominoplastie avec cure de diastasis des muscles droits de la recourante.

20. Le 31 décembre 2005, le Dr I_____a répondu à la demande de la caisse. Il relève qu'un diastasis est notoirement fréquent après la grossesse et l'accouchement et en particulier suite à un excès de poids. L'assurée avait beaucoup grossi lors de chaque grossesse. Le diastasis de plus de 4 cm n'était pas prononcé au point de causer une éventration ou une hernie. Le fonctionnement des muscles n'était pas forcément entravé. Il était possible de "se redresser et de s'asseoir en position couchée". Les problèmes de dos invoqués, les maux de ventre et les troubles digestifs n'étaient pas dus, au degré de la vraisemblance prépondérante, au diastasis. Il était curieux qu'aucun examen radiologique de la colonne vertébrale n'ait été pratiqué, ni un rhumatologue consulté. On ne trouvait pas dans le dossier de traitement médicamenteux correspondant à une douleur rhumatologique significative. Les fonctions digestive et intestinale n'étaient pas entravées. Il n'y avait aucun problème justifiant une abdominoplastie. Il fallait tenir compte des risques d'une intervention (narcose, embolies pulmonaires, infections, déhiscence de la cicatrice, récidive du diastasis, adhérences abdominales, dérangement de la fonction intestinale, troubles de la sensibilité cutanée, cicatrice chéloïde, etc…). On ne pouvait considérer que les maux invoqués disparaîtraient avec l'opération. Les mesures conservatrices n'étaient pas épuisées. La littérature spécialisée ne mentionnait pas de diastasis comme cause déterminante des douleurs invoquées. Il se pouvait que l'opération améliore les douleurs de la paroi abdominale et les irritations de la zone ombilicale mais il fallait prendre en compte les risques dus à l'opération. Il ne se pouvait pas que des problèmes psychiques apparaissent avec une vraisemblance prépondérante suite aux douleurs invoquées. Il n'avait pas à commenter le souhait de l'assurée d'obtenir pour des raisons cosmétiques un ventre

plat à plus de 36 ans, après trois grossesses et des phases de surpoids, ce qui relevait de considérations esthétiques et constituait une affaire de goût. Cette région du corps n'était pas visible et il n'y avait pas de difformité. La cicatrice de l'opération pourrait être cosmétiquement gênante, avec la formation de chéloïde. Si l'abdominoplastie se déroulait bien (indépendamment de la cicatrice), il y aurait une amélioration esthétique par rapport au résultat actuel. "Telle est la raison pour laquelle la chirurgie esthétique (body contouring) cherche à la promouvoir".

21. Le 6 janvier 2006, la caisse a conclu au rejet du recours en se référant au rapport de son médecin-conseil du 31 décembre 2005. Il n'y avait pas de causalité adéquate entre "les douleurs de dos invoquées et celles au ventre". L'opération présentait des risques importants et n'était pas adéquate pour écarter les problèmes de dos, lesquels étaient les seules douleurs démontrées de façon crédible. Il s'agissait d'un problème manifestement cosmétique. La recourante ne parvenait pas à prouver que le diastasis causait les douleurs invoquées et que l'opération constituait un traitement efficace pour éliminer lesdites douleurs. Enfin, les interventions cosmétiques dans la zone du ventre, partie du corps qui n'était pas particulièrement exposée et donc sensible, n'étaient pas à la charge de la LAMal.

22. Le 1er mars 2006, l'assurée a produit de nouvelles pièces médicales, soit :

- Un rapport du Dr A_____ du 4 février "2006" selon lequel les grossesses de la patiente avaient distendu la paroi abdominale et amené un problème fonctionnel très important agissant sur la posture provoquant des douleurs de la paroi abdominale et de la région dorsale qui rendaient très difficile une qualité de vie acceptable pour cette patiente. Il s'agissait d'un cas particulier et la reconstruction de la sangle abdominale était une indication médicale stricte pour laquelle un geste esthétique n'avait aucune place.

- Un rapport du Dr B_____ du 27 février 2006, selon lequel l'intervention du 20 décembre 2005 s'était parfaitement déroulée et ne pouvait être considérée comme une chirurgie esthétique mais bien comme une chirurgie réparatrice avec la reconstruction de la sangle abdominale qui redonnait à l'abdomen une activité musculaire physiologique. Il y avait des conséquences non négligeables sur le transit digestif et la statique du rachis de la sangle abdominale physiologique. Il y avait une diminution, voire une disparition de la symptomatologie. Les douleurs dorsales ne gênaient plus la patiente, le transit digestif était normalisé et la douleur au niveau de la fosse iliaque droite avait disparu.

- Un rapport du Dr H_____ du 27 février 2006 selon lequel tous les symptômes (état dépressif, problèmes digestifs, de posture, douleurs dorsales) s'étaient améliorés après l'opération, laquelle avait ainsi permis une nette amélioration de l'état physique et psychologique de la patiente.

- Un rapport du Dr C_____ du 27 février 2006 selon lequel en aucun cas l'intervention ne pouvait s'apparenter à une chirurgie esthétique car elle avait créé une incision abdominale inesthétique. Actuellement, la patiente semblait transformée, les troubles du transit avaient disparu, la symptomatologie algique dorsale diminuait et l'état psychique s'était amélioré.

L'assurée a également transmis des photos de son ventre après l'intervention montrant une cicatrice verticale.

23. Le 4 avril 2006, la caisse a maintenu son refus de prise en charge en relevant que la cicatrice verticale pouvait faire l'objet d'un traitement esthétique ultérieur et a transmis un rapport de son médecin-conseil du 18 mars 2006 selon lequel on ne pouvait conclure que les douleurs invoquées avant l'opération avaient durablement disparu suite à l'intervention dès lors qu'aucune étude ne dénotait que de tels succès de guérison provenaient d'une abdominoplastie. La disparition de ces maux en deux mois, selon l'assurée, relativisait la portée des douleurs.

24. Le 12 juin 2006, le Tribunal de céans a convoqué les parties en audience de comparution personnelle ainsi que les témoins Drs B_____, C_____ et A_____.

Le Dr B_____ a déclaré :

"Je suis Mme C_____ depuis six mois. J'ai posé le diagnostic de diastasis des muscles droits de l'abdomen suite à des grossesses.

Il s'agit d'un écartement des muscles droits au niveau de la ligne médiane (ligne blanche) dû à une surpression de la cavité abdominale. Cette affection est connue notamment suite à des grossesses ou éventuellement mais plus rarement à une prise de poids importante. Le problème peut s'amplifier en cas de plusieurs grossesses. Dans le cas de Mme C_____ l'écartement était plus qu'habituel et visible à l'œil nu ce qui est rare. En général ce diagnostic est posé à la palpation ou à l'échographie.

Les muscles droits font partie de la sangle abdominale. Si celle-ci est défectueuse des problèmes peuvent se répercuter sur la cavité elle-même (douleurs abdominales, dorsales, problème de mobilité, constipation). Il est scientifiquement difficile de le prouver. Il n'y a pas vraiment d'études scientifiques sur ce problème.

Mme C_____ se plaignait de cette symptomatologie, notamment de douleurs dorsales et constipation. Comme chirurgien j'ai l'habitude de voir des patients avec les mêmes symptômes que Mme C_____ qui souffrent de diastasis, lesquels après intervention chirurgicale voient leurs symptômes s'améliorer. Le seul traitement en cas de diastasis est l'intervention chirurgicale. Elle consiste à rapprocher les muscles, en particulier à coudre la gaine des muscles

ensemble. Je précise que la musculation ne suffit pas, elle aurait plutôt tendance à empirer le problème. Une intervention est effectuée en général selon l'importance du diastasis. Un diastasis de 3 à 4 cm est jugé important, celui de 1 cm ou moins étant léger, à surveiller. Une intervention est particulièrement conseillée dans les cas de diastasis importants avec une symptomatologie.

Le diastasis de Mme C_____ était de façon évidente très important. Une intervention chirurgicale était dans ce cas indiquée, sans discussion. Je précise toutefois que les effets du diastasis ne sont pas vitaux mais peuvent être gênants voire handicapants. Il ne s'agit pas d'une opération esthétique. Le but de cette intervention est de rétablir la sangle abdominale, étant précisé que les conséquences d'un diastasis peuvent être des problèmes d'ordre intestinal ou musculaires, notamment des douleurs variées par exemple dorsales.

J'ai moi-même opéré Mme C_____. L'opération est réussie et il n'y a plus de diastasis. La patiente a relevé que la symptomatologie s'est améliorée après l'intervention, en particulier les problèmes de transit intestinal et les douleurs dorsales et abdominales.

Je ne peux pas vous dire si la douleur de fosse iliaque droite est en lien avec le diastasis. Les autres causes possibles ont été écartées.

Assez rapidement après l'intervention, soit après quelques semaines les problèmes se sont améliorés. Après une telle intervention qui a occasionné un changement physique immédiat il est plausible qu'une amélioration rapide de la symptomatologie intervienne. C'est bien le but de l'intervention.

On me soumet l'attestation de la physiothérapeute attestant de 30 séances de physio. La longueur de ce traitement et apparemment son échec a été l'un des facteurs de plus qui a plaidé en faveur de cette opération. Je confirme mon attestation du 22 mars 2005 ainsi que celle du 27 février 2006".

Le Dr C_____ a déclaré :

"Je suis Mme C_____ depuis janvier 2004, date à laquelle je l'ai opérée d'une complication de la maladie lithiasique. Je l'ai opérée par la suite pour des problèmes de varices en septembre 2004. Ces opérations ont eu lieu après les trois grossesses de Mme C_____.

Lors de la première intervention j'ai été frappé par une faiblesse pariétale de Mme C_____. Il y avait une sorte d'atrophie des muscles droits. J'ai constaté ceci lors de l'intervention par laparoscopie. Il est évident que dans les six mois suivant une grossesse on ne tente rien, sauf des séances de physiothérapie pour muscler la sangle abdomino-pelvienne. Chez Mme C_____ malgré ces séances les symptômes ont persisté (constipation, altération du transit principalement). J'ai

constaté au printemps 2005 que l'on aboutissait à rien et qu'on entrait dans un cercle vicieux dès lors qu'il n'y avait pas d'amélioration.

J'ai constaté une aggravation de l'état général de Mme C_____. C'était dramatique. Mme C_____ avait perdu 8 à 10 kilos. L'intervention n'allait pas améliorer l'aspect esthétique. Celui-ci n'entrait pas en ligne de compte dans le cas de Mme C_____. L'intervention du diastasis a créé des cicatrices puisqu'il s'agit d'une ouverture de la peau sur la hauteur de la lésion. La grossesse crée une pression énorme intra-abdominale. Le manque de résistance du ventre dû au diastasis crée des problèmes multiples d'autant plus après trois grossesses. La paroi musculaire ne remplit plus son rôle, ce qui peut par exemple occasionner des problèmes respiratoires. Cela n'a pas été le cas chez Mme C_____.

Médicalement on est parfois obligé d'exclure les problèmes pour démontrer une causalité. Pour moi dès le printemps 2005 j'étais presque sûr de la causalité entre la symptomatologie et le diastasis de Mme C_____. Je dis presque parce que l'on ne peut jamais être sûr à 100 %. Un diastasis est en général jugé important au-delà de 4 cm ce qui était il me semble le cas de Mme C_____. Il est important de noter qu'en plus il y avait une atrophie des muscles droits plus un amaigrissement important ce qui fait que la laxité de la paroi était très important. J'avais l'impression qu'elle n'avait plus de paroi ou qu'elle était enceinte.

Dans le cas de Mme C_____ l'intervention me paraissait nécessaire. Je précise que dans mon esprit il s'agissait de la seule solution que je pouvais lui proposer pour améliorer ses symptômes. Elle consiste en une abdomino-plastie, afin de recréer une tension adéquate, c'est-à-dire une réparation de la paroi.

J'ai revu Mme C_____ en février 2006. J'ai constaté que Mme C_____ était transformée, épanouie. J'ai été impressionné de la rapidité avec laquelle elle a retrouvé la santé. J'étais surpris en bien. L'amélioration persiste dans le long terme, ce qui me fait dire qu'il y a une corrélation entre l'intervention et l'amélioration de la symptomatologie".

Le Dr A_____ a déclaré :

"Je suis le médecin gynécologue de Mme C_____, j'ai suivi ses trois grossesses. Au cours de la deuxième grossesse est apparue une diastase importante, phénomène rare dans les proportions dont il est apparu dans le cas de Mme C_____. Ce problème provient probablement d'un déficit génétique aggravé par la grossesse. Le diastasis s'est encore aggravé lors de la troisième grossesse. Il s'agissait d'un diastasis important, la paroi était quasiment ouverte, on voyait le mouvement intestinal. J'ai suivi en tant que médecin gynécologue environ 1'800 grossesses. Il s'agit du deuxième cas de diastasis de cette importance que j'ai constaté. Les conséquences connues du diastasis sont des problèmes de déséquilibre du bassin entraînant des douleurs dorsales et des douleurs abdominales ainsi que

des problèmes de transit. Les gens ont mal, sont inconfortables et gênés. Mme C_____ présentait tous ces symptômes.

A mes yeux une intervention était nécessaire car les mesures conservatoires étaient inefficaces. La physiothérapie était insuffisante. Les conséquences du diastasis grèvent la qualité de vie de Mme C_____ de manière quotidienne. Il y a dans le cas de Mme C_____ un problème anatomique et ses symptômes qui sont une atteinte à la santé dès lors qu'il y a une perte d'intégrité corporelle. Si le problème n'est pas réglé le corps cherche des compensations, créant des déséquilibres au niveau de la colonne et du bassin qui constituent une atteinte à la santé. Il me semble normal qu'une amélioration rapide soit intervenue après l'intervention dès lors que c'est ce que l'on souhaite après une intervention chirurgicale, d'autant plus avec les techniques opératoires actuelles.

Pour moi cette opération n'avait pas un but esthétique mais uniquement thérapeutique. Il s'agit d'un problème de qualité de vie et non pas esthétique, les personnes atteintes d'un diastasis n'étant pas bien quotidiennement. J'ai conseillé à Mme C_____ de voir un médecin spécialiste chirurgien".

La recourante a déclaré :

"Je confirme que mon état de santé s'est nettement amélioré après l'intervention en particulier le transit s'est normalisé 3 à 4 semaines après. De plus la douleur permanente que je subissais à la fosse iliaque droite a disparu après le retour du transit. Quant aux douleurs dorsales j'ai porté une ceinture abdominale quelque temps, selon les indications du Dr B_____. Lorsque je l'ai enlevée j'ai constaté que les douleurs dorsales avaient disparu. Actuellement je fais à nouveau du sport, ce qui n'était pas possible avant. Je précise qu'il m'était difficile de rester debout longtemps. J'avais de la peine à effectuer les activités ménagères. La musculature du dos était toute contractée dès que je fournissais un effort ou même uniquement en station debout prolongée. Ma symptomatologie a complètement disparu actuellement, c'est-à-dire six mois après l'intervention. L'intervention coûte environ fr. 10'000.-. J'ai été opérée à la clinique des Grangettes. Je suis au bénéfice d'une hospitalisation semi-privée".

25. Le 22 juin 2006, la caisse a persisté dans les termes de sa décision. Elle s'est référée à un réexamen du dossier par son service médical.

26. Le 27 juin 2006, le Tribunal de céans a requis de la caisse la transmission de la motivation médicale de son service médical. Celle-ci a répondu le 11 juillet 2006 que la motivation et les arguments de la caisse figuraient dans le rapport du médecin-conseil du 31 décembre 2005.

27. Sur quoi la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

   Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 4 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales 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) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal).

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

3. Interjeté en temps utile devant la juridiction compétente, le recours est recevable (art. 60 LPGA).

4. En tant qu'il concerne le contrat d'assurance de la recourante relatif à la couverture d'hospitalisation demi-privée, selon la LCA, on doit admettre que le recours comprend également une demande en paiement pour laquelle le Tribunal de céans est compétent selon l'art. 56V al. 1 let. c LOJ.

   S'agissant des contestations en matière d'assurance complémentaire à la LAMal, l'assuré doit saisir directement l'autorité judiciaire, par voie d'une action qui doit être intentée dans les deux ans à dater du fait d'où naît l'obligation qui dérive du contrat d'assurance (art. 46 al. 1, 1ère phrase LCA), ce délai pouvant être interrompu selon les règles générales du droit privé. Le juge établit d'office les faits et apprécie librement les épreuves (art. 85 al. 2 in fine de la loi fédérale sur la surveillance des institutions d'assurance privées du 17 décembre 2004).

   En l'espèce, interjetée devant la juridiction compétente le 16 novembre 2005 pour des prestations litigieuses dès le 20 décembre 2005, la demande est recevable.

5. a) La jurisprudence a notamment déduit du droit d'être entendu, découlant de l'art. 29 al. 2 Cst., l'obligation pour l'autorité de motiver sa décision, afin que l'intéressé puisse la comprendre, l'attaquer utilement s'il y a lieu et que l'autorité de recours puisse exercer son contrôle. Pour répondre à ces exigences, il suffit que l'autorité mentionne, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a

fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Il y a cependant violation du droit d'être entendu si l'autorité ne satisfait pas à son devoir minimum d'examiner et traiter les problèmes pertinents (ATF 126 I 102 consid. 2b, 124 v 181, consid. 1a, 122 IV 14 consid. 2c et les références).

Selon la jurisprudence, la violation du droit d'être entendu -pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière - est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen. Au demeurant, la réparation d'un vice éventuel ne doit avoir lieu qu'exceptionnellement (ATF 127 V 437 consid. 3d/aa, 126 I 72, 126 V 132 consid. 2b et les références).

b) En l'espèce, la décision sur opposition de l'intimée était insuffisamment motivée. Cependant, cette violation du droit d'être entendue de la recourante a été réparée devant la juridiction de céans - laquelle dispose d'un plein pouvoir d'examen - par la réponse de l'intimée du 6 janvier 2006.

6. 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. S'il y a une contre-indication importante, la prestation ne sera pas considérée comme étant appropriée (ATF 125 V 95 ; G. STEFFEN "Droit aux soins et rationnement - Approche d'une définition des soins nécessaires - IDS 2002 p. 139). 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, 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; ATF du 13 février 2006, cause K 46/05). 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.

7. a) 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 (ATF 130 V 301 consid. 2 et 3, avec les références; arrêt M. du 17 août 2005, K 4/04, publié in RAMA 2005 n° KV 345 p. 366; ATFA du 2 février 2006, cause K 132/04).

   b) 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 des assurances 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 des assurances 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; ATFA du 22 juin 2005, cause K 50/05).

Dans ce dernier 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 kilos avait subi un excès cutanéo-graisseux avec des replis cutanés. 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, 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.

8. 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).

9. En l'espèce, l'intervention subie par la recourante, soit une abdominoplastie avec cure chirurgicale de diastasis des muscles droits n'est 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 devait la prendre en charge.

10. a) Contrairement au cas jurisprudentiel précité, le Tribunal de céans constate qu'il existe dans le cas de la recourante des circonstances particulières devant conduire à la prise en charge par la caisse de l'intervention en cause, au titre de la LAMal.

b) En effet, l'instruction menée par le Tribunal de céans et les pièces versées au dossier permettent d'attester que l'intervention était nécessitée par un état pathologique et des limitations fonctionnelles.

Le Dr B_____ atteste de dorsalgies importantes (rapport du 22 mars 2005) et de conséquences non négligeables sur le transit digestif et la statique du rachis (rapport du 27 février 2006). La Dresse E_____ atteste d'un problème fonctionnel évident de posture occasionnant des douleurs au niveau de la paroi et au niveau du dos (rapport du 21 juin 2005). Le Dr F_____ relève un problème de douleurs abdominales, constipation et irritation péri-ombilicale et un déséquilibre pouvant être responsable de douleurs dorsales (rapport du 6 septembre 2005). Le Dr C_____ mentionne une symptomatologie douloureuse dorsale et digestive en relation avec la fragilité de la paroi abdominale (rapport du 9 mai 2005 et du 27 février 2006). Le Dr H_____ relève des problèmes de posture et de douleurs dorsales dus à la distension de la paroi abdominale et à la faiblesse musculaire (rapport du 27 février 2006). Le Dr A_____ atteste d'un problème fonctionnel important agissant sur la posture provoquant des douleurs de la paroi abdominale et de la région dorsale (rapport du 4 février 2005).

Entendus en audience d'enquête, les Drs B_____, C_____ et A_____ ont confirmé la présence d'un état pathologique nécessitant une intervention chirurgicale.

Le Dr B_____ a relevé que le diastasis était très important et qu'une intervention était dans ce cas indiquée sans discussion, les conséquences d'un diastasis pouvant être des problèmes d'ordre intestinal, musculaire ou dorsal, sans qu'il n'y ait vraiment d'étude scientifique sur ce problème. Comme chirurgien il avait l'habitude de voir des patients souffrant de diastasis avec les mêmes symptômes que la recourante.

Le Dr C_____ a confirmé une constipation et altération du transit, la paroi musculaire ne remplissant plus son rôle. Il était presque sûr de la causalité entre la symptomatologie et le diastasis, la laxité de la paroi était particulièrement importante due à une atrophie des muscles droits plus un amaigrissement important.

Le Dr A_____ a attesté que le diastasis de la recourante était rare vu son ampleur. Il s'agissait du deuxième cas similaire constaté sur environ 1'800 grossesses qu'il avait suivies. Le déséquilibre du bassin entraînait des douleurs

dorsales et abdominales et des problèmes de transit. Il y a avait une perte d'intégrité corporelle.

Au vu de ces avis médicaux convergents, il y a lieu d'admettre, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'existence d'un lien de causalité entre le diastasis de la recourante 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.

A cet égard, même si le Dr B_____ a déclaré qu'il était scientifiquement difficile de prouver la causalité entre la symptomatologie de la recourante et le diastasis, il admet que, comme chirurgien, il a l'habitude de voir des patients souffrant de diastasis avec les mêmes douleurs et symptômes. Quant au Dr C_____, il dit être presque sûr car "on ne peut jamais être sûr à 100 %" de la causalité précitée, ce qui doit être considéré comme une causalité non seulement possible mais probable selon les exigences de la jurisprudence susmentionnée. Enfin, le Dr A_____ est plus affirmatif en expliquant que les conséquences connues du diastasis sont des douleurs dorsales, abdominales et des problèmes de transit. Au demeurant, dans le cas concret les médecins consultés n'ont jamais fait état d'un état antérieur au diastasis ou d'une autre cause qui laisserait penser que la symptomatologie de la recourante n'était pas due au diastasis.

Il n'est pas nécessaire en conséquence de se demander si l'état dépressif attesté par le Dr H_____ a été causé par le diastasis.

c) A la suite des audiences d'enquête, l'intimée s'est bornée à se référer au rapport médical de son médecin-conseil du 31 décembre 2005. En premier lieu, le Tribunal de céans constate que ce médecin, généraliste FMH, ne dispose pas des mêmes connaissances que les médecins spécialistes qui se sont prononcés dans le cadre de la présente procédure. En second lieu, les arguments médicaux avancés doivent être écartés pour les motifs suivants :

- Le médecin-conseil relève qu'un diastasis est notoirement fréquent après une grossesse et un accouchement, en particulier suite à un excès de poids. Or, le Dr A_____ a précisé qu'un diastasis très important comme celui de la recourante était rare, comme cela était confirmé par sa pratique de gynécologue. Par ailleurs, aucun médecin n'a relevé un excès de poids lors des grossesses de la recourante (de 15 à 20 kilos selon le Dr B_____) mais des bébés de poids importants et une perte de poids rapide après l'accouchement, le Dr A_____ ayant même évoqué une prédisposition génétique au diastasis. Contrairement à la remarque du médecin-conseil, le Dr B_____ n'a pas mentionné que la patiente avait "beaucoup grossi à chaque fois". Il ne s'agit ainsi pas d'un cas fréquent qui serait survenu à la suite d'une prise de poids particulièrement importante comme le suggère le médecin-conseil.

- Le fait que la patiente puisse se redresser et s'asseoir selon ce dernier ne permet en particulier pas d'exclure une symptomatologie pathologique.

- Aucun médecin consulté n'a jugé utile d'adresser la recourante à un rhumatologue. On ne voit pas en quoi cela est répréhensible dès lors que la cause des douleurs dorsales avait été reconnue dans l'existence du diastasis par lesdits médecins et que ceux-ci étaient convaincus que l'intervention en cause pouvait améliorer, voire faire disparaître cette symptomatologie, ce qui a finalement été le cas.

- Contrairement au médecin-conseil, les médecins spécialistes considèrent en outre de façon convaincante que des troubles digestifs sont imputables au diastasis.

- S'agissant des risques de l'intervention présentés par le médecin-conseil, le Tribunal de céans constate qu'ils sont inhérents à toute intervention chirurgicale et qu'ils ne sauraient dans le cas précis être invoqués par l'intimée pour refuser la prise en charge d'un traitement.

- Contrairement aux affirmations du médecin-conseil, les maux de ventre et de dos ont, suite à l'intervention, soit disparu soit diminué fortement comme l'ont attesté les Dr B_____, H_____ et C_____.

- Le médecin-conseil n'explique pas pour quelle raison il estime que des mesures conservatrices telles que de la physiothérapie ne seraient pas épuisées alors même que la recourante a suivi, avec compliance, 30 séances de physiothérapie sans qu'aucune amélioration ne se soit produite.

- Il se contredit ensuite en relevant que l'intervention, purement esthétique, laisserait une cicatrice qui pourrait être cosmétiquement gênante avec la formation de chéloïde.

- Enfin, l'affirmation selon laquelle la recourante souhaiterait "obtenir pour des raisons cosmétiques un ventre plat à plus de 36 ans, après trois grossesses et des phases de surpoids" constitue une remarque personnelle du médecin-conseil qui ne ressort aucunement du dossier. L'amélioration, voire la disparition de la symptomatologie avérée a d'ailleurs été constatée et expliquée par les Dr B_____, C_____ et A_____ lors de l'audience d'enquête du 12 juin 2006.

11. Au vu de ce qui précède, l'intervention litigieuse est une prestation à charge de l'intimée en vertu de la LAMal. En particulier le caractère nécessaire, efficace et économique du traitement n'est pas contesté, le Dr B_____ ayant d'ailleurs relevé que le seul traitement en cas de diastasis est l'intervention chirurgicale (cf. procès-verbal du 12 juin 2006). Il en est de même s'agissant de la part qui doit être prise en charge par la couverture d'hospitalisation demi-privée de la recourante, en vertu de la LCA.

En effet, les conditions supplémentaires d'assurance, assurance complémentaire d'hospitalisation HOSPITAL BONUS, édition 2005 (CSA), prévoient que les prestations ne sont octroyées que s'il existe une nécessité médicale (art. 1 CAS). Les prestations pour des applications thérapeutiques reconnues scientifiquement à l'occasion d'un séjour dans un hôpital sont servies lorsque l'état d'une personne assurée nécessite un traitement stationnaire et pour l'hôpital, respectivement la division hospitalière dans lequel la personne assurée doit se trouver pour des raisons médicales (art. 4 CSA).

Or, ces conditions sont remplies dès lors que le traitement en cause, efficace, adéquat et économique, a été reconnu comme étant justifié par un état pathologique et des limitations fonctionnelles.

Il appartiendra à l'intimée d'effectuer dès lors le décompte de ses prestations en fonction de l'un et l'autre contrat.

12. Le recours et la demande seront en conséquence admis, la décision sur opposition du 14 octobre 2005 sera annulée et l'intimée condamnée à prendre en charge le coût de l'intervention litigieuse.

Une indemnité de fr. 2'500.- sera allouée à la recourante, à charge de l'intimée.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A la forme :

1. Déclare le recours et la demande recevables.

Au fond :

2. Les admet.

3. Annule la décision sur opposition du 14 octobre 2005.

4. Condamne la CAISSE-MALADIE 57 à prendre en charge le coût de l'intervention d'abdominoplastie avec cure de diastasis de la recourante.

5. Condamne la CAISSE-MALADIE 57 à verser à la recourante une indemnité de fr. 2'500.-.

6. Pour ce qui concerne la LAMal, informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

7. Pour ce qui concerne la LCA, informe les parties que, s'agissant de la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 et dans les limites des articles 43 ss et 68 ss de la loi fédérale sur l'organisation judiciaire du 16 décembre 1943, le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours au Tribunal fédéral dans les trente jours dès sa notification. Le mémoire de recours sera adressé en trois exemplaires au Tribunal cantonal des assurances, 18, rue du Mont-Blanc, 1201 Genève. Le présent arrêt et

les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyen de preuve, doivent être joints à l'envoi

La greffière	La Présidente
Nancy BISIN	Valérie MONTANI

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