

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 28 novembre 2011

---

Présidence de M. DIND  
Juges : Mme Dormond Béguelin et Mme Rossier, assesseurs  
Greffière : Mme Berberat

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

X. \_\_\_\_\_, à [...], recourante,

et

**CAISSE T.** \_\_\_\_\_, à [...], intimée.

---

**Art. 25 al. 1 et 2, 33 LAMal; 33 OAMal; OPAS**

**E n f a i t :**

**A. a)** X.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), née en [...], a bénéficié en octobre 2004 d'une intervention chirurgicale consistant à mettre en place un anneau gastrique en raison d'une obésité morbide (poids 118 kg - taille 1m72 = BMI 39.88).

Par courrier du 28 mai 2008 adressé à T.\_\_\_\_\_, Caisse maladie et accident (ci-après la Caisse), le Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique et chirurgie de la main, a estimé qu'une plastie abdominale (dermolipectomie étendue) était indiquée dans le cas de sa patiente, sollicitant ainsi la prise en charge d'une telle intervention. Il a en outre mentionné ce qui suit :

"(...) Elle est passée de 118 kg à 70 kg pour 1m72.

Ce poids est stable depuis deux ans et la patiente est régulièrement suivie. Son état général est excellent.

Elle a un relâchement cutané graisseux abdominal important créant un double pli : un au niveau de l'ombilic et l'autre au niveau sus pubien, qui créent une macération cutanée notamment l'été.

Au status, on remarque une musculature de bonne qualité sans déhiscence de la gaine des droits. Une irritation cutanée au niveau des plis susmentionnés et relâchement complet de toute la peau abdominale, même celle des flancs.

Annexé, vous trouverez la photo face/profil que vous voudrez bien me renvoyer après examen.

Une plastie abdominale (dermolipectomie étendue) est tout à fait indiquée chez cette patiente, mère de trois enfants".

**b)** Après avoir sollicité l'avis du Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale et médecin-conseil de la Caisse, qui a conclu au refus de la prise en charge en raison d'une "visée esthétique prédominante", la Caisse a, par courrier du 10 juin 2008, indiqué à l'assurée que le traitement préconisé ne relevait pas des prestations générales prises en charge au titre de l'assurance obligatoire des soins (AOS).

Suite à un examen clinique de l'assurée pratiqué à sa demande, le Dr V. \_\_\_\_\_ a, par courrier du 29 juillet 2008 adressé au Dr L. \_\_\_\_\_, maintenu son préavis négatif en l'absence d'une atteinte fonctionnelle de nature malade au sens de l'art. 25 LAMal. Il a en effet constaté que l'état de la peau de l'assurée ne présentait qu'une légère rougeur dans les plis de l'abdomen.

Par courrier du 18 septembre 2008 adressé à la Caisse, X. \_\_\_\_\_ a estimé que le résidu de peau était la conséquence directe de sa pathologie et qu'il était par conséquent aberrant de ne pas accepter l'opération qui était la suite logique de la première. Elle remettait également à l'intention du médecin-conseil un rapport médical du 2 septembre 2008 de la Dresse D. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui a notamment mentionné ce qui suit :

"Actuellement la famille retrouve une certaine stabilité, les deux parents se sentent de plus en plus compétents pour gérer leurs enfants dont les problèmes de santé sont traités et relativement stabilisés. Pour atteindre cet objectif, Madame X. \_\_\_\_\_ a toutefois dû arrêter complètement de travailler ce qui place la famille dans une position précaire sur le plan économique.

Néanmoins cet équilibre est fragile et Madame X. \_\_\_\_\_ continue de souffrir de son apparence corporelle même si ce n'est plus en rapport avec son excès de poids mais avec les séquelles liées à l'amaigrissement. Ce point porte atteinte à l'estime d'elle-même qu'elle n'arrive pas à développer pleinement ce qui la gêne dans ses relations sociales malgré le travail effectué au cours de la psychothérapie pour améliorer ses habilités relationnelles.

Dans ce contexte de fragilité psychique, l'investissement positif de l'image corporelle peut être considéré comme un facteur d'acquisition et de maintien de meilleure humeur et donc protecteur d'une rechute dépressive chez cette patiente qui a déjà souffert de dysthymie (F34.1) et d'un épisode dépressif d'intensité moyenne sans syndrome somatique (F32.10) actuellement en rémission quasi-totale".

**c)** Au vu de ces éléments, la Caisse a mandaté le Dr H. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, pour la réalisation d'une

expertise afin de déterminer si la patiente souffrait d'une maladie psychique justifiant une plastie abdominale résultant de sa perte de poids suite à la mise en place d'un anneau gastrique en 2004.

Dans son rapport du 16 novembre 2008, le Dr H.\_\_\_\_\_ a conclu à l'absence de troubles psychiques atteignant le seuil diagnostique des ouvrages de référence, en précisant ce qui suit :

"L'assurée demeure pourtant fragile. Elle peut effectivement présenter à nouveau des troubles psychiatriques. Ceux-ci pourraient survenir spontanément, sachant le risque élevé des épisodes dépressifs, surtout lorsqu'il y a un fond de trouble dysthymique. Ils pourraient aussi survenir dans le contexte d'événements psychosociaux difficiles. Même si l'intervention projetée devrait apporter une amélioration esthétique significative, il n'est certainement pas justifié d'affirmer qu'elle est indispensable à la santé psychique de l'assurée. S'il y avait à nouveau des troubles psychiatriques, ceux-ci seraient surtout imputables au terrain de fragilité psychique sous jacent et non pas aux seules séquelles inesthétiques de la perte de poids. Le soussigné est formel sur ce point".

**d)** Par décision du 19 décembre 2008, la Caisse a considéré que l'intervention chirurgicale envisagée n'avait pas valeur de maladie, en se référant au dossier, ainsi qu'à l'avis des Drs V.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_.

Suite à l'opposition de l'assurée, la Caisse a sollicité l'avis du Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et médecin-conseil de la Caisse. Par avis médical du 22 janvier 2009, le Dr S.\_\_\_\_\_ a considéré après lecture des pièces médicales que l'intervention n'était pas justifiée par un état pathologique et ce, tant du point de vue somatique que psychique, laquelle relevait donc de l'esthétique. Il a en outre ajouté que le problème de l'irritation lié au repli de la peau ne requérait pas une intervention chirurgicale, de simples mesures d'hygiène et un traitement local étant suffisants pour y remédier surtout en été.

Par décision sur opposition du 16 février 2009, la Caisse a confirmé le refus de la prise en charge de l'intervention préconisée, à savoir une plastie abdominale.

**B. a)** Par acte du 25 juin 2009, X. \_\_\_\_\_ interjette recours contre la décision sur opposition précitée, en concluant implicitement à son annulation et à la prise en charge par l'intimée de la plastie abdominale. Elle fait valoir que l'excédent de peau qu'elle présente (tablier de Hottentot) a nécessité une laparoscopie exploratrice en mars 2009 afin d'élucider la provenance de douleurs pelviennes abdominales. Elle transmet à cet effet un rapport post-opératoire du 26 mars 2009 des Drs F. \_\_\_\_\_ et W. \_\_\_\_\_, respectivement médecin-chef et médecin-assistante au département de gynécologie obstétrique de l'Hôpital de [...] qui ont mis en évidence une adhérence charnue sus-ombilicale réséquée au niveau de l'intervention de même que des voiles adhérentiels au niveau antérolatéral droit de l'utérus et de l'annexe droite. Elle ajoute que les douleurs décrites sont directement liées à la pose de l'anneau gastrique (les cicatrices se collent aux organes), raison pour laquelle l'intervention doit être prise en charge par l'intimée conformément à la jurisprudence citée (ATF 121 V 119). Par ailleurs, sa jambe gauche est enflée en permanence et des hématomes apparaissent sur l'abdomen. Elle estime inadmissible pour sa santé d'avoir été baladée durant une année pour obtenir au final une réponse négative. Elle mentionne enfin connaître deux personnes pour lesquelles l'assurance a totalement pris en charge une telle intervention, alors qu'elles ne souffraient ni d'obésité morbide, ni de douleurs.

**b)** Dans sa réponse du 18 août 2009, l'intimée a conclu au rejet du recours, l'abdominoplastie n'étant justifiée par aucune limitation physique, psychique ou fonctionnelle, mais uniquement esthétique. Elle indique qu'il n'y a pas de limitation physique significative, et que sur le plan psychique, la recourante a toujours souffert de troubles de l'humeur, sa fragilité psychique ne relevant pas des suites inesthétiques de la perte de poids. Enfin, en ce qui concernait l'inégalité de traitement, l'intimée ne pouvait se prononcer sur les autres dossiers auxquels l'assurée faisait référence, dans la mesure où ils ne devaient présenter ni les mêmes critères, ni une situation comparable.

**c)** Dans sa réplique du 13 septembre 2009, la recourante a contesté la position de l'intimée en indiquant que l'intervention n'était pas esthétique, mais médicale, puisqu'elle avait pour but d'éliminer les varices et adhérences, ainsi que d'éviter qu'elle ne présente une nouvelle dépression.

**d)** Dans sa duplique du 12 octobre 2009, l'intimée s'est référé à un avis du 6 octobre 2009 du Dr V. \_\_\_\_\_ lequel a attesté qu'en l'absence de lien entre les douleurs pelviennes et l'excès cutanéograsseux abdominal, aucune raison médicale justifiant la prise en charge d'un traitement du tablier d'Hottentot n'avait donc été apportée.

**e)** Par courrier du 15 février 2010, la recourante a mentionné qu'elle avait subi une embolisation de la veine iliaque interne gauche pour un syndrome de congestion pelvienne. Elle a transmis à cet effet des rapports médicaux des 30 octobre et 27 novembre 2009 du Dr K. \_\_\_\_\_, médecin associé au Service de radiodiagnostic et radiologie interventionnelle du [...], du 20 janvier 2010 du Dr Z. \_\_\_\_\_, spécialiste en gynécologie et obstétrique, et du 8 février 2010 du Dr Q. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale.

**f)** Par lettre du 29 mars 2010, l'intimée a produit un avis médical du 24 mars 2010 des Drs S. \_\_\_\_\_ et N. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie et médecin-conseil, qui ont conclu à l'absence de lien de causalité entre l'affection vasculaire pelvienne et l'excès cutanéograsseux. Au demeurant, l'ablation du tablier d'Hottentot a été considéré par le Dr K. \_\_\_\_\_ comme complément à la première intervention d'embolisation de la veine pelvienne.

**g)** Par courrier du 19 avril 2010, la recourante a confirmé sa position.

**h)** Par lettre du 2 février 2011, l'intimée a rappelé qu'elle n'empêchait pas concrètement l'assurée de se faire soigner, mais qu'elle refusait la prise en charge des frais engendrés par une telle intervention,

dans la mesure où cette prestation n'était ni efficace, ni économique, ni adéquate au sens de la loi fédérale sur l'assurance-maladie.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-maladie (art. 1 al. 1 LAMal [loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie, RS 832.10]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 al. 1 LPGA), lequel se trouve être celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 LPGA).

En l'espèce, si le recours répond aux conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), demeure la question du respect du délai de recours, lequel a été déposé le 25 juin 2009, alors que la décision attaquée est datée du 16 février 2009. Il est donc irrecevable, mais il sera néanmoins entré en matière sur le fond, dans la mesure où il n'a pas été allégué que la décision n'aurait été reçue que trente jours avant le dépôt dudit recours.

**b)** La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

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

fédéral à l'assurance-maladie, ainsi que d'une appréciation erronée de sa situation médicale. Elle soutient en substance qu'elle souffre d'une atteinte à la santé ayant valeur de maladie sous la forme d'un tablier d'Hottentot non seulement disgracieux mais également douloureux, générant des troubles sous forme de varices pelviennes dûment attestés sur le plan médical, en particulier par les Drs K.\_\_\_\_\_, Q.\_\_\_\_\_ et Z.\_\_\_\_\_, ainsi que des effets sur le plan psychique conformément à l'avis de la Dresse D.\_\_\_\_\_. Elle estime que les avis de ces spécialistes doivent l'emporter sur ceux des médecins conseil de l'intimée et de l'expert-psychiatre.

**a)** Dans le régime instauré par la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994, en vigueur depuis le 1er janvier 1996, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations définies aux art. 25 à 31 en tenant compte des conditions des art. 32 à 34 (art. 24 LAMal). A ce titre, les assureurs ne peuvent pas prendre en charge d'autres coûts que ceux des prestations prévues aux art. 25 à 33 (art. 34 al. 1 LAMal).

Selon l'art. 25 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles (al. 1). Ces prestations comprennent notamment les analyses, médicaments, moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques prescrits par un médecin ou, dans les limites fixées par le Conseil fédéral, par un chiropraticien (al. 2 let. b). Les prestations mentionnées à l'art. 25 LAMal doivent être efficaces, appropriées et économiques; l'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques (art. 32 al. 1 LAMal). Le caractère approprié d'une mesure est donné lorsque l'indication médicale est clairement établie. Quant à l'économie du traitement, il se rapporte aux chances de succès de celui-ci auxquelles on s'attend au regard du principe de proportionnalité (RAMA 2/2004 p. 112).

Aux termes de l'art. 33 al. 1 LAMal, le Conseil fédéral peut désigner les prestations fournies par un médecin ou un chiropraticien,

dont les coûts ne sont pas pris en charge par l'assurance obligatoire des soins ou le sont à certaines conditions. Cette disposition se fonde sur la présomption que médecins et chiropraticiens appliquent des traitements et mesures qui répondent aux conditions posées par l'art. 32 al. 1 LAMal. Il incombe ainsi au Conseil fédéral de dresser une liste "négative" des prestations qui ne répondraient pas à ces critères ou qui n'y répondraient que partiellement ou sous condition. Selon l'art. 33 al. 3 LAMal, le Conseil fédéral détermine également dans quelle mesure l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts d'une prestation nouvelle ou controversée, dont l'efficacité, l'adéquation ou le caractère économique sont en cours d'évaluation.

A l'art. 33 OAMal et comme l'y autorise l'art. 33 al. 5 LAMal, le Conseil fédéral a délégué les compétences susmentionnées au Département fédéral de l'intérieur (DFI). Celui-ci en a fait usage en promulguant, le 29 septembre 1995, l'ordonnance sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (OPAS; RS 832.112.31). Cette ordonnance détermine notamment les prestations visées par l'art. 33 let. a et c OAMal - dispositions qui reprennent textuellement les règles posées aux al. 1 et 3 de l'art. 33 LAMal - dont l'assurance-maladie obligatoire des soins prend en charge les coûts, avec ou sans condition, ou ne les prend pas en charge (art. 1 OPAS; TFA K 46/05 du 13 février 2006). L'annexe 1 de l'OPAS précise qu'elle ne contient pas une énumération exhaustive des prestations fournies par les médecins, à la charge ou non de l'assurance-maladie.

**b)** La question de la prise en charge de corrections chirurgicales, par l'assurance-maladie obligatoire, a donné lieu à une jurisprudence abondante du Tribunal fédéral. Dans ce contexte, le tribunal s'est surtout attaché à délimiter les cas qui relèvent de la chirurgie esthétique où le but principal de l'intervention est de rendre une partie du corps plus belle ou plus conforme aux mensurations idéales, de ceux qui - bien que l'aspect esthétique n'en soit pas absent - doivent être considérés comme ayant valeur de maladie d'après la loi et, par conséquent, être couverts par l'assurance-maladie. A titre d'exemple, on citera l'opération de réduction

du sein, qui bien que ne figurant pas dans le catalogue de l'OPAS, constitue une prestation à la charge des caisses-maladie si l'hypertrophie mammaire est à l'origine de troubles ayant eux-mêmes valeur de maladie au sens juridique (ATF 130 V 301 consid. 2 et 3, avec les références; TFA K 4/04 du 17 août 2005, publié in RAMA 2005 n° KV 345 p. 366; TFA K 132/04 du 2 février 2006).

**c)** En principe, les défauts esthétiques en tant que conséquence d'une maladie ou d'un accident n'ont pas valeur de maladie. Au sujet des traitements chirurgicaux, le Tribunal fédéral considère cependant qu'une opération sert non seulement à la guérison proprement dite de la maladie ou des suites immédiates d'un accident, mais aussi à l'élimination d'autres atteintes, secondaires, dues à la maladie ou à un accident, notamment en permettant de corriger des altérations externes de certaines parties du corps - en particulier le visage - visibles et spécialement sensibles sur le plan esthétique; aussi longtemps que subsiste une imperfection de ce genre due à la maladie ou à un accident, ayant une certaine ampleur et à laquelle une opération de chirurgie esthétique peut remédier, l'assurance doit prendre en charge cette intervention, à condition qu'elle eût à répondre également des suites immédiates de l'accident ou de la maladie. Il faut également réserver les situations où l'altération, sans être visible ou particulièrement sensible ou même sans être grave, provoque des douleurs ou des limitations fonctionnelles qui ont clairement valeur de maladie. Ainsi des cicatrices qui provoquent d'importantes douleurs ou qui limitent sensiblement la mobilité (sur ces divers points, voir ATF 121 V 119, 111 V 232 consid. 1c, 102 V 71 consid. 3).

Conformément aux considérations qui précèdent, le Tribunal fédéral a jugé dans une jurisprudence rendue sous l'empire de la LAMA - jurisprudence qui conserve sa valeur sous le régime de la LAMal - que l'élimination chirurgicale des plis du ventre après une cure d'amaigrissement (prise en charge par l'assureur) est une mesure qui relève, en principe tout au moins, de la chirurgie esthétique et qui, en conséquence, n'ouvre pas droit aux prestations de l'assurance-maladie (RAMA 1985 no K 638 p. 197; TFA K 50/05 du 22 juin 2005). Dans l'arrêt

précité, le TFA devait se prononcer sur la prise en charge par la caisse-maladie d'une abdominoplastie avec cure de diastasis par plicature des droits dans le cas d'un assuré, obèse, lequel suite à la perte de 50 kilos avait subi un excès cutanéograsseux avec des replis cutanés. Le TFA a considéré qu'il pouvait exister des circonstances particulières qui conduiraient à reconnaître une prise en charge de ce traitement par l'assureur-maladie, soit un état pathologique ou psychique du patient, ou des limitations fonctionnelles importantes justifiant l'intervention, ce qui n'était pas le cas en l'espèce.

**d)** Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doit considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (Kummer, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition Berne 1984, p. 136 ; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème édition, p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5 let. b 125 V 195 consid. ch. 2 et les références).

**3.** L'abdominoplastie n'étant pas exclue comme traitement à charge des caisses-maladie selon l'annexe 1 de l'OPAS, il convient en conséquence d'appliquer les critères de la jurisprudence précitée du 22 juin 2005 afin de déterminer si l'intimée doit la prendre en charge.

**a)** In casu, il n'existe pas de circonstances particulières devant conduire à la prise en charge de l'intervention en cause, au titre de la LAMal.

On retiendra, tout d'abord, que l'intervention n'est pas justifiée par un état pathologique. Dans le cadre de sa demande de prise en charge du 28 mai 2008, le Dr L.\_\_\_\_\_ a évoqué une macération cutanée pour justifier l'indication à une opération chirurgicale. L'examen clinique de l'intéressée pratiqué en été (11 juillet 2008) n'a toutefois révélé qu'une légère rougeur dans les plis de l'abdomen (rapport du 29 juillet 2008 du Dr V.\_\_\_\_\_), si bien que de simples mesures d'hygiène et un traitement local étaient suffisants pour y remédier (avis médical du 22 janvier 2009 du Dr S.\_\_\_\_\_). L'assurée a d'ailleurs confirmé lors de l'expertise psychiatrique qu'elle y suppléait par une hygiène appropriée, des soins locaux et le port de vêtements adaptés (rapport du 16 novembre 2008 du Dr H.\_\_\_\_\_, p. 3). Le problème d'irritation cutanée liée au double pli ne requiert dès lors pas une intervention chirurgicale.

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

saurait remettre en cause de manière déterminante les avis convergents des médecins-conseil.

**b)** On ne saurait davantage considérer que l'intervention est justifiée par l'état psychique de la patiente. Selon le Dr H.\_\_\_\_\_, l'histoire de l'assurée va dans le sens d'un fond dépressif depuis des années sans qu'il atteigne dans la règle la sévérité d'un véritable épisode dépressif (rapport du 16 novembre 2008). Il a ainsi décrit une tristesse "occasionnelle", de la fatigue et des troubles du sommeil (milieu de la nuit). Toutefois, il a constaté que l'intéressée gardait de l'intérêt et du plaisir dans sa vie et qu'elle récusait la culpabilité pathologique et les idées de mort. En outre, l'estime de soi était relativement bien conservée chez une personne qui savait faire face et qui défendait bien ce qu'elle considérait comme ses droits. Dans ce contexte, le Dr H.\_\_\_\_\_ a estimé que la Dresse D.\_\_\_\_\_ avait retenu à juste titre un trouble dysthymique (rapport du 2 septembre 2008). Toutefois, le Dr H.\_\_\_\_\_ a considéré qu'un trouble plus sévère était actuellement en rémission, en l'absence de plaintes et de signes en rapport, élément également relevé par la psychiatre traitante. Le Dr H.\_\_\_\_\_ a cependant admis qu'un fond de trouble dysthymique restait présent, mais a conclu que l'apparition éventuelle de nouveaux troubles psychiatriques serait surtout imputable au terrain de fragilité psychique sous-jacent et non aux seules séquelles inesthétiques de la perte de poids.

**c)** Au vu des éléments précités, il y a lieu de considérer que l'intervention envisagée vise principalement à corriger un défaut esthétique. Elle n'est dès lors justifiée ni par un état pathologique, ni par des limitations fonctionnelles, ni par une atteinte psychique. Enfin, elle ne touche pas une partie visible et particulièrement sensible du corps.

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

Le principe de l'égalité de traitement, consacré à l'art. 8 al. 1 Cst., commande que le juge traite de la même manière des situations semblables et de manière différente des situations dissemblables (ATF 131 V 107 consid. 3.4.2 p. 114 et les arrêts cités). Toutefois selon la jurisprudence, le principe de la légalité de l'activité administrative prévaut sur celui de l'égalité de traitement. Par conséquent, le justifiable ne peut généralement pas invoquer une inégalité devant la loi, lorsque celle-ci est correctement appliquée à son cas, alors qu'elle aurait été faussement, voire pas appliquée du tout, dans d'autres cas (ATF 134 V 34 consid. 9 p. 44 et les références). Cela suppose cependant, de la part de l'autorité dont la décision est attaquée, la volonté d'appliquer correctement à l'avenir les dispositions légales en cause. Autrement dit, le justiciable ne peut prétendre à l'égalité dans l'illégalité que s'il y a lieu de prévoir que l'administration persévérera dans l'inobservation de la loi. Encore faut-il que les situations à considérer soient identiques ou du moins comparables (ATF 126 V 390 consid. 6a p. 392, 116 V 231 consid. 4b p. 238, 115 la 81 consid. 2 p. 82 s. et les références citées).

Rien n'indique, en l'espèce, que la situation des assurés qui ont obtenu la prise en charge requise est comparable à celle de la recourante. Au demeurant, rien ne permet d'admettre que l'assureur en question entend persévérer dans une pratique qui serait éventuellement contraire à la loi. Cela étant, la recourante ne peut pas se prévaloir d'une inégalité de traitement.

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

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est rejeté, dans la mesure où il est recevable.
- II.** La décision sur opposition rendue le 16 février 2009 par T. \_\_\_\_\_ Caisse maladie et accident, est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais de justice, ni alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- X. \_\_\_\_\_, à [...],
- T. \_\_\_\_\_ Assurances maladie et accident, à [...],
- Office fédéral de la santé publique, à 3003 Berne

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 :