

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 12 septembre 2013

---

Présidence de        Mme    THALMANN, juge unique  
Greffière        :    Mme    Barman Ionta

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**W.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Corinne Monnard Séchaud, avocate à Lausanne,

et

**X.** \_\_\_\_\_ **MALADIE**, à [...], intimée.

---

**Art. 25 al. 1 et 33 LAMal**

## **E n f a i t :**

**A.** W. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assurée) était assurée en 2009 et 2010 auprès de X. \_\_\_\_\_ pour l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal (loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994, RS 832.10) et les assurances complémentaires soumises à la LCA (loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance, RS 221.229.1) (HC Assurance combinée d'hospitalisation; SC soins complémentaires; ID Pro Vista, capital décès/invalidité suite accident; IM SanaVista, capital décès/invalidité par suite de maladie; MU Mundo; SA Alterna).

Dans le courant de l'année 2001, l'assurée a été atteinte d'un cancer du sein. En raison de cette maladie, elle a dû subir une mastectomie complète du sein droit en avril 2001, suivie, en mai 2001, d'une tumorectomie au sein gauche. Ces prestations ont été remboursées, sous déduction de la franchise, par l'assurance obligatoire des soins, respectivement l'assurance complémentaire.

Dans un rapport opératoire relatif à une intervention chirurgicale du 2 mars 2006, le Dr P. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, a posé les diagnostics de luxation de prothèse sous-pectorale droite en sous-claviculaire, asymétrie de volume en défaveur du sein gauche et synéchie post tumorectomie quadrant supéro externe gauche. Le rapport mentionnait en outre ce qui suit :

"Intervention:

1. Révision sein droit: ablation de prothèse, capsulectomie complète, correction du pli infra-mammaire, remplacement de prothèse par volume plus petit.
2. Sein gauche: comblement du défaut quadrant supéro-externe après libération de synéchies, lambeau fascio sous-cutané perforant inter costal latéral.

Indication: Patiente ayant eu une mastectomie D et tumorectomie G. Reconstruction du sein par prothèse anatomique sous pectorale D et reconstruction plaque aréolo-mamelonnaire D. Correction sein G partielle avec prothèse anatomique.

La patiente [a] subi une mammo du sein D en octobre 2005, suivi, quelques semaines plus tard d'un IRM. Elle remarque, après le 1<sup>er</sup> examen, une douleur et une tuméfaction au niveau du sein D. L'examen clinique révèle une déformation du sein avec tuméfaction sous claviculaire. Douleurs à la palpation. Le contrôle de l'IRM, fait après la mammo, révèle un déplacement complet de la prothèse avec ascension de celle-ci. Il est supposé que lors de la mammo, la compression a créé une luxation de prothèse et une rupture de la capsule péri-prothétique, permettant l'ascension sous-claviculaire. A part cela, différence de volume des deux seins, bien que la patiente n'ait pas changé de poids. Sein D reconstruit > G. On fait un moulage en plâtre qui révèle une différence de 75 ml entre les deux seins. On corrigera donc ceci avec une prothèse plus petite.

La dépression supéro-latérale, due à la synéchie et la tumorectomie de ce quadrant-là au sein G accentue la symétrie. C'est pourquoi elle sera reconstruite par un lambeau sous-cutané, de rotation, basé sur une perforante intercostale latérale du 5<sup>ème</sup> espace intercostal. Admettons que le volume du lambeau de reconstruction du sein G soit d'env. 10 à 15 ml, que la capsule représente également une quinzaine de ml, la prothèse qui sera utilisée pour la reconstruction D sera d'env. 350 ml. On préférera une Mentor préformée en gel de silicone cohésif de 355 ml."

Selon un rapport opératoire relatif à une intervention chirurgicale du 17 mai 2006, le Dr P.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic d'asymétrie mammaire post-reconstruction - due à un excès de graisse pôle supérieur post-mastectomie droite et atrophie pôle supérieur sein gauche post-pose de PAC, et a procédé à l'intervention suivante :

"Lipexérèse pôle supérieur droit. Lipo-filling sous cicatrice du PAC."

Les deux opérations de mars et mai 2006 ont également fait l'objet d'un remboursement par l'assurance obligatoire des soins, respectivement l'assurance complémentaire.

Il résulte d'un rapport opératoire relatif à une intervention chirurgicale du 13 mars 2008 qu'une nouvelle intervention a été réalisée par le Dr P.\_\_\_\_\_, après avoir posé le diagnostic de luxation proximale prothèse sous pectorale sein droit post reconstruction post mastectomie. Ce rapport mentionnait notamment ce qui suit:

"Intervention:

Révision sein droit: excision de la prothèse, création d'une nouvelle poche sous-pectorale selon Heden et remplacement de la prothèse

préformée anatomique puis liposculpture quadrant supéro externe sein gauche (site d'une cicatrice rétractile).

Indication: Status après mastectomie et reconstruction bilatérale La patiente a déjà été opérée plusieurs années auparavant pour une capsulectomie. Elle est droitère, utilise beaucoup son bras droit pour couper le tartare (spécialité du restaurant qu'elle tient avec son mari). Il est possible qu'une luxation de prothèse se soit faite dans les premières semaines après l'ancienne révision. Actuellement, tuméfaction sous claviculaire importante créant une douleur du quadrant supéro externe du sein gauche par cicatrice post tumorectomie."

Cette opération a également été prise en charge par X.\_\_\_\_\_.

**B.** Le 9 avril 2009, la Clinique de F.\_\_\_\_\_ a adressé à l'assurance une demande de garantie pour une hospitalisation en division privée avec date d'entrée le même jour.

Par lettre du 15 avril 2009, X.\_\_\_\_\_ a informé la clinique qu'avant de se déterminer sur la prise en charge de ce séjour, elle adressait ce jour une demande de rapport médical et lui ferait part de sa décision dès réception de celui-ci.

Le 20 avril 2009, X.\_\_\_\_\_ a adressé au Dr P.\_\_\_\_\_ le courrier suivant:

"Avant de nous déterminer, nous aimerions obtenir de plus amples renseignements sur ce cas et vous prions de répondre aux demandes ci-après à l'attention de notre médecin- conseil, le Dr L.\_\_\_\_\_, [...].

1. Le diagnostic précis ?
2. Le type de traitement prodigué ou le type d'intervention pratiqué ?
3. Ce séjour relève-t-il d'un des articles 17 à 19 de l'OPAS ? Si oui, lequel ?
4. Ce traitement relève-t-il de la chirurgie esthétique ?"

Le 1<sup>er</sup> mai 2009, le Dr P.\_\_\_\_\_ a adressé à X.\_\_\_\_\_ le rapport opératoire relatif à l'intervention chirurgicale du 9 avril 2009 et dont la teneur est la suivante:

"Diagnostic: 1) Status après reconstruction mammaire bilatérale: Bride cicatricielle latérale sein gauche.  
2) Manque de projection aréolo-mamelonnaire sein droit.

Intervention: 1) Plastie multiple en Y-V sein gauche.  
2) Greffe dermo-graisseuse aréolo-mamelonnaire droite, prise sus-pubienne.

Indication: Patiente ayant eu une reconstruction bilatérale avec prothèses sous-musculaires. La cicatrice de mastectomie qui est un prolongement entre le quadrant supéro et inféro-externe gauche tire. Cette restauratrice est gênée dans ses mouvements. La gêne s'accroît, éventuellement avec une légère fibrose sous-jacente due à l'évolution cicatricielle et aux changements hormonaux. En même temps, le manque de projection de l'aréole à droite peut être amélioré par une greffe dermo-graisseuse.

Opération: 1) Dessin de multiples Y. Incision de ceux-ci jusque dans le tissu sous cutané, ce qui libère toute la cicatrice. Après contrôle de l'hémostase, mobilisation des lambeaux en V. Suture en 2 plans: Dexon 3/0 en sous-cutané et Monofil 3/0 en surjets intra-dermiques multiples. Stéristrips et pansement légèrement compressif.  
2) Incision sus-pubienne pour excision d'une strie de peau. Désépidermisation de celle-ci en gardant un tout petit peu de graisse. Celle-ci est roulée sur elle-même puis sera placée en sous-aréolaire mamelonnaire droit pour augmenter la projection. Suture du site donneur par surjet intra-dermique de Prolène 3/0. Pansement simple."

Le 11 mai 2009, X. \_\_\_\_\_ a informé l'assurée et la clinique de F. \_\_\_\_\_ que, selon les indications de son médecin-conseil, ce traitement chirurgical ne relevait pas des prestations générales en cas de maladie décrite dans la LAMal et a refusé de prendre en charge le séjour hospitalier.

Le 27 mai 2009, le Dr P. \_\_\_\_\_ a écrit ce qui suit au médecin-conseil de X. \_\_\_\_\_ :

"Je suis choqué par le refus de prise en charge de cette intervention réparatrice.

Il s'agit d'une patiente qui a souffert d'un cancer de sein bilatéral.

Au niveau du sein gauche, la cicatrice latérale tire et ceci est dû au changement corporel par prise de poids modeste chez une patiente qui se maintient bien mais néanmoins qui tire sur des cicatrices non élastiques.

Elle est très gênée dans ses mouvements quotidiens notamment en tant que copropriétaire d'un restaurant où elle sert toute la journée.

Au niveau du sein droit, la reconstruction du mamelon, d'une prise en charge obligatoire par les caisses maladie, est insuffisante. Ce manque de projection complet crée une dissymétrie.

Je rappelle que cette dissymétrie n'est pas due à des conséquences naturelles de la nature mais bien à des cancers bilatéraux.

Il me semble donc complètement déplacé et erroné que votre assurance refuse la prise en charge."

Le 30 juillet 2009, X.\_\_\_\_\_ a adressé au Dr P.\_\_\_\_\_ une demande de renseignements complémentaires aux fins d'établir l'état exact de la situation.

Par lettre du 22 octobre 2009, ce praticien a répondu notamment en ces termes:

"1. Les dates auxquelles les mastectomies effectuées sur les seins gauche et droit ont eu lieu ?

Mastectomie droite avril 2001, biopsie large. Sein gauche, mai 2001 (les Docteur Q.\_\_\_\_\_ et Docteur K.\_\_\_\_\_, Hôpital de [...]). Il n'y a donc pas eu de mastectomie complète à gauche mais une tumorectomie importante.

2. Les dates auxquelles les reconstructions par prothèses sur les seins gauche et droit ont eu lieu ?

Reconstruction initiale faite par le Docteur T.\_\_\_\_\_ en 2003. Je n'ai pas de rapport opératoire par rapport à cette intervention.

3. Des photographies illustrant le status pré-opératoire du 09 avril 2009

Photographies annexées.

4. Une copie des protocoles opératoires relatifs aux hospitalisations des années 2006 et 2008 qui ont eu lieu à la Clinique de F.\_\_\_\_\_.

Les protocoles opératoires sont annexés également."

Dans une prise de position du 5 novembre 2009, le Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, médecin-conseil de X.\_\_\_\_\_, a indiqué qu'après consultation des quatre protocoles opératoires et des photographies, les traitements sur les seins gauche et droit étaient esthétiques.

Par lettre du 10 novembre 2009, X.\_\_\_\_\_ a confirmé son refus de prise en charge de l'intervention chirurgicale.

Le 17 décembre 2009, le Dr P.\_\_\_\_\_ s'est exprimé comme suit:

"J'ai pris connaissance de votre courrier du 10 novembre 2009 qui m'a surpris.

La correction de la cicatrice du sein gauche est celle d'une cicatrice de mastectomie qui est devenue plus sensible ces derniers mois vu une légère prise de poids, mais pas d'obésité quelle qu'elle soit, chez cette patiente qui a maintenant 52 ans.

La correction du sein droit est également une correction de reconstruction après ablation pour maladie néoplasique.

Il s'agit donc de suite de prise en charge obligatoire."

Dans un avis du 4 janvier 2010, le Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin-conseil de X.\_\_\_\_\_, a indiqué notamment ce qui suit:

"Constatations:

Sein droit

Intervention du 9.4.2009 à visée purement esthétique sans valeur de maladie selon rapport et cliché.

Sein gauche

Manque la valeur de maladie selon la jurisprudence qui précise que les déficits esthétiques suite à une maladie ou un accident ne sont pas considérés comme maladie au sens de l'art. 2 al 1 LAMal. Font exception les défauts considérables qui causent des problèmes de santé ou des diminutions de fonction avec valeur de maladie (par exemple des cicatrices qui provoquent d'importantes douleurs ou qui limitent sensiblement la mobilité).

Dans le cadre de Mme W.\_\_\_\_\_, le Dr P.\_\_\_\_\_ mentionne uniquement une cicatrice qui «tire» suite à un changement corporel par prise de poids modeste et qui est devenue plus sensible.

Conclusions

L'intervention entreprise le 9 avril 2009 sur les 2 seins ne remplit pas les conditions émises dans la jurisprudence et par conséquent n'incombe pas à l'assureur maladie."

Dans une prise de position du 8 janvier 2010, le Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin-conseil de X.\_\_\_\_\_, a écrit ce qui suit:

- "1) Le manque de projection de l'aréole du sein droit est clairement un problème esthétique.
- 2) Je ne pense pas que la gêne occasionnée par la cicatrice du sein gauche ait valeur de maladie mais au vu de la lettre du Dr P.\_\_\_\_\_, j'aimerais avoir l'avis du Dr R.\_\_\_\_\_."

Il figure au dossier différentes factures pour un montant total de 6'789 fr. 15 (1'232 fr. pour deux jours d'hospitalisation et 2'889 fr. 70, 97 fr. 45, 940 fr. et 1'630 fr. pour d'autres frais).

Par décision du 27 janvier 2010, X.\_\_\_\_\_ a refusé la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins des interventions chirurgicales effectuées, au motif que ces dernières n'avaient pas valeur de maladie.

A la suite de l'opposition de l'assurée, le Dr R.\_\_\_\_\_ a maintenu ses conclusions dans une prise de position du 28 avril 2010.

Par décision sur opposition du 10 juin 2010, X.\_\_\_\_\_ a confirmé son premier prononcé.

**C.** Le 14 juillet 2010, W.\_\_\_\_\_ a déposé auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal un acte intitulé "recours et requête", au terme duquel elle prenait, avec dépens, les conclusions suivantes:

- "I. Le recours est admis.
- II. La décision sur opposition du 10 juin 2010 est réformée en ce sens que X.\_\_\_\_\_ est condamnée à prendre en charge les frais médicaux et hospitaliers consécutifs à l'intervention subie au niveau des seins par W.\_\_\_\_\_ le 9 avril 2009.
- II bis Subsidiairement la décision sur opposition rendue le 10 juin 2010 par X.\_\_\_\_\_ est annulée, la cause étant renvoyée à X.\_\_\_\_\_ pour nouvelle décision.

- III. X. \_\_\_\_\_ est tenue de prendre en charge l'ensemble des frais liés aux interventions du 9 avril 2009 tant en qualité d'assurance obligatoire des soins, que d'assureur maladie LCA (couverture privée)."

En substance, elle allègue que l'opération en cause avait pour but de traiter des douleurs intenses à l'endroit de la cicatrice latérale post-tumorectomie au sein gauche (fibrose cicatricielle) et de lui redonner la possibilité de se mouvoir normalement, les tensions engendrées par la cicatrice l'entravant considérablement dans ses mouvements, en particulier dans son activité de restauratrice et le maintien de cette situation lui étant insupportable, ce qui exclut une qualification d'opération esthétique. Elle soutient en outre que l'ensemble des opérations consécutives à la mastectomie du sein droit et à la tumorectomie du sein gauche subies en 2001 ayant toujours été prises en charge par X. \_\_\_\_\_ jusqu'à cette dernière intervention, elle n'avait pas lieu de douter de la prise en charge de l'intervention du 9 avril 2009, raison pour laquelle la demande de garantie n'a été formulée que tardivement.

La recourante a produit diverses pièces dont un rapport médical du 6 juillet 2010 du Dr P. \_\_\_\_\_, dont il résulte notamment ce qui suit:

"Le médecin soussigné certifie que l'intervention pratiquée chez Madame W. \_\_\_\_\_ le 09.04.2009 à la Clinique de F. \_\_\_\_\_ avait comme but principal: la correction d'une cicatrice latérale au niveau du sein gauche.

Par correction de cicatrice, on entend une plastie de la cicatrice pour la rendre plus souple, pour enlever son effet de rétention fibro-élastique pour permettre une libération de la mobilité du bras et de l'épaule du même côté. La correction de cicatrice ne sert pas à la rendre plus fine, plus belle, plus esthétique. Si grâce à une correction la cicatrice devenait plus discrète, tant mieux mais le but est de rendre la zone plus longue et élastique pour le confort de la mobilité.

La patiente avait comme gêne pré-opératoire: tensions à chaque fois qu'elle faisait une abduction ou extension du bras et de l'épaule gauche. Celle-ci était moins symptomatique une dizaine d'années auparavant mais avec les changements corporels dus à l'âge notamment, les tissus deviennent plus amples mais les cicatrices elles ne s'allongent pas.

Si la limitation de l'épaule ne pouvait pas être mesurée en degrés, la présence d'un «frein» à la mobilité était constante depuis en tout cas 3 ans.

C'est la raison pour laquelle l'intervention a été indiquée et pour laquelle il me semble que le refus de prise en charge par la caisse maladie est injustifié."

Elle a produit également les certificat d'assurance, police et attestation d'assurance 2009 suivants :

[...]

Dans sa réponse du 30 septembre 2010, X. \_\_\_\_\_ a conclu au rejet du recours. Elle soutient en substance que cette opération est esthétique. Elle a notamment produit un rapport du 22 septembre 2010 du Dr R. \_\_\_\_\_ dont la teneur est la suivante:

"Dans un premier temps, je relève que le Dr P. \_\_\_\_\_ - contrairement à ce qu'il rapportait dans son avis du 27 mai 2009 - n'évoque plus la question du sein droit dans son courrier du 6 juillet 2010. J'en déduis qu'il ne conteste plus notre refus de prise en charge des frais concernant le sein droit.

Sur la base des clichés, la cicatrice au sein gauche constitue une imperfection esthétique tout à fait minime J'ai beaucoup de peine à croire que cette cicatrice impliquerait des troubles fonctionnels (confort de la mobilité) et des gênes (tensions). Aussi, le Dr P. \_\_\_\_\_ n'a d'ailleurs jamais qualifié ce défaut de défaut revêtant une certaine ampleur.

Le Dr P. \_\_\_\_\_ a uniquement allégué que Madame W. \_\_\_\_\_ aurait présenté une cicatrice qui «tire». Je ne peux que confirmer mon avis du 14 janvier 2010.

De plus, je précise qu'il n'y a, au vu de l'historique des prestations, pas d'élément indiquant que Madame W. \_\_\_\_\_ aurait souffert d'une cicatrice qui tire. Dans le cas présent, des traitements conservateurs (p. ex: pommade assouplissant les cicatrices, de type contractubex) auraient pu remédier au problème allégué par le Dr P. \_\_\_\_\_. Cependant, selon l'historique des prestations, un seul traitement conservateur a été entrepris en 2008 (1 tube de 30g de Gorgonium). Ainsi, une intervention chirurgicale ne remplissait pas non plus le critère de l'adéquation posé par l'art. 32 LAMal."

Quant aux prétentions de la recourante dérivant des assurances complémentaires (LCA), X. \_\_\_\_\_ a soutenu ne pas avoir la

qualité pour défendre contrairement au F.\_\_\_\_\_ SA qui gère les assurances complémentaires. Dans l'hypothèse où sa qualité de défenderesse serait toutefois reconnue, elle a conclu au rejet de la demande en se fondant sur l'art. 32 al. 2 CGC (conditions générales pour les assurances maladie complémentaires, édition 01.01.1997). Elle a en outre contesté qu'il s'agisse d'un cas de maladie.

Dans sa réplique du 30 novembre 2010, la demanderesse et recourante a maintenu ses conclusions et pris, à titre de conclusions complémentaires subsidiaires, que F.\_\_\_\_\_ SA soit tenu de prendre en charge l'ensemble des frais liés aux interventions du 9 avril 2009 en qualité d'assureur maladie LCA. Elle a en outre contesté le défaut de légitimation passive de X.\_\_\_\_\_.

Par courrier séparé, elle a requis l'appel en cause de F.\_\_\_\_\_ SA. Appelé en cause par décision du 13 mai 2011, F.\_\_\_\_\_ SA a conclu au rejet de la demande.

Les parties ont maintenu leurs conclusions dans leurs écritures ultérieures.

Le Dr P.\_\_\_\_\_ a été interpellé par le juge instructeur. Il a répondu aux questions de la demanderesse et recourante comme il suit:

*"1. Quelle est l'anamnèse de Mme W.\_\_\_\_\_ ?*

Réponse: En avril 2001, la patiente subit une mastectomie du sein droit avec curage axillaire pour carcinome canalaire invasif. Trois semaines plus tard, tumorectomie du sein gauche et pose d'un port-à-cath sous-clavier gauche.

Une reposition de cathéter sous-clavier doit être faite en juillet 2001. Ce traitement a été suivi de radiothérapie.

En 2003, reconstruction du sein droit par prothèse sous-musculaire. La patiente me consulte le 23.02.2006 pour des douleurs au niveau du sein droit, en particulier du quadrant supéro-externe avec tuméfaction. Egalement, cicatrice dans le quadrant supéro-externe du sein gauche gênant la mobilité.

Le 02.03.2006, elle subit une révision du sein droit avec capsulectomie complète, changement de prothèse et correction du pli inframammaire. Au niveau du sein gauche, libération des cicatrices et comblement par lambeau fascio-sous-cutané.

Les contrôles post-opératoires montrent qu'il y a un excès de graisse du pôle supérieur à droite et une dépression au niveau du site de l'ancien port-à-cath à gauche. Ceci est corrigé ambulatoirement par une petite lipoaspiration supérieure droite et lipo-filling du quadrant supéro-externe gauche le 17.05.2006. Ce traitement est considéré comme terminé le 06.06.2006.

Le 14.03.2007, la patiente se représente en consultation avec une nouvelle tuméfaction au niveau du quadrant supéro-externe du sein droit ainsi qu'une rétraction au niveau de la cicatrice latérale du sein gauche. Cette tuméfaction à droite crée une douleur continue dans les mouvements du bras droit et la cicatrice à gauche un tiraillement lors d'abduction de l'épaule. La patiente est tenancière active d'un restaurant, droitière. Elle participe au service et à la préparation de plats notamment la découpe au couteau de tartare, activités qui sont gênantes au niveau des symptômes. Après examen, on conclut qu'il y a une migration de la prothèse utilisée dans la reconstruction vers le haut créant cette tuméfaction.

Le 13.03.2008, la patiente subit une nouvelle révision du sein droit avec excision de la prothèse, création d'une nouvelle poche sous-pectorale selon Heden et remplacement de la prothèse préformée anatomique ainsi qu'une liposculpture complémentaire au niveau d'une cicatrice rétractile du sein gauche.

Au contrôle le 23.04.2008, les deux seins ne font plus mal, la correction du pôle supérieur est bonne. Il persiste par contre une hypotrophie complète du mamelon à droite.

Le 10.03.2009, la patiente se représente en consultation, soit un an après révision. Ses plaintes sont d'une tension dans le quadrant supéro-externe et inféro-externe du sein gauche, mais plus du sein droit. Celui-ci concerne néanmoins l'aréole et le mamelon au niveau de la projection.

L'examen clinique révèle que la patiente a pris un peu de poids et que les tissus sous-cutanés en-dessus et en-dessous de la cicatrice transverse du sein gauche sont sous tension, ce qui tire sur la cicatrice qui elle n'est pas élastique. Les mouvements de l'épaule gauche, notamment abduction et extension, tirent sur la cicatrice. De nouveau, vu son métier, cette gêne devient très fatigante au cours de la journée et les services du soir.

Le 09.04.2009, la patiente subit une révision de la bride cicatricielle du sein gauche par des multiples plasties en Y-V. En outre, une greffe dermo-graisseuse aréolo-mamelonnaire est faite pour améliorer la projection de ce mamelon reconstruit à droite. Au contrôle du 26.08.2009, la patiente dit [avoir] une importante diminution de la tension au niveau du sein gauche dont la cicatrice a été corrigée, lui permettant de bien lever les bras. Au dernier contrôle post-opératoire, le 06.10.2009, excellente évolution et le traitement est considéré comme terminé.

La patiente travaille à 100% sans gêne depuis cette correction.

*2. Quelles sont les plaintes formulées par Mme W. \_\_\_\_\_ ?*

Réponse: Ainsi que mentionné plus haut au niveau du sein droit en 2006 et en 2007, tension sous-claviculaire (pôle supérieur et supéro-externe) lors de ses mouvements.

Au niveau du sein gauche, en 2006 cicatrice adhérente et gênante lors de la mobilité. En 2009, tension le long de la cicatrice entre le quadrant supéro et inféro-externe dans les mouvements d'abduction et d'extension de l'épaule.

3. *Quelles sont vos constatations objectives (examen clinique, examen particulier tel qu'EMG, laboratoire, etc.) ?*

Réponse: Il s'agit de constatation clinique ne nécessitant pas d'examen complémentaire. Ils ont été décrits dans la question 1.

- Sein droit: Tuméfaction dans le pôle supéro-externe dans la région sous-claviculaire qui a été traité en 2006 puis récurrence de celle-ci en 2007 avec à la mobilité, augmentation de cette tuméfaction créant une tension sur le muscle et une douleur.

- Sein gauche: En 2006, cicatrice adhérente sur le bord latéral du sein (entre le quadrant supéro et inféro-externe de la cicatrice déprimée dans le pôle supérieur là où se trouvait le port-à-cath). En 2007, rétraction de la cicatrice sein gauche. En 2009, le sein gauche présente la cicatrice qui est sous tension (faisant une dépression visible entre le quadrant supéro et inféro-externe quand la patiente est en abduction et extension de l'épaule): ceci témoigne de l'inélasticité de la cicatrice qui agit comme un cordon freinant les mouvements susmentionnés.

4. *Quel était l'état pathologique de Mme W. \_\_\_\_\_ avant l'intervention chirurgicale du 09 avril 2009 ?*

Réponse: Voir la réponse 3.

5. *Quel est votre diagnostic ?*

Réponse: - Sein droit: Status après mastectomie selon Patey et radiothérapie.

Status après reconstruction par prothèse sous-musculaire.

Status après luxation de prothèse sous-musculaire et révision chirurgicale.

Status après deuxième luxation sous-musculaire et nouvelle révision chirurgicale. Actuellement, status stable de reconstruction mammaire et aréolaire.

-Sein gauche: Status après tumorectomie à cheval entre le quadrant supéro et inféro externe par voie extérieure créant une cicatrice déprimée et adhérente au plan profond entre les deux quadrants mentionnés.

Status après mise et ablation de port-à-cath sur une cicatrice déprimée du pôle supérieur.

Status après correction d'adhérence de la cicatrice à cheval entre le quadrant supéro et inféro-externe (sans l'allongement de celle-ci) par lambeau sous-cutané.

Cicatrice non élastique créant une bride lors d'extension et d'abduction de l'épaule.

Status après correction de celle-ci par plastie en Y-V.

6. *Confirmez-vous qu'après la mastectomie complète du sein droit en avril 2001, suivie en mai 2001, d'une tumorectomie importante au sein gauche, Mme W. \_\_\_\_\_ a subi en mars et mai 2006 deux nouvelles opérations ? Pouvez-vous décrire ces opérations ?*

Réponse: Voir réponse donnée dans l'anamnèse ainsi que la question 5.

7. Est-il exact que Mme W. \_\_\_\_\_ a subi, en mars 2008, une nouvelle opération destinée à traiter une luxation de la prothèse sous-pectorale droite et une tuméfaction sous-claviculaire importante, créant une douleur du quadrant supéro externe du sein gauche occasionnée par la cicatrice post-tumorectomie ?

Réponse: Oui. La correction de cicatrice du sein gauche a été faite par lipo-filling avec un succès modéré.

8. Est-il exact que l'opération du 9 avril 2009 avait pour but de traiter des douleurs intenses à l'endroit de la cicatrice latérale post-tumorectomie au sein gauche (fibrose cicatricielle) et de redonner à Mme W. \_\_\_\_\_ la possibilité de se mouvoir normalement ?

Réponse: Oui.

9. Pouvez-vous décrire en quoi Mme W. \_\_\_\_\_ était entravée considérablement dans ses mouvements, en particulier dans son activité de restauratrice ?

Réponse: Veuillez trouver cette réponse dans la question 1.

10. Est-il exact que seule la chirurgie effectuée le 9 avril 2009 était de nature à corriger de manière satisfaisante la pathologie subie par Mme W. \_\_\_\_\_ ?

Réponse: Oui.

11. Confirmez-vous la teneur de votre rapport du 6 juillet 2010 ?

Réponse: Oui."

S'agissant des questions de la défenderesse et intimée, le Dr P. \_\_\_\_\_ s'est prononcé comme suit:

"1. a. Le Dr P. \_\_\_\_\_ allègue dans son rapport médical du 6 juillet 2010 que l'opération n'a été effectuée que dans le but de remédier aux tensions que la patiente ressentait «à chaque fois qu'elle faisait une abduction ou extension du bras et de l'épaule gauche». Les tensions décrites peuvent-elles être assimilées à une maladie au sens de la LAMal à son sens ? b. L'intervention pratiquée chez Madame W. \_\_\_\_\_ le 9 avril 2009 à la Clinique de F. \_\_\_\_\_ a-t-elle été justifiée par un état pathologique ?

Réponse 1a: Oui. La patiente est limitée dans son arc de rotation donc une limitation de l'extension et de l'abduction.

Réponse 1b: Oui. La cicatrice est elle-même un état pathologique.

2. Au vu de l'historique des prestations, il n'y a pas d'élément indiquant que Madame W. \_\_\_\_\_ aurait souffert d'une cicatrice qui tire. Comment le Dr P. \_\_\_\_\_ prouve-t-il qu'il s'agisse d'une cicatrice qui «tire» ?

Réponse: En faisant l'examen clinique, en abduction et extension, on voit très bien que la cicatrice mise sous tension crée telle une coupe entre le quadrant supéro et inféro-externe. Et à la palpation, cette cicatrice est dure. Il s'agit plus d'un frein que d'un tiraillement.

3. Dans quelle mesure les prétendues tensions ont-elles empêché Madame W. \_\_\_\_\_ d'exercer ses activités quotidiennes ? Décrivez précisément et donnez-en des exemples concrets.

Réponse: La présentation dans le service de restauration implique que l'on garde un dos le plus droit possible et non voûté, et mettre ainsi les épaules en arrière. Ceci tant pour la statique de la colonne que pour les mouvements.

Le fait de ne pas pouvoir mettre l'épaule gauche autant en arrière. Cette tension est continue et fatigue également.

4. Le Dr P. \_\_\_\_\_ estime-t-il que l'opération a été effectuée dans le but de remédier au défaut esthétique ?

Réponse: Non.

5. L'intervention pratiquée chez Madame W. \_\_\_\_\_ était-elle médicalement indiquée ?

Réponse: Oui.

6. Madame W. \_\_\_\_\_ a-t-elle été atteinte d'une maladie psychique due au début esthétique de son sein resp. de [ses] seins ?

Réponse: Non.

7. Madame W. \_\_\_\_\_ a-t-elle été atteinte d'une maladie psychique due aux tensions décrites dans le rapport médical du 6 juillet 2010 ?

Réponse: Non.

8. Comment le Dr P. \_\_\_\_\_ parvient-il à prouver, actuellement, que la cicatrice posait des problèmes à Madame W. \_\_\_\_\_ ?

Réponse: Il s'agit d'un problème mécanique pur. Mettez une corde non élastique entre deux points donnés et tirez dessus, celle-ci va tirer sur les points de fixation et créer une tension. Le tissu cicatriciel longitudinal est un tissu non élastique. Les points de fixation sont les extrémités de la peau. La tension fait mal. L'élasticité d'une correction de cicatrice est donnée par la mise en place de peau non cicatricielle à travers la cicatrice initiale (plastie Y-V ou aussi plastie en Z ou lambeau de rotation ou même greffe de peau totale dans certain cas).

9. Selon le Dr R. \_\_\_\_\_ l'imperfection avant l'opération sur le plan esthétique est tout à fait minime. Le Dr P. \_\_\_\_\_ est-il d'accord avec cette allégation ?

Réponse : Oui. Les opérations n'ont jamais été faites à but esthétique.

10. Selon la lettre du Dr P. \_\_\_\_\_ du 27 mai 2009 adressée à X. \_\_\_\_\_ «au niveau du sein droit, la reconstruction du mamelon (...) est insuffisante. Ce manque de projection crée une dyssymétrie». Peut-on en déduire que l'opération a été effectuée dans le seul but de remédier à un défaut esthétique ?

Réponse: La reconstruction mammaire après mastectomie totale est à prise en charge obligatoire des Caisses Maladies. Celle-ci implique également la reconstruction du mamelon. Le mamelon n'a pas de fonction mécanique mais fait partie intégrale d'un sein reconstruit. Un mamelon plat et sans projection crée une dissymétrie.

La chirurgie de reconstruction tente à rendre les tissus altérés par la maladie ou les accidents le plus normal possible.

La chirurgie esthétique tente à rendre les tissus le plus beau possible (dont la définition est celle du patient). Cette chirurgie là n'est pas à charge des Caisses Maladies.

Dans le cas présent, il s'agit uniquement de chirurgie réparatrice.

11. Contrairement à ce qu'il rapportait dans sa lettre du 27 mai 2010, le Dr P. \_\_\_\_\_ n'évoque plus la question de la prise en charge de l'opération portant sur le sein droit dans son courrier du 6 juillet 2010. Peut-on déduire que le Dr P. \_\_\_\_\_ ne conteste plus notre refus de la prise en charge des frais concernant le sein droit ?

Réponse: Non.

12. Se référant à la question 11: Le Dr P. \_\_\_\_\_ comment explique-t-il le fait qu'il demande la prise en charge des frais du sein droit dans sa lettre du 27 mai 2010 et qu'il ne demande plus lesdits frais dans sa lettre du 6 juillet ? Le Dr P. \_\_\_\_\_ comment explique-t-il cette contradiction ?

Réponse: A force de remplir à des questionnaires pour lesquels, dans le sens de la chirurgie réparatrice, les interventions sont à prise en charge obligatoire, je n'ai pas fait de deuxième demande par oubli ou par inattention.

13. L'opération effectuée était-elle une ultima ratio ? Un traitement conservateur tel qu'une pommade assouplissant les cicatrices aurait-il été suffisant afin de remédier au problème allégué par le Dr P. \_\_\_\_\_ ?

Réponse: Il n'y a aucune pommade qui assouplit les cicatrices. En effet, la maturation cicatricielle naturelle qui dure 6 à 12 mois après création de celle-ci (qui dépend de la vie naturelle de cellules appelées myofibroblastes) fait qu'une fois celle-ci atteinte, une cicatrice ne change plus. Le massage d'une cicatrice qui est en train d'évoluer et qui n'a pas atteint sa maturation peut simplement accélérer la vitesse de cette maturation. La pommade n'est qu'utile comme interface graisseuse permettant un massage. Il n'y a pas de pommade qui assouplisse les cicatrices.

14. La cicatrice pouvait-elle être qualifiée de bien guérie avant l'opération en question ?

Réponse: Le mot « guéri » ne veut absolument rien dire. Le status ante n'est pas atteint.

Une plaie fermée ne veut pas dire qu'il s'agisse d'une cicatrice fonctionnelle.  
En l'état d'une bride, je répondrai donc qu'il s'agit d'une cicatrice «mal guérie».

*15. L'intervention chirurgicale remplissait-elle le critère de l'adéquation posé par l'art. 32 LAMal ?*

Réponse: Oui.

*16. Pour quelle raison le Dr P. \_\_\_\_\_ ne nous a pas informés sur l'opération avant d'effectuer ladite opération ?*

Réponse: La chirurgie réparatrice faisant partie de la chirurgie à prise en charge obligatoire ne m'a pas été nécessaire de vous informer avant ladite opération."

Les parties se son déterminées sur ces réponses.

Lors de l'audience de conciliation du 1<sup>er</sup> novembre 2012, X. \_\_\_\_\_ a admis sa qualité pour défendre s'agissant de l'assurance de base ainsi que s'agissant de l'assurance complémentaire. W. \_\_\_\_\_ a retiré ses conclusions contre F. \_\_\_\_\_ SA, lequel a été déclaré hors de cause et de procès. Les parties ont en outre été informées que les procédures fondées sur la LAMal et la LCA étant différentes, la disjonction des causes serait prononcée en cas d'échec des pourparlers transactionnels.

A la suite de l'audience, par écriture du 15 novembre 2012, X. \_\_\_\_\_ Maladie a déclaré ce qui suit :

"Faisant suite à l'audience d'instruction du 1<sup>er</sup> novembre dernier, il y a lieu de préciser, quant aux entités ayant la qualité pour défendre, que, conformément aux extraits du registre du commerce (ci-joints), le portefeuille LCA de X. \_\_\_\_\_ (fondation) a été transféré à X. \_\_\_\_\_ SA et le portefeuille LAMal de X. \_\_\_\_\_ (fondation) a été repris par X. \_\_\_\_\_ Maladie, après approbation de toutes les autorités fédérales compétentes. En conséquence, il sied de relever que X. \_\_\_\_\_ SA (et non pas X. \_\_\_\_\_) a qualité pour défendre concernant la partie du litige relevant de l'assurance privée LCA. Par ailleurs, seule X. \_\_\_\_\_ Maladie a qualité pour défendre dans le litige ayant trait à l'assurance obligatoire des soins."

Elle a produit trois extraits du registre du commerce du [...] dont il résulte notamment ce qui suit, s'agissant de X. \_\_\_\_\_ :

"Fusion: reprise des actifs et passifs de la fondation " [...]" à [...]" (CH- [...]), selon contrat de fusion du 23.03.2005, décision de l'autorité de surveillance de la fondation transférante du 4.08.2005 et bilan au 31.12.2004 présentant des actifs de CHF 70'201'260,30, des passifs envers les tiers de CHF 58'270'268,77, soit un actif net de CHF 11'930'991,53 [comme précédemment]

Fusion: reprise des actifs et passifs de la fondation " [...]" à [...]" (CH- [...]), selon contrat de fusion du 23.03.2005, décision de l'autorité de surveillance de la fondation transférante du 4.08.2005 et bilan au 31.12.2004 présentant des actifs de CHF 124'722'450,23, des passifs envers les tiers de CHF 100'241'536,64 soit un actif net de CHF 24'480'913,59 [comme précédemment]

Fusion: reprise des actifs et passifs de la fondation " [...]" à [...]" (CH- [...]), selon contrat de fusion des 23 et 24.03.2005, décision de l'autorité de surveillance de la fondation transférante du 4.08.2005 et bilan au 31.12.2004 présentant des actifs de CHF 43'845'027,06, des passifs envers les tiers de CHF 31'203'570,25, soit un actif net de CHF 12'641'456,81 [comme précédemment]

[...]

Statuts adaptés au nouveau droit et également modifiés sur des points non soumis à publication.

Transfert de patrimoine: selon contrat du 20.04.2011 et selon décision de l'autorité de surveillance du 08.12.2011, la fondation a transféré des actifs de CHF 633'786'434,26 et des passifs envers les tiers de CHF 426'521'588,90 à la société " X. \_\_\_\_\_ Maladie" à [...]" (CH- [...]). Contre-prestation: aucune

Transfert de patrimoine: selon contrat du 20.04.2011 et selon décision de l'autorité de surveillance du 08.12.2011, la fondation a transféré des actifs de CHF 208'374'831,35 et des passifs envers les tiers de CHF 133'366'788,17 à la société " X. \_\_\_\_\_ SA" à [...]" (CH- [...]). Contre-prestation: aucune

Fusion: reprise des actifs et des passifs de la fondation " [...]", à [...]" (CH- [...]), selon contrat de fusion du 20.04.2011, décision de l'autorité de surveillance de la fondation transférante du 22.12.2011 et bilan au 01.01.2011 présentant des actifs de CHF 983'000.00 et des passifs envers les tiers de CHF 0.00

Fusion: reprise des actifs et des passifs de la fondation " [...]", à [...]" (CH- [...]), selon contrat de fusion du 20.04.2011, décision de l'autorité de surveillance de la fondation transférante du 22.12.2011 et bilan au 01.01.2011 présentant des actifs de CHF 11'000.00 et des passifs envers les tiers de CHF 0.00"

Concernant X. \_\_\_\_\_ SA, dont le but est l'exploitation des branches d'assurances non vie, l'extrait indique sous faits particuliers:

"Reprise de biens envisagée: la société envisage dans le cadre de transferts de patrimoine de reprendre divers actifs et passifs (dont des immeubles et des portefeuilles d'assurances) sans contre-prestation pour elle."

Concernant X. \_\_\_\_\_ Maladie, dont le but est, selon l'extrait, de pratiquer en tant que caisse-maladie au sens de l'art. 12 LAMal l'assurance-maladie obligatoire et l'assurance facultative d'indemnités journalières, cet extrait mentionnait sous faits particuliers:

"Reprise de biens envisagée: la société envisage dans le cadre de transferts de patrimoine de reprendre divers actifs et passifs (dont des immeubles et des portefeuilles d'assurances) sans contre-prestation pour elle."

Le 10 décembre 2012, la demanderesse et recourante a conclu à l'irrecevabilité des déterminations de X. \_\_\_\_\_ SA au motif qu'elles émanaient d'une société qui n'était pas partie à la procédure.

La disjonction de causes a été prononcée le 7 mai 2013, la présente cause étant enregistrée sous le numéro AM 34/10 et celle concernant l'assurance complémentaire sous le numéro AMC 1/13.

Par jugement de ce jour, la Cour de céans a rejeté la demande (annonce tardive selon l'art. 32 des conditions générales pour les assurances maladies complémentaires).

### **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).

Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée, le recours est déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA); il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable à la forme.

**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). De valeur litigieuse inférieure à 30'000 fr., la présente cause doit être tranchée par un membre de la Cour statuant en tant que juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

**2.** A l'audience du 1<sup>er</sup> novembre 2012, X. \_\_\_\_\_ a admis avoir la qualité pour défendre, tant pour l'assurance obligatoire des soins que pour l'assurance complémentaire LCA, alors qu'elle l'avait contestée auparavant. Par écriture du 15 novembre 2012, X. \_\_\_\_\_ Maladie a déclaré avoir la légitimation passive en matière d'assurance de base et précisé que X. \_\_\_\_\_ SA l'avait concernant la partie du litige relevant de l'assurance privée LCA.

Comme le relève la recourante, les extraits du registre du commerce produits céans font état uniquement d'une reprise de biens envisagée et de transferts de certains actifs et passifs, et non d'une fusion. Il ne peut dès lors y avoir substitution de parties au sens procédural du terme, celle-ci ne pouvant avoir lieu d'office que s'il y avait reprise de l'ensemble des actifs et passifs, ce qui n'est pas le cas en l'espèce (cf. art. 15 LPA-VD et notes ad art. 63 et 64 aCPC, cf. également art. 83 CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272]).

Il s'ensuit que X.\_\_\_\_\_ Maladie n'étant pas partie à la présente procédure, ses conclusions sont irrecevables. Seule X.\_\_\_\_\_ a la légitimation passive s'agissant de l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal.

**3. a)** Selon l'art. 25 al. 1 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. Est réputée maladie toute atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou un traitement médical ou provoque une incapacité de travail (art. 3 al. 1 LPGA). La notion de maladie, au sens de cette disposition légale, correspond à celle que la jurisprudence avait développée sous l'empire de la LAMA et que le législateur a codifiée (cf. ATFA I 127/04 du 2 juin 2004).

Les prestations dont les coûts sont pris en charge par l'assurance obligatoire des soins comprennent notamment les examens, traitements et soins dispensés sous forme ambulatoire au domicile du patient, en milieu hospitalier ou semi hospitalier ou dans un établissement médico-social par des médecins, des chiropraticiens et des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat médical (art. 25 al. 2 let. a LAMal). Pour garantir que les prestations prises en charge par l'assurance maladie obligatoire remplissent les exigences de l'efficacité, l'adéquation et le caractère économique, posées par l'art. 32 al. 1 LAMal, l'art. 33 LAMal permet de discerner les prestations susceptibles d'être prises en charge, désignées selon le type de fournisseurs de prestations et/ou selon la nature de la prestation dispensée; la méthode est concrétisée par l'art. 33 OAMal (ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie, RS 832.102) (ATF 129 V 167 consid. 3.2).

Ainsi l'art 33 OAMal prévoit notamment que le département désigne, après avoir consulté la commission compétente, les prestations fournies par les médecins ou les chiropraticiens dont les coûts ne sont pas pris en charge par l'assurance obligatoire des soins ou le sont à certaines conditions (let. a), les prestations nouvelles ou controversées dont

l'efficacité, l'adéquation ou le caractère économique sont en cours d'évaluation; il détermine les conditions et l'étendue de la prise en charge des coûts par l'assurance obligatoire des soins (let. c). Les prestations visées par l'art. 33, let. a et c, OAMal, qui ont été examinées par la Commission fédérale des prestations générales, en fonction des principes de l'assurance-maladie obligatoire des soins, figurent à l'annexe 1 de l'OPAS (ordonnance du DFI du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie [ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins], RS 832.112.31). Quant aux critères prévalant lorsque la prestation ne figure pas dans l'OPAS et ses annexes, ils sont définis à l'art 32 LAMal (ATF 129 V 167), qui prévoit à son alinéa 1<sup>er</sup> que les prestations mentionnées aux art. 25 à 31 doivent être efficaces, appropriées et économiques. L'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques.

**b)** Conformément à la jurisprudence, les défauts esthétiques en tant que conséquence d'une maladie ou d'un accident n'ont pas valeur de maladie; il en va de même *a fortiori* lorsque de tels défauts résultent d'une intervention de chirurgie esthétique. 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 ou une asymétrie mammaire (TF K 143/06 du 1<sup>er</sup> février 2008) - 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. La jurisprudence et la doctrine réservent également 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, telles des cicatrices qui provoquent

d'importantes douleurs ou qui limitent sensiblement la mobilité (sur ces divers points, voir ATF 121 V 119, 111 V 229 consid. 1c, 102 V 71 consid. 3; Gebhard Eugster, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, ch. 87). Ainsi lorsque une chirurgie esthétique, non prise en charge par l'assurance obligatoire des soins, provoque une atteinte à la santé indépendante, par exemple sous la forme de cicatrices entraînant des douleurs ou des pertes de fonctionnalité, celles-ci ont valeur de maladie et leur traitement doit être pris en charge par l'assurance obligatoire des soins (Gebhard Eugster, *op cit.*, ch. 246 p. 476; ATFA K 135/04 du 17 janvier 2006).

**4. a)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3; cf. TF 9C\_22/2011 du 16 mai 2011 consid. 5).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un

médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants, même faibles, quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4 et les références citées; TF 8C\_465/2010 du 19 avril 2011 consid. 3).

**b)** Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C\_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 108).

Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (voir TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, in SVR 2007 UV n° 33 p. 111; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2<sup>e</sup> édition, Zurich 2009, n° 12 et 17 ad art. 43 LPGA). Selon la jurisprudence, le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe

de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (cf. ATF 137 V 210; 122 V 157 consid. 1d; RAMA 1993 n° U 170 p. 136 et la critique de G. Aubert parue in SJ 1993 p. 560).

**5.** En l'espèce, l'intervention du 9 avril 2009 a consisté dans une révision de la bride cicatricielle par de multiples plasties en Y-V ainsi qu'à une greffe dermo-graisseuse aréolo-mamelonnaire droite.

**a)** L'intimée soutient que l'intervention du 9 avril 2009 n'avait pas pour but de traiter les séquelles d'une maladie, mais constituait un traitement esthétique dont l'assurance obligatoire des soins n'avait pas à connaître. Elle se réfère à l'avis de ses médecins-conseils, selon lesquels il s'agissait d'une opération esthétique pour un défaut de petite ampleur, la cicatrice au sein gauche n'étant pas de nature à entraîner les troubles allégués par l'assurée et d'autres traitements étant susceptibles de l'assouplir. Le Dr M. \_\_\_\_\_ indiquait en effet qu'après consultation des protocoles opératoires et des photographies, les traitements sur les seins gauche et droit étaient esthétiques (prise de position du 5 novembre 2010). Le Dr L. \_\_\_\_\_ estimait que le manque de projection de l'aréole du sein droit était clairement un problème esthétique et doutait que la gêne occasionnée par la cicatrice du sein gauche puisse avoir valeur de maladie (prise de position du 8 janvier 2010). Quant au Dr R. \_\_\_\_\_, il confirmait que l'intervention sur le sein droit avait une visée purement esthétique et considérait que la valeur de maladie au sens de la jurisprudence faisait défaut s'agissant de l'intervention au sein gauche, étant relevé qu'il était uniquement question d'une cicatrice qui "tire" à la suite d'un changement corporel (avis du 4 janvier 2010). Il précisait en outre que sur la base des clichés, la cicatrice constituait une imperfection esthétique tout à fait minime, et doutait que cette cicatrice puisse impliquer des troubles fonctionnels (confort de la mobilité) et des gênes (tensions). Selon lui, un traitement conservateur - une pommade assouplissant les cicatrices par exemple - aurait pu remédier au problème allégué par le Dr P. \_\_\_\_\_ (rapport du 22 septembre 2010).

A *contrario*, la recourante soutient qu'elle souffrait d'une atteinte à la santé ayant valeur de maladie, particulièrement sous la forme d'une cicatrice douloureuse, générant des troubles fonctionnels dûment attestés par le Dr P.\_\_\_\_\_. En effet, ce spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique a mentionné des douleurs intenses et une gêne dans les mouvements pour justifier l'indication de l'opération chirurgicale du 9 avril 2009. Au travers de ses rapports, il exposait que la recourante se plaignait de tensions à chaque fois qu'elle faisait une abduction ou extension du bras et de l'épaule gauche; cette gêne était moins symptomatique une dizaine d'années auparavant mais avec les changements corporels dus à l'âge notamment (légère prise de poids), les tissus devenaient plus amples alors que les cicatrices ne s'allongeaient pas. Ainsi, la plastie de la cicatrice tendait à rendre cette dernière plus souple aux fins d'enlever son effet de rétention fibro-élastique pour permettre une libération de la mobilité du bras et de l'épaule du même côté. Le Dr P.\_\_\_\_\_ précisait en outre qu'il n'existe aucune pommade assouplissant les cicatrices, de sorte qu'aucun traitement conservateur n'aurait été suffisant pour remédier aux problèmes de la recourante, l'opération étant l'*ultima ratio*. Par ailleurs, il indiquait avoir procédé à une chirurgie réparatrice au sein droit, expliquant que le manque de projection complet créait une dissymétrie, laquelle n'était pas due à des conséquences naturelles mais bien à un cancer bilatéral. Ainsi, l'intervention du 9 avril 2009, tant au sein droit qu'au sein gauche, n'avait pas un but esthétique.

**b)** Alors que le Dr P.\_\_\_\_\_ fait état de chirurgie réparatrice (sein droit) et de problème mécanique pur (sein gauche), les médecins-conseils de X.\_\_\_\_\_ parlent d'imperfections esthétiques. Or il ne se justifie pas, en l'état, d'écarter l'avis du Dr P.\_\_\_\_\_ au profit de l'avis des médecins-conseils. Le fait que le Dr P.\_\_\_\_\_ soit le médecin traitant de la recourante n'est pas un motif suffisant pour mettre en doute la crédibilité de son appréciation tout comme le fait que les Drs M.\_\_\_\_\_, L.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_ soient les médecins-conseils de l'intimée ne suffit pas à les soupçonner de prévention. Les divergences entre les rapports médicaux auraient dû inciter l'intimée à ordonner une expertise médicale

tendant à apprécier notamment la nécessité et la nature des interventions subies le 9 avril 2009. Il s'ensuit que l'instruction de la cause doit être complétée, la cour de céans n'étant, en l'état, pas en mesure de trancher la question qui lui est soumise.

Conformément à la jurisprudence précitée (cf. consid. 4), ces contradictions devraient être levées par l'avis d'un (ou plusieurs) spécialiste indépendant des parties, compte tenu des particularités du cas d'espèce. En l'occurrence, il se justifie de renvoyer la cause à l'intimée afin qu'elle rende une nouvelle décision, après qu'un expert indépendant se soit prononcé, expert à mandater conformément à l'art. 44 LPGA.

**6. a)** En définitive, le recours doit être admis et la décision sur opposition du 10 juin 2010 annulée. La cause est renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

**b)** La recourante, qui obtient gain de cause avec le concours d'un mandataire, a droit à une indemnité de dépens, dont le montant doit être déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA; cf. également art. 7 TFJAS [tarif du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et dépens en matière de droit des assurances sociales, RSV 173.36.5.2]). En l'espèce, il y a lieu d'arrêter le montant des dépens à 2'500 fr. à la charge de l'intimée, qui succombe (art. 55 al. 2 LPA-VD).

Il n'y a pas lieu de percevoir des frais de justice, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA).

**Par ces motifs,  
le juge unique  
prononce :**

- I. Le recours est admis.
- II. La décision sur opposition rendue le 10 juin 2010 par X.\_\_\_\_\_ est annulée, la cause étant renvoyée à cet assureur pour instruction complémentaire et nouvelle décision, au sens des considérants.
- III. X.\_\_\_\_\_ versera à la recourante W.\_\_\_\_\_ une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.
- IV. Le présent arrêt est rendu sans frais.

La juge unique :

La greffière :

**Du**

L'arrêt qui précède est notifié à :

- Me Corinne Monnard Séchaud (pour W.\_\_\_\_\_)
- X.\_\_\_\_\_ Maladie
- Office fédéral de la santé publique

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004

Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :