

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 19 mai 2015

Composition : Mme BERBERAT, juge unique
Greffier : M. Cloux

Cause pendante entre :

D._____, à [...], recourante, représentée par Me Corinne Monnard Séchaud, avocate à Lausanne,

et

Y._____ **SA**, à [...], intimée.

Art. 25 al. 1 et 2, 32 LAMal

E n f a i t :

A. D. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1957, est affiliée auprès d'Y. _____ SA (ci-après : l'assurance ou l'intimée) pour l'assurance des soins en cas de maladie.

Le 8 juin 2009, l'assurée a subi une intervention chirurgicale, savoir la pose d'un by-pass gastro-jejunal par laparoscopie et laparotomie, en raison d'une obésité malade (BMI de 41). Cette obésité était associée à une intolérance au glucose et une hypercholestérolémie (cf. courrier de la Dresse [...] au [...] du 25 février 2009). L'assurance a pris en charge cette intervention, son médecin-conseil, le Dr K. _____, spécialiste en médecine interne générale, ayant estimé qu'elle était justifiée.

L'assurée a subi le 14 juin 2010 une cure d'éventration à l'aide d'un filet dynamesh, une adhésiolyse étendue et une correction de cicatrice. A la suite de cette opération, une facture de 1'250 fr. lui a été adressée le 29 juillet 2010, correspondant à certains postes de l'intervention, savoir des honoraires d'anesthésiste par 500 fr. et un complément d'opération esthétique par 750 fr., que l'assurée a pris à sa charge.

En raison d'une récurrence d'éventration et de status après multiples opérations abdominales, l'assurée a subi une nouvelle intervention le 23 mai 2011, soit l'excision d'une cicatrice chéloïdienne adhérente et une cure d'éventration à l'aide d'un filet et adhésiolyse.

Le 21 décembre 2011, les Drs N. _____, spécialiste en chirurgie, et [...], spécialiste en chirurgie générale et traumatologie ainsi qu'en chirurgie viscérale, ont pratiqué les interventions suivantes (cf. protocole opératoire) :

"SOUS LAPAROSCOPIE, DESINCARCERATION DE HERNIE DU GRAND EPIPLON SOUS UN FILET INTRA-PERITONEAL POUR CURE D'EVENTRATION

**EXCISION TOTALE D'UN FILET DE CURE D'EVENTRATION EN
POSITION INTRA PERTINEALE
ADHESIOLYSE
CONTROLE COMPLET DE BY-PASS GASTRIQUE AVEC
REDUCTION D'UNE HERNIE INTERNE MESO-JEJUNALE
FERMETURE DE FENETRE MESO-JEJUNALE
FERMETURE DE FENETRE DE PETERSON"**

B. Le 16 mars 2012, le Prof. J._____, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique ainsi qu'en chirurgie de la main au [...], a pratiqué sur l'assurée une correction d'abdominoplastie avec dermolipéctomie abdominale, une plicature de la paroi abdominale et une confection d'un nombril. Dans le protocole opératoire établi le 23 mars 2012, ce praticien a relevé ce qui suit :

"(...) Cette patiente de 54 ans, connue pour un bypass en 2009, a par la suite bénéficié de 2 cures d'événtration dont la dernière en mai 2011, avec une abdominoplastie effectuée lors de cette même intervention. Il s'agit en fait d'une incision transverse, trans-abdominale à hauteur de l'ombilic, qui a été supprimée. La patiente se plaint d'adhérences avec une cicatrice hypertrophique et est très gênée par l'absence d'ombilic. De plus, un excès cutanéograsseux persiste intérieurement. L'indication est posée à une nouvelle abdominoplastie et tenter d'abaisser la cicatrice.
(...)"

Le 26 mars 2012, le Prof. J._____ a transmis au Dr N._____ un rapport avec la même teneur que le protocole opératoire précité, précisant en outre que les suites post-opératoires avaient été simples et que la patiente avait regagné son domicile le 18 mars 2012 avec des cicatrices calmes et un drain à droite.

Le 26 novembre 2012, le [...] a facturé à l'assurance des prestations de soins octroyées du 16 au 18 mars 2012 ("Dr CHIRURGIE PLASTIQUE ET RECONS") pour un montant s'élevant en définitive à 5'510 fr. 90.

Dans une note du 6 décembre 2012 à l'intention de l'assurance, le Dr K._____ a indiqué que selon le protocole opératoire, l'intervention du 16 mars 2012 relevait de l'opération esthétique et que la couverture de cette opération devait être refusée.

Par "Prise de position" du 11 décembre 2012, l'assurance a refusé de prendre en charge l'hospitalisation de l'assurée, au motif que les conditions de prise en charge n'étaient pas remplies.

Le 16 décembre 2013, le [...] a adressé à l'assurée une facture au contenu identique à sa facture du 26 novembre 2012, mais portant sur un montant de 14'124 francs.

Le 30 décembre 2013, le Prof. J._____ a adressé au Dr K._____ un courrier ayant notamment la teneur suivante :

"(...) La patiente susnommée avait subi un by pass abdominal en 2009 et par la suite, a subi deux cures d'éventration dont la dernière en mai 2011. Lors de cette intervention, une abdominoplastie a été réalisée et s'est déroulée à l'Hôpital [...]. Il s'en est suivi des adhérences et un lâchage du fil du côté droit causant des douleurs importantes et ceci est associé à l'excès cutané abdominal résiduel qui était assez important pour causer des macérations surtout lors des périodes estivales et des douleurs chroniques. Pour cette raison, la patiente a été reprise dans notre service. Nous avons effectué une révision de la paroi avec une plicature et refixation du filet du côté droit accompagnée d'une résection de l'excès cutané de façon à retendre la paroi cutanée externe au-dessus de la musculature sous-jacente.

Depuis, l'évolution est favorable avec une nette amélioration de l'état général de la patiente et la disparition de la symptomatologie abdominale.

Nous pensons que cette intervention est à la charge [d'Y._____ SA] puisqu'à mon avis, elle n'est pas du tout cosmétique mais bien au contraire, totalement fonctionnelle. D'ailleurs, le résultat cosmétique général de la patiente n'est pas très satisfaisant mais elle est peu demandeuse. Par contre, les plaintes ont définitivement disparues (sic) depuis notre intervention.
(...)"

Par courrier du 4 janvier 2014, l'assurée a transmis cette facture à l'assurance, relevant que le [...] avait d'abord adressé une facture directement à cette dernière, qui la lui avait retournée après onze mois.

Le Dr K._____ s'est prononcé dans un avis du 9 janvier 2014, préconisant un maintien de la position de l'assurance. Il a relevé que tant la lettre de sortie que le protocole opératoire étaient clairs et faisaient état

d'un excès cutané et graisseux résiduel post abdominoplastie. S'agissant de la macération mentionnée par le Dr J._____, il a exposé qu'un suivi thérapeutique était nécessaire avant de procéder à une opération et qu'aucune demande de couverture n'avait été déposée préalablement à l'intervention.

Par lettre du 14 janvier 2014, l'assurance a informé le Prof. J._____ qu'elle maintenait sa position.

Le 12 février 2014, l'assurance a rendu une décision formelle de refus de prise en charge de l'intervention du Prof. J._____, en particulier libellée comme suit :

"(...) Le [...] nous a transmis une facture initiale puis une facture rectificative, pour votre hospitalisation du 16 au 18 mars 2012, pour laquelle nous avons demandé des renseignements médicaux. Après un rappel, ces derniers ont été réceptionnés par notre service médical et soumis à notre médecin conseil, le Dr K._____.

A la lecture des documents reçus et malgré la lettre du 30 décembre 2013 du Prof. J._____, il s'avère que l'intervention effectuée relève de l'esthétique.

En effet, aucune photographie illustrant une cicatrice hypertrophique n'a été transmise à notre service médical. De plus, l'absence d'ombilic ne constitue pas une maladie. Et les macérations causées par un excès cutané abdominal peuvent faire l'objet, dans un premier temps, d'un traitement par application de crèmes, démarche qui semble ne pas avoir été entreprise dans votre cas particulier.

A noter également que vous aviez été rendue attentive, par notre lettre du 23 mars 2009 adressée au Dr [...] dont vous avez reçu copie, que les éventuels traitements ultérieurs découlant d'une chirurgie de l'adiposité qui n'auraient pas valeur de maladie ne pourraient faire l'objet d'une prise en charge.

Par conséquent, votre hospitalisation au [...] du 16 au 18 mars 2012 n'entre pas dans les prestations obligatoires remboursées par l'assurance-maladie et ne peut malheureusement pas faire l'objet d'un remboursement.
(...)"

L'assurée - assistée d'Assista Protection juridique SA - s'est opposée à cette décision le 11 avril 2014, complétant son acte le 30 avril 2014. Elle a fait valoir que l'intervention du 23 mars 2012 avait pour objet

le traitement de séquelles d'une obésité malade, qui avait déjà fait l'objet d'interventions en 2009, 2010 et 2011. Faisant référence à un arrêt du Tribunal fédéral du 17 janvier 2006, elle a en outre soutenu que les frais d'intervention doivent être pris en charge par l'assurance-maladie lorsque des imperfections esthétiques moins importantes provoquent des douleurs ou des pertes de fonctionnalité ayant valeur de maladie, pour autant que les douleurs soient considérables et placent les autres motifs - notamment esthétiques - au second plan. Elle a requis la mise en œuvre d'une expertise complémentaire afin de déterminer si l'application de crèmes aurait été propre à rétablir son état de santé.

L'assurance a soumis le cas au Dr K. _____, qui a rendu le 8 mai 2014 un avis ayant la teneur suivante :

"(...) Diagnostic :

- Excès cutanéograsseux résiduel post abdominoplastie transverse à hauteur de l'ombilic et hypertrophie de cette même cicatrice.

■

Traitement proposé par le médecin traitant :

- Correction d'abdominoplastie avec dermolipectomie abdominale, plicature de la paroi abdominale et confection d'un nombril.

Constatations / Remarques particulières :

- Aucune demande préalable n'a été effectuée, c'est lorsque la facture a été réceptionnée que l'assurance-maladie a pris connaissance de cette intervention. De ce fait aucune photographie avant intervention n'a pu être demandée. Habituellement le [...] fait parvenir des photographies spontanément avec une demande préalable.
- Le protocole opératoire du 23 mars 2012 et la lettre de sortie du 26 mars 2012 sont clairs, il s'agit d'un excès cutanéograsseux résiduel post abdominoplastie.
- Aucun traitement thérapeutique continu n'a été entrepris durant les 2 dernières années.
- Suite à notre refus du 6 décembre 2012 le Professeur J. _____, qui avait signé le protocole opératoire du 23 mars 2012 attestant la véracité de l'intervention du 16 mars 2012 et la lettre de sortie, nous adresse 2 ans plus tard un rapport totalement divergeant.
- Il n'a jamais fait état de plaintes de la patiente concernant d'éventuelles douleurs. Seule une gêne due à l'absence d'ombilic et des adhérences avec une cicatrice hypertrophique étaient mentionnées dans ses rapports des 23 et 26 mars 2012.

Conclusion :

En conclusion, je confirme que l'abdominoplastie avec dermolipectomie abdominale, plicature de la paroi abdominale et confection d'un nombril n'ont pas valeur de maladie, selon l'article 25 de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal). (...)"

Par décision sur opposition du 6 juin 2014, l'assurance a rejeté l'opposition de l'assurée et confirmé sa décision du 12 février 2014, faisant siennes les conclusions du Dr K._____.

Répondant le 6 juin 2014 aux questions de la représentante de l'assurée, le Prof. J._____ a pour l'essentiel exposé que les troubles de l'assurée étaient secondaires à une perte pondérale importante et à l'éventration ayant suivi l'opération du by-pass et que l'intervention du 16 mars 2012 était fonctionnelle, à l'exclusion d'interventions de nature esthétique. Il a contesté que les macérations puissent être traitées au moyen de crèmes et a souligné que les plaintes de l'intéressée avaient cessé depuis l'intervention.

C. Par acte du 9 juillet 2014, D._____ - désormais assistée de l'avocate Corinne Monnard Séchaud - a interjeté recours contre la décision sur opposition de l'intimée du 6 juin 2014, qu'elle allègue avoir reçue pour notification le 10 juin 2014 au plus tôt. Elle a principalement conclu à la réforme de la décision en ce sens que l'intervention du 16 mars 2012 et l'hospitalisation du 16 au 18 mars 2012 sont entièrement à la charge de l'assurance-maladie obligatoire. Subsidiairement, elle a conclu à l'annulation de cette décision et au renvoi de la cause à l'intimée pour complément d'instruction. A l'appui de ces conclusions, elle a fait valoir que l'intervention pratiquée remplissait les conditions de prise en charge par l'assurance obligatoire des soins, y compris à l'aune des conditions en matière de chirurgie plastique et reconstructive. Elle a produit un bordereau de pièces - en particulier antérieures à 2012 - et a requis, à titre de mesures d'instruction, l'audition du Prof. J._____ et la mise en œuvre d'une expertise judiciaire.

Répondant le 15 septembre 2015, l'intimée a conclu, avec suite de frais et dépens, au rejet du recours et à la confirmation de la

décision sur opposition litigieuse. Elle a produit un bordereau de vingt-et-une pièces, la plus ancienne étant le protocole opératoire du Prof. J._____ du 23 mars 2012.

Dans sa réplique du 7 novembre 2014, la recourante a fait valoir qu'elle était persuadée que le Prof. J._____ avait préalablement annoncé le cas à l'intimée, mais qu'elle ignore les modalités convenues entre les parties, étant précisé que l'intimée doit respecter le système du tiers-payant en cas d'hospitalisation. Elle a ajouté que le Prof. J._____ ne s'était jamais contredit et qu'il avait toujours confirmé des problèmes d'adhérences pour justifier l'intervention du 16 mars 2012. A cet égard, elle s'est référée à un rapport du Prof. J._____ du 26 mars 2012 au Dr N._____, dans lequel il a écrit que "la patiente se plaint d'adhérences avec une cicatrice hypertrophique et est très gênée par l'absence d'ombilic. La recourante s'est en outre prévalu d'un rapport adressé à son conseil le 28 octobre 2014 par le Dr N._____, auquel étaient joints divers extraits relatifs à la structure tarifaire TARMED, libellé comme suit :

"(...) Lors de la réintervention de décembre 2011, j'ai pratiqué le retrait d'un filet permettant de corriger une récurrence d'éventration. Dès lors, cette éventration n'était plus corrigée donc récidivée.

Parallèlement, la patiente présentait une cicatrice abdominale transverse avec absence d'ombilic et une cicatrice fortement adhérente. Cette dernière était la conséquence d'un acte chirurgical (sic) précédent donc à valeur de complication. Dans ce contexte, La patiente a donc été vue par le service de chirurgie plastique et reconstructeur du [...] en particulier par le Professeur J._____ à ma demande.

Une proposition chirurgicale a été faite tant pour corriger la cicatrice adhérente, reconstruire un nombril mais également pour corriger la déhiscence de la ligne médiane (entre les muscles après ablation du filet en 2011) consécutive au retrait du précédent filet.

Je n'ai pas à ma connaissance le document qui a été adressé à son assurance pour une demande de prise en charge.

En effet les corrections de cicatrices adhérentes figurent dans des prises en charge obligatoires au sens de l'OPAS et figurent également au niveau de la facturation Tarmed. La cure de déhiscence de la ligne blanche figure également comme prestation a (sic) prise en charge obligatoire par l'assurance maladie et figure également entre autre au Tarmed.
(...)

En effet, avec ce qui précède, il en fait aucun doute que l'ensemble de l'intervention pratiquée était d'une part médicalement justifiée mais figure également à titre de prestation obligatoire par l'assurance maladie.

Il se trouve que l'abdominoplastie n'est pas à prise en charge obligatoire par l'assurance maladie et une demande doit-être (sic) faite dans ce sens. A priori, et ceci était très clair avant l'intervention, il n'y avait pas d'aspect esthétique à cette prise en charge.
(...)"

Par duplique du 25 novembre 2014, l'intimée a maintenu ses conclusions, soutenant que le rapport du Dr N. _____ divergeait des rapports émis avant le refus de prise en charge.

Se déterminant le 27 janvier 2015, la recourante a confirmé sa position et s'est référée à un rapport du Prof. J. _____ du 30 décembre 2014 réaffirmant les précédentes prises de position de ce praticien.

Le 12 février 2015, l'intimée a estimé que ce nouveau rapport ne remettait pas en cause son refus de prise en charge.

Par avis du 16 février 2015, cette écriture a été communiquée pour information à la recourante, qui ne s'est pas déterminée plus avant.

E n d r o i t :

1. a) Sous réserve des dérogations expresses, les dispositions de la LPGA (loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-maladie (art. 1 al. 1 LAMal [loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994; RS 832.20]).

b) Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 LPGA) devant le tribunal du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA), qui statue en

instance unique (art. 57 LPGA). Dans le canton de Vaud, cette compétence échoit à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD [loi vaudoise sur la procédure administrative du 28 octobre 2008; RSV 173.36]). Un membre du Tribunal cantonal statue en tant que juge unique sur les recours dont la valeur litigieuse n'excède pas 30'000 fr., et sur ceux interjetés contre un prononcé d'amende (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

Le litige portant en l'espèce sur la prise en charge, au titre de l'assurance obligatoire, de frais de soins et d'hospitalisation à concurrence d'un montant de 14'124 fr., la cause relève de la compétence de la Juge unique.

c) L'acte de recours, qui doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que les conclusions (art. 61 let. b LPGA), doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, rien ne permet de contredire la recourante lorsqu'elle allègue que la décision sur opposition litigieuse du 6 juin 2014 lui a été notifiée le mardi 10 juin 2014, le lundi 9 juin 2014 étant en effet le lundi de Pentecôte, savoir un jour férié. Déposé le 10 juillet 2014, soit le trentième jour suivant la notification, le recours – qui remplit les conditions légales de forme – est par conséquent recevable.

2. a) L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations définies aux art. 25 à 31 LAMAI en tenant compte des conditions des art. 32 à 34 LAMAI (art. 24 LAMAI). La prise en charge d'autres coûts est exclue (cf. art. 34 al. 1 LAMAI).

L'assurance prend ainsi en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie – soit 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) – et ses séquelles (art. 25 al. 1

LPGA). Selon l'art. 25 al. 2 LAMal, ces prestations comprennent notamment les examens et traitements dispensés en milieu hospitalier, les soins dispensés dans un hôpital par des médecins (let. a ch. 1 *in medio et fine*) et le séjour à l'hôpital correspondant au standard de la division commune (let. e).

b) En principe, les défauts esthétiques en tant que conséquence d'une maladie ou d'un accident n'ont pas valeur de maladie. L'assurance obligatoire des soins est toutefois tenue de prendre en charge un traitement chirurgical lorsque, servant à l'élimination d'une atteinte secondaire due à la maladie ou à un accident, il permet 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 assumer les frais de 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. Il en est ainsi des cicatrices qui provoquent d'importantes douleurs ou qui limitent sensiblement la mobilité (sur ces divers points : ATF 121 V 119 consid. 1; TFA K 50/05 du 22 juin 2005; pour le tout TF 9C_465/2010 du 6 décembre 2010 consid. 4.2).

Selon la jurisprudence rendue sous l'empire de la LAMA - qui reste valable sous le régime de la LAMal (TFA K 50/05 précité consid. 2.3 s.) -, 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 n° K 638 p. 197). La prise en charge des coûts d'une telle opération est en outre refusée lorsqu'un soulagement important voire la suppression des problèmes cutanés découlant des plis d'une partie du

corps peuvent être obtenus déjà par de simples mesures d'hygiène et un traitement dermatologique (TFA K 50/05 précité consid. 3.1.1; TF 9C_560/2014 du 3 novembre 2014 consid. 3.1).

c) Les prestations mentionnées aux art. 25 à 31 doivent être efficaces, appropriées et économiques, l'efficacité devant être démontrée selon des méthodes scientifiques (art. 32 al. 1 LAMal). Ce principe s'applique à toutes les prestations, l'art. 33 al. 1 LAMal prévoyant cependant un régime particulier pour certaines d'entre elles. Cette disposition permet ainsi d'exclure la prise en charge de prestations déterminées ou de la soumettre à certaines conditions. Fondé sur les art. 33 al. 3 LAMal et 33 let. a OAMAL, le Département fédéral de l'Intérieur (ci-après : le DFI) a édicté l'OPAS (ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie; RS 832.11.31) distinguant, en particulier dans son Annexe 1, les prestations prises en charge (art. 1 let. a OPAS), celles qui le sont à certaines conditions (let. b) et celles qui ne le sont pas (let. c; cf. ATF 139 V 509 consid. 4.1; ATF 129 V 167 consid. 3.4). 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.

Lorsqu'un assureur estime que la prestation d'un médecin qui n'a pas été exclue de l'assurance obligatoire n'est pas efficace, appropriée ou économique il doit, en vertu du principe inquisitoire (cf. *infra* consid. 4), établir les faits (par exemple par la mise en œuvre d'une expertise) puis rendre une décision sur son obligation de prêter dans le cas d'espèce (ATF 129 V 167 consid. 3.2).

3. a) L'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit (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). En cas de doute sur le sérieux de l'existence d'un fait, il convient de compléter

l'instruction de la cause, pour autant que l'on puisse attendre un résultat probant des mesures d'instruction entrant raisonnablement en considération (ATF 130 II 425 consid. 2.1 et réf. cit.; pour le tout TF 9C_88/2013 du 4 septembre 2013 consid. 4.1.2).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur 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 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 oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4 et réf. cit.; TF 8C_585/2013 du 15 septembre 2014 consid. 4).

Pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il faut 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 également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 125 V 351 consid. 3a; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

b) Conformément au principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge est tenu de procéder à une appréciation complète, rigoureuse et objective des rapports médicaux en relation avec leur contenu (ATF 132 V 393 consid. 2.1); il doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher

l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre (ATF 125 V 351 consid. 3a; pour le tout TF 9C_398/2014 du 27 août 2014).

Le juge qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés peut alternativement choisir de renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, ou 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 (ATF 137 V 210 et réf. cit.). Tel n'est cependant pas le cas lorsqu'un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait) ou s'il apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur est en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait en cas de recours (TFA C 206/00 du 17 novembre 2000 consid. 2 *in* DTA 2001 n° 22 p. 170). Un renvoi est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou afin d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5; ATF 138 V 318).

4. a) Se référant à l'avis de son médecin-conseil le Dr K._____, l'intimée estime que les opérations subies par la recourante le 16 mars 2012 (correction d'abdominoplastie avec dermolipectomie abdominale, plicature de la paroi abdominale et confection d'un nombril) relèveraient de l'intervention esthétique et porteraient sur des affections n'ayant pas valeur de maladie. Selon elle, les avis divergents du Prof. J._____, et du Dr N._____ - qui soutiennent en résumé que l'intervention était justifiée médicalement et ne revêtait aucun aspect esthétique - ne remettraient pas cette appréciation en cause, dans la mesure où ils contrediraient les prises de position émises avant l'ouverture du litige.

b) Il ressort du dossier et du bordereau de pièces produit par la recourante que cette dernière a bénéficié de la pose d'un by-pass gastrique en 2009 en raison d'une obésité morbide (BMI 41) associée à une intolérance au glucose et une hypercholestérolémie, les prises en charge conventionnelles n'ayant pas permis de résultat durable (courrier du 25 février 2009 de la Dresse [...] au [...]). Elle a par la suite subi deux cures d'événtration dont la dernière en mai 2011, avec une abdominoplastie. Toutes ces opérations ont été effectuées par le Dr M._____, spécialiste en chirurgie (cf. protocoles opératoires). Le 6 décembre 2011, le Dr N._____ a procédé à une nouvelle intervention en raison notamment d'une hernie interne méso-jéjunale et d'adhérences multiples (cf. protocole opératoire du 21 décembre 2011). C'est dans ce contexte que le Prof. J._____ a effectué une intervention le 16 mars 2012. Dans son protocole opératoire du 23 mars 2012 et son rapport du 26 mars 2012 au Dr N._____, le Prof. J._____ a précisé que la recourante se plaignait d'adhérences avec une cicatrice hypertrophique. Contrairement à l'opinion de l'intimée, on ne voit pas en quoi ces plaintes seraient contradictoires avec les douleurs mentionnées dans le rapport de ce praticien du 30 décembre 2013. Par ailleurs ces plaintes sont confirmées par le Dr N._____, qui s'est prononcé pour la première fois le 28 octobre 2014 sans que l'on puisse dès lors lui reprocher d'avoir modifié son appréciation. L'apparition d'autres complications (notamment des macérations) n'est pas non plus exclue dans les premiers rapports du Prof. J._____, de sorte que l'intimée ne peut rien en tirer non plus. Aucun élément ne permet ainsi en l'état de mettre en cause les constatations de ces deux praticiens. L'intimée n'a d'ailleurs invoqué que de prétendues contradictions à cet égard. En l'état, l'avis du Dr K._____ ne saurait dès lors être privilégié au détriment de ceux du Prof. J._____ et du Dr N._____.

c) En l'espèce, l'intervention subie par la recourante le 16 mars 2012, soit une correction d'abdominoplastie avec dermolipéctomie abdominale, plicature de la paroi abdominale et confection d'un nombril, 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

dégagés par la jurisprudence précitée (TFA K 50/05 précité) afin de déterminer si l'intimée devait la prendre en charge. En d'autres termes, il convient de déterminer s'il existe des circonstances particulières qui conduiraient à reconnaître une prise en charge de ce traitement par l'intimée, soit un état pathologique ou psychique de la recourante, ou des limitations fonctionnelles importantes justifiant l'intervention. Contrairement au cas jurisprudentiel précité, le Tribunal de céans constate qu'en l'état actuel du dossier, il n'est pas possible de déterminer si la présence d'adhérences notamment doit être assimilée à des circonstances particulières devant conduire à la prise en charge par l'intimée de l'intervention en cause, au titre de la LAMal, respectivement si ces altérations provoquent des douleurs ou des pertes de fonctionnalité ayant une nette valeur de maladie, pour autant que l'intervention remplisse au surplus les conditions d'efficacité, d'adéquation et d'économicité. On rappellera à cet égard que l'annonce préalable de l'intervention auprès de l'assurance n'est pas une condition formelle pour la prise en charge d'une prestation. Certes, l'absence d'une telle annonce peut éventuellement compliquer l'instruction de la cause voire, si l'état de fait n'est pas éclairci malgré la mise en œuvre de toutes mesures d'instruction utiles, conduire au prononcé d'une décision en l'état du dossier (dans ce sens : art. 43 al. 3 LPGA). Cela ne veut toutefois pas encore dire que l'absence d'annonce - ou de pièces attestant de la situation avant l'intervention - suffit à fonder un refus de prise en charge. Quant à l'absence de traitement thérapeutique invoquée par le Dr K._____, elle relève des conditions de prise en charge du cas par l'intimée qui doivent faire l'objet de l'instruction complémentaire.

d) Il sied ainsi de constater que l'intimée n'a que sommairement procédé à l'établissement des faits, si bien que la cause lui sera renvoyée pour instruction complémentaire. On peine ainsi à comprendre pour quels motifs l'intimée n'a pas fait la moindre référence aux pièces relatives aux précédentes opérations subies par la recourante (8 juin 2009; 14 juin 2010; 21 décembre 2011), alors que celles-ci comprennent potentiellement des éléments pertinents pour l'issue du présent litige (appréciation de l'évolution du cas; mise en garde du

chirurgical, etc.). La reprise de [...] par l'intimée en 2012 ne saurait constituer une explication valable. Il appartiendra dès lors à l'intimée, respectivement à son médecin-conseil de rassembler l'ensemble des pièces utiles en les sollicitant cas échéant auprès des médecins traitants auxquels un questionnaire médical pourra également être soumis. Le médecin-conseil n'a en effet pas seulement le droit, mais aussi le devoir, d'exiger un dossier complet. On rappellera que l'art. 81 al. 2 LPA-VD mentionne que l'autorité intimée est tenue de remettre son dossier, en principe avec ses déterminations. Le texte clair de cette disposition vise le dossier dans son intégralité et non pas les seules pièces que l'assurance choisit de produire, l'appréciation de la pertinence des pièces et de l'exhaustivité de l'instruction devant précisément faire l'objet d'un contrôle par l'autorité de recours. Il appartiendra en définitive au médecin-conseil de fournir à l'intimée un avis circonstancié et motivé sur l'importance des altérations présentées par la recourante et, partant, sur l'opportunité de l'intervention chirurgicale, voire à l'intimée de mettre en œuvre une expertise au sens de l'art. 44 LPGA, si nécessaire afin de trancher le litige à satisfaction de droit.

5. a) Par conséquent, il y a lieu de renvoyer la cause à l'intimée pour qu'elle procède à une instruction complémentaire sur ces différents éléments et qu'elle rende une nouvelle décision quant à la couverture des frais de soins et d'hospitalisation de la recourante. Vu l'issue du litige, il n'y a pas lieu de donner suite aux réquisitions de preuve de la recourante, qui pourra faire valoir les éléments de fait pertinents dans le cadre de l'instruction complémentaire qui sera menée par l'intimée.

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

Obtenant gain de cause avec l'aide d'un mandataire professionnel, la recourante a droit à une indemnité de dépens qu'il convient d'arrêter, vu l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD; art. 7 al. 3 TFJAS [Tarif des frais judiciaires et

des dépens en matière de droit des assurances sociales du 2 décembre 2008; RSV 173.36.5.2]), à 2'000 fr., à la charge de l'intimée.

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

I. Le recours est admis.

II. La décision rendue le 6 juin 2014 par Y._____ SA est annulée, la cause étant renvoyée à cette assurance pour complément d'instruction puis nouvelle décision dans le sens des considérants.

III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

IV. Y._____ SA versera à D._____ la somme de 2'000 fr. (deux mille francs), débours et TVA compris, à titre de dépens.

La juge unique :

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- Me Corinne Monnard Séchaud (pour D._____),
- Y._____ SA,
- 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).

Le greffier :