

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 20 août 2024

Composition : M. WIEDLER, juge unique
Greffière : Mme Jeanneret

Cause pendante entre :

P. _____, à [...], recourante, représentée par Me Lucas Di Lallo, avocat à Lausanne,

et

E. _____ **SA**, à [...], intimée.

Art. 3 LPGA ; 24, 25 al. 1, 32, 33 al. 1 LAMal ; 33 OAMal

E n f a i t :

A. P._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], est assurée auprès d'E._____ SA (ci-après : [...] ou l'intimée) depuis le 1^{er} janvier 2019 au titre de l'assurance obligatoire des soins. Elle bénéficie du modèle alternatif d'assurance « Réseau de soins », avec une franchise de 500 fr. et sans couverture du risque accident.

En juin 2020, l'assurée a souffert d'une cellulite dentaire, infection qui s'est étendue à la joue gauche et a provoqué une modification de son aspect extérieur.

Le 10 mars 2022, l'assurée a consulté le Dr T._____, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, lequel a adressé le lendemain à E._____ SA une demande de prise en charge pour une pluri-intervention de greffe d'adipocytes dans la joue gauche. Le spécialiste exposait que la cellulite dentaire avait entraîné une dermo-hypodermite de la joue gauche avec une probable nécrose des tissus graisseux conduisant à une atrophie. Cette séquelle de l'infection avait eu pour conséquence la formation d'un « trou » dans la joue, rendant le visage asymétrique. Il en résultait également une souffrance psychologique. Deux interventions seraient nécessaires, sous anesthésie générale pour le confort de la patiente, l'éventualité d'une troisième intervention étant en outre réservée. Le Dr T._____ a joint à son envoi les compte-rendu de consultations de juin 2020 concernant le traitement de l'abcès dentaire auprès du [...], ainsi que des photographies du visage de l'assurée.

Par courrier du 18 mars 2022, E._____ SA a informé le Dr T._____ de son refus d'allouer ses prestations en se prévalant du préavis défavorable de son médecin-conseil, selon lequel l'intervention envisagée ne relevait pas de l'assurance obligatoire des soins.

Le Dr T._____ a réécrit à E._____ SA le 30 mars 2022 en déclarant s'opposer à ce refus, car il était démontré que la problématique

de juin 2020 avait eu « des conséquences séquellaires sur l'aspect de la joue gauche de manière extrêmement concrète ». E. _____ SA a maintenu sa position dans un courrier du 20 avril 2022, dès lors que son médecin-conseil avait réitéré son avis défavorable s'agissant de séquelles esthétiques n'ayant pas caractère de maladie.

Dans un nouveau courrier daté du 30 mars 2022, parvenu à E. _____ SA le 17 mai 2022, le Dr T. _____ a exposé que l'atrophie de la joue gauche n'avait certes pas caractère de maladie, mais concernait une séquelle due à une maladie, raison pour laquelle les soins devaient être pris en charge par l'assurance obligatoire des soins.

E. _____ SA a soumis une nouvelle fois le cas à son médecin-conseil, le Dr C. _____, spécialiste en chirurgie, lequel a rendu l'avis suivant :

« Appréciation :

Il est incontestable que les complications de la cellulite dentaire ont entraîné une séquelle esthétique au niveau de la joue gauche comme nous l'écrivit le Dr T. _____ dans sa première réclamation du 30 mars 2022, mais cette séquelle esthétique n'a pas de valeur maladie, au vue des informations (pas de douleurs ni de gêne fonctionnelle) et des photos à disposition.

Du reste le Dr T. _____ le reconnaît dans sa 2 ème réclamation datée comme sa première réclamation du 30 mars 2022.

Le lipofilling n'a donc qu'un but esthétique.

Conclusion :

Demande de prise en charge de lipofilling à but esthétique.

Lipofilling pas à charge de l'[assurance obligatoire des soins]. »

Elle a ensuite répondu au Dr T. _____ le 30 mai 2022 que son médecin-conseil avait maintenu son préavis négatif. Elle a ajouté que seules les mesures de réadaptation effectuées ou prescrites par un médecin destinées à traiter les séquelles d'une maladie pouvaient être prises en charge. Il s'agissait en particulier de mesures médicales destinées, une fois le traitement de la maladie terminé, à éliminer, en tout ou en partie, le dommage causé aux capacités physiques ou psychiques. En conséquence, l'avis de son médecin-conseil était justifié.

Désormais représentée par Me Lucas Di Lallo, l'assurée a contesté dans un courrier du 29 juin 2022 le refus de prise en charge des interventions préconisées par le Dr T._____. Elle a fait valoir en substance que le lien de causalité naturel et adéquat entre cette intervention et la cellulite dentaire n'était pas contesté, de sorte que le refus de prise en charge n'était pas justifié. En outre, l'atteinte entraînait une défiguration importante d'une partie visible du corps particulièrement sensible que seule l'intervention pouvait supprimer. En conséquence, la prise en charge des coûts devait être admise. Elle requérait par ailleurs l'octroi de l'assistance juridique gratuite.

Par décision du 15 août 2022, E._____ SA a refusé de prendre en charge au titre de l'assurance obligatoire des soins le traitement de lipofilling. Elle a relevé que rien n'indiquait, dans les renseignements médicaux et le dossier photographique, que la séquelle esthétique altérait la santé de l'assurée. En outre, bien que touchant le visage, l'imperfection n'était pas d'une ampleur et d'une intensité suffisante pour rendre nécessaire des soins médicaux. S'agissant de sa demande d'assistance juridique, E._____ SA a invité l'assurée à fournir divers renseignements supplémentaires.

L'assurée a déclaré s'opposer à cette décision le 12 septembre 2022. Il était admis par le Dr C._____ qu'il s'agissait d'une séquelle d'une maladie prise en charge par l'assurance obligatoire des soins et pour laquelle E._____ SA avait versé des prestations. S'agissant d'une séquelle esthétique sur le visage, partie visible et spécialement sensible, les conditions posées par la jurisprudence pour une prise en charge de l'intervention étaient remplies. L'atteinte entraînait en effet une défiguration grave et importante, avec une asymétrie manifestement visible du visage. L'assurée déplorait par ailleurs d'importantes répercussions psychologiques (perte de confiance en soi, évitement de certaines situations sociales), ainsi que des douleurs et gênes fonctionnelles dues à l'absence de tissu adipeux pour empêcher le contact de la peau avec les dents (morsures, sensibilité dentaire au froid et au chaud). Elle a produit, notamment, des pièces à l'appui de sa demande

d'assistance juridique, de nouvelles photographies ainsi qu'une attestation établie le 29 août 2022 par la Dre K._____, spécialiste en médecine interne générale, dont il ressort qu'elle avait adressé sa patiente au Dr T._____ parce que son visage présentait une asymétrie au niveau des joues avec un creux persistant à gauche, changement morphologique qui avait des répercussions psychologiques.

Priée par E._____ SA de fournir des pièces médicales attestant des gênes fonctionnelles et répercussions psychologiques mentionnées dans son opposition, l'assurée a exposé le 12 décembre 2022 qu'elle n'avait pas consulté de médecin en lien avec la sensibilité dentaire et les répercussions psychologiques. Elle proposait toutefois de se soumettre à un examen médical pour étayer ces problématiques. S'agissant des morsures répétitives, elle a joint une attestation établie le 6 décembre 2022 par le Dr T._____, exposant que la patiente avait fait part lors de la consultation du 9 mars 2022 d'une tendance plus importante à se mordre la joue gauche par rapport à la joue droite, depuis la problématique de cellulite de juin 2020.

Déférant à la demande d'E._____ SA du 9 janvier 2023, le Dr T._____ a répondu ce qui suit dans un courrier reçu le 7 février 2023 :

« (...)

Pour donner suite à votre correspondance du 9 ct, je vous informe qu'au niveau fonctionnel, comme il a été stipulé dans ma lettre précédente, la patiente s'est plainte lors de la consultation de mars 2022 d'une tendance plus importante à se mordre la lèvre du côté de la joue droite. Il n'y a pas d'autre trouble fonctionnel que j'ai relevé sur le plan du status ni durant l'anamnèse.

Cependant je souligne que la pragmatique est surtout esthétique et post séquellaire, qu'elle relève selon moi et selon l'art. 25 al. 1 stipulé dans ma lettre et qu'elle concerne les prestations générales qui doivent être prises en charge par la caisse maladie. Je laisse donc le soin à Maître Lucas Di Lallo de recourir à l'aspect juridique pour faire valoir les droits de la patiente à ce sujet.

(...) »

E._____ SA a rendu une décision sur opposition le 24 février 2023, rejetant l'opposition et confirmant sa décision du 15 août 2022. Reprenant pour l'essentiel l'argumentation de la décision, elle a relevé

que l'assurée n'avait pas fait la preuve des gênes fonctionnelles et des répercussions psychologiques mentionnées dans son opposition, de sorte que l'intervention était motivée uniquement par l'aspect esthétique. La séquelle esthétique n'était cependant pas d'une ampleur et d'une intensité suffisantes pour justifier des soins médicaux. E._____ SA a par ailleurs rejeté la requête d'assistance juridique gratuite, au motif que l'affaire ne présentait pas de caractère exceptionnel rendant indispensable l'assistance d'un représentant professionnel, tandis que les conditions économiques n'étaient pas remplies.

B. Toujours représentée par Me Di Lallo, P._____ a recouru contre la décision sur opposition précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 29 mars 2023. Elle a conclu principalement à la réforme de la décision dans le sens de la prise en charge par l'intimée des trois interventions de lipofilling préconisées par le Dr T._____ et, subsidiairement, à l'annulation de la décision sur opposition et au renvoi de la cause à l'autorité intimée pour nouvelle décision dans le sens des considérants. Elle a par ailleurs conclu au versement d'un montant de 1'680 fr. à titre d'assistance juridique gratuite pour la procédure administrative et a sollicité l'octroi de l'assistance judiciaire pour la procédure de recours. Sur le fond, elle a fait valoir une violation par l'intimée du devoir d'instruction dès lors qu'elle n'a pas procédé à une évaluation médicale des troubles fonctionnels et psychologiques séquellaires à sa maladie dont elle a fait part, et a requis qu'une telle évaluation soit ordonnée, voire une expertise judiciaire auprès de spécialistes en chirurgie plastique et en psychiatrie. La recourante a en outre fait grief à l'intimée d'avoir méconnu l'importance de la séquelle esthétique, qui entraînait une déformation de son visage. S'agissant de l'assistance juridique en procédure administrative, la recourante a exposé qu'elle n'était pas familiarisée avec cette procédure et que, contrairement à ce que l'intimée avait retenu, l'état de fait n'avait pas été établi directement auprès du corps médical. Elle a produit à cet égard une liste d'opérations totalisant 8 heures consacrées à son dossier par Me Di Lallo du 21 juin 2022 au 28 mars 2023.

L'intimée a répondu le 28 avril 2023. Concluant au rejet du recours, elle a relevé que l'intervention litigieuse était motivée uniquement par l'aspect esthétique, aucun trouble fonctionnel ou psychologique n'étant attesté par les médecins traitants de la recourante. Elle a nié le grief de défaut d'instruction, dès lors qu'elle avait invité tant la recourante que le Dr T. _____ à produire des éléments médicaux attestant des troubles évoqués. Ces troubles n'ayant pas fait l'objet de consultations spécifiques de la part de l'intéressée, il ne se justifiait pas de mettre en œuvre un examen par un médecin d'assurance ou une expertise médicale. Enfin, s'agissant de l'assistance juridique gratuite, limitée à la question de la désignation d'un avocat d'office dès lors que la procédure était gratuite, une telle mesure ne se justifiait ni par le complexe de fait ni par les questions de droit à résoudre, tandis que la situation financière de l'assurée ne paraissait pas totalement obérée. L'intimée a joint son dossier, ainsi que l'avis suivant, rendu le 19 avril 2023 par le Dr C. _____ :

« Appréciation :

Il est incontestable que les complications de la cellulite dentaire ont entraîné une séquelle esthétique au niveau de la joue gauche de la patiente, mais cette séquelle esthétique n'a pas de valeur maladie, au vu des photos et des informations médicales (pas de lésion de la muqueuse buccale pas de douleurs ni de gêne fonctionnelle) qui nous ont été transmises.

En ce qui concerne les répercussions psychologiques consécutives à la séquelle esthétique en relation avec la cellulite dentaire, aucun renseignement médical ne nous a été adressé à ce sujet et nous retenons de ce que nous a écrit Maître Di Lallo le 12.12.2022 [...] qu'il n'y a pas de renseignement médical à ce sujet. Nous ne pouvons donc pas retenir de caractère de maladie quant aux répercussions psychologiques à la séquelle esthétique en relation avec la cellulite dentaire.

Conclusion :

Les informations à notre disposition nous semblent amplement suffisantes pour pouvoir récuser l'indication à une expertise, qui plus est pluridisciplinaire, et ces informations nous permettent de préavisier que les séquelles esthétiques de la cellulite dentaire de la patiente n'ont pas de caractère maladie.

Le lipofilling n'est pas à charge de l'[assurance obligatoire des soins]. »

Par ordonnance d'instruction du 1^{er} mai 2023, la recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 29 mars 2023, comprenant l'exonération d'avances, de frais judiciaires et de toute franchise mensuelle, ainsi que l'assistance d'un avocat en la personne de Me Lucas Di Lallo.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'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 peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

c) Vu la valeur litigieuse inférieure à 30'000 fr., la cause est de la compétence du juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. Le litige porte, d'une part, sur le droit de la recourante à la prise en charge au titre de l'assurance obligatoire des soins d'interventions de lipofilling sur sa joue gauche et, d'autre part, sur le droit à l'assistance gratuite d'un conseil juridique dans la procédure administrative conduite par l'intimée.

3. a) Conformément à l'art. 1a al. 2 LAMal, l'assurance-maladie sociale alloue des prestations, en particulier, en cas de maladie (art. 3 LPGA). Est réputée maladie tout 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 ces dispositions est une notion juridique qui ne se recoupe pas nécessairement avec la définition médicale de la maladie. Elle suppose, d'une part, une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique dans le sens d'un état physique, psychique ou mental qui s'écarte de la norme et, d'autre part, la nécessité d'un examen ou d'un traitement médical. La prise en charge des conséquences d'une maladie suppose également que celles-ci relèvent d'une altération de la santé et puissent ainsi être qualifiées de maladie (ATF 134 V 83 consid. 3.2). Pour qu'une altération de la santé ou un dysfonctionnement du corps humain soient considérés comme une maladie au sens juridique, il faut qu'ils aient valeur de maladie (« Krankheitswert ») ou, en d'autres termes, atteignent une certaine ampleur ou intensité et rendent nécessaires des soins médicaux ou provoquent une incapacité de travail. Un traitement ou un examen médical est nécessaire lorsque l'atteinte à la santé limite à ce point les fonctions physiques ou mentales que le patient a besoin d'un soutien médical ou que le processus de guérison n'est plus possible sans un tel appui ou du moins pas avec de réelles chances de succès, ou encore qu'on ne saurait exiger du patient qu'il vive sans avoir pu essayer au moins un type de traitement (ATF 137 V 295 consid. 4.2.2 ; TF 9C_552/2018 du 21 décembre 2018 consid. 5.2).

Les défauts esthétiques en tant que conséquence d'une maladie ou d'un accident n'ont pas valeur de maladie. La jurisprudence reconnaît cependant que l'assurance obligatoire des soins est 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 (ATF 138 V 131 consid. 5.1 ; 111 V 229 consid. 1c ; TF 9C_552/2018 du 21 décembre 2018 consid. 3.2 et les références citées).

b) Aux termes de l'art. 24 al. 1 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations définies aux art. 25 à 31 LAMal en tenant compte des conditions prévues aux art. 32 à 34 LAMal.

L'art. 25 al. 1 LAMal dispose que l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles. Ces prestations comprennent notamment les examens et traitements dispensés sous forme ambulatoire, en milieu hospitalier ou dans un établissement médico-social ainsi que les soins dispensés dans un hôpital par des médecins (art. 25 al. 2 let. a ch. 1 LAMal).

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

aa) Une prestation est efficace lorsqu'on peut objectivement en attendre le résultat thérapeutique visé par le traitement de la maladie, à savoir la suppression la plus complète possible de l'atteinte à la santé somatique ou psychique (ATF 128 V 159 consid. 5c/aa). L'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques fondées sur la recherche et la pratique médicale et non sur le résultat obtenu dans un cas

particulier (ATF 142 V 249 consid. 4.2 ; 131 V 271 consid. 3.1 ; 133 V 115 consid. 3 ; 125 V 95 consid. 4a).

bb) La question de son caractère approprié s'apprécie en fonction du bénéfice diagnostique ou thérapeutique de l'application dans le cas particulier, en tenant compte des risques qui y sont liés au regard du but thérapeutique (ATF 127 V 138 consid. 5). Le caractère approprié relève en principe de critères médicaux et se confond avec la question de l'indication médicale : lorsque l'indication médicale est clairement établie, le caractère approprié de la prestation l'est également (ATF 139 V 135 consid. 4.4.2 ; 125 V 95 consid. 4a ; TFA K 151/99 du 7 juillet 2000 consid. 2c).

cc) Aux termes de l'art. 56 al. 1 LAMal, intitulé « Caractère économique des prestations », le fournisseur de prestations doit limiter ses prestations à la mesure exigée par l'intérêt de l'assuré et le but du traitement. La rémunération des prestations qui dépassent cette limite peut être refusée (art. 56 al. 2, première phrase, LAMal).

Le critère de l'économicité intervient lorsqu'il existe dans le cas particulier plusieurs alternatives diagnostiques ou thérapeutiques appropriées. Il y a alors lieu de procéder à une balance entre coûts et bénéfices de chaque mesure. Si l'une d'entre elles permet d'arriver au but recherché en étant sensiblement meilleur marché que les autres, l'assuré n'a pas droit au remboursement des frais de la mesure la plus onéreuse (ATF 128 V 54 consid. 1b et les références citées ; 127 V 138 consid. 5 ; 124 V 196 consid. 4 ; TFA K 29/96 du 16 septembre 1997 consid. 3c in RAMA 1998 p. 1). Le critère de l'économicité ne concerne pas seulement le type et l'étendue des mesures diagnostiques ou thérapeutiques à accomplir, mais touche également la forme du traitement, notamment les questions de savoir si une mesure doit être effectuée sous forme ambulatoire ou dans un milieu hospitalier et de quelle institution de soins ou service de celle-ci le cas de la personne assurée relève d'un point de vue médical (ATF 139 V 135 consid. 4.4.3 ; 126 V 334 consid. 2b).

c) Aux termes de l'art. 33 al. 1 LAMal, le Conseil fédéral peut désigner les prestations fournies par un médecin ou un chiropraticien, dont les coûts ne sont pas pris en charge par l'assurance obligatoire des soins ou le sont à certaines conditions. L'art. 33 al. 3 LAMal prévoit également que le Conseil fédéral détermine dans quelle mesure l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts d'une prestation nouvelle ou controversée, dont l'efficacité, l'adéquation ou le caractère économique sont en cours d'évaluation. Comme l'y autorise l'art. 33 al. 5 LAMal, le Conseil fédéral a délégué les compétences susmentionnées au Département fédéral de l'intérieur (DFI) (art. 33 let. a et c OAMal [ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie ; RS 832.102]).

Le DFI a fait usage des prérogatives conférées par les art. 33 let. a et c OAMal en promulguant et en actualisant régulièrement l'Ordonnance du DFI du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (OPAS ; RS 832.112.31). L'art. 1 al. 1 OPAS prévoit que les prestations visées par l'art. 33 let. a et c OAMal figurent dans l'Annexe 1 OPAS.

L'Annexe 1 OPAS prévoit en particulier, au ch. 1.6 relatif aux mesures de chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, que le traitement de la lipoatrophie du visage par matériel de comblement est obligatoirement à la charge de l'assurance en cas de lipoatrophie faciale découlant d'un traitement médicamenteux ou d'une maladie, à la condition que l'assureur-maladie ait donné préalablement une garantie spéciale après avoir consulté le médecin-conseil.

d) Le médecin-conseil donne son avis à l'assureur sur des questions médicales ainsi que sur des questions relatives à la rémunération et à l'application de tarifs ; il examine en particulier si les conditions d'une prise en charge d'une prestation sont remplies (art. 57 al. 4 LAMal). Il évalue les cas en toute indépendance ; ni l'assureur ni le fournisseur de prestations ni leurs fédérations ne peuvent lui donner de directives (art. 57 al. 5 LAMal).

5. a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur 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. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux 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 exprimées par 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 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 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

b) En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées).

c) Par ailleurs, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent

être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire (ATF 122 V 157 consid. 1a ; 121 V 204 consid. 6c et les références). Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2 ; cf. ATF 130 I 180 consid. 3.2).

6. a) En l'espèce, il est constant que la recourante présente, des suites d'une cellulite dentaire survenue en juin 2020, une dermo-hypodermite de la joue gauche avec une probable nécrose des tissus graisseux conduisant à une atrophie.

L'intimée a refusé la prise en charge par l'assurance-obligatoire des soins des interventions de lipofilling souhaitées par la recourante dès lors que son médecin-conseil a conclu que cette séquelle de la cellulite dentaire n'avait pas caractère de maladie et n'entraînait pas une altération esthétique d'une ampleur suffisante.

b) Dans un premier moyen, la recourante a fait valoir que l'intimée n'a pas suffisamment instruit sur les altérations de sa santé psychique et somatique résultant directement de l'atrophie de sa joue gauche, de sorte qu'elle ne pouvait sur cette seule base en réfuter le caractère de maladie.

A cet égard, il convient de relever que la demande déposée par le Dr T._____ et son courrier du 30 mars 2022 était motivée principalement par la problématique esthétique. Ce chirurgien a ensuite écrit dans son courrier de mai 2022 que la problématique n'avait pas caractère de maladie. La recourante a évoqué des problématiques d'ordre somatique et psychologique ultérieurement, sans toutefois produire de pièces médicales. L'intimée n'a certes pas instruit cette question avant de rendre sa décision du 15 août 2022, mais a prié l'intéressée de fournir des

certificats médicaux en procédure d'opposition, avant de s'adresser directement au Dr T._____. S'agissant des troubles fonctionnels, celui-ci a alors fait part d'une « tendance » à se mordre la joue gauche plus souvent que la joue droite, tout en répétant que la problématique était essentiellement esthétique. Pour sa part, la Dre K._____ a indiqué qu'elle avait adressé sa patiente au Dr T._____ en raison des répercussions psychiques et la recourante a déclaré qu'elle n'avait pas de suivi psychiatrique en cours ni consulté d'autres médecins pour les autres troubles fonctionnels dont elle avait fait part.

Ainsi, il faut constater avec l'intimée que les informations obtenues des médecins traitants de la recourante ne mentionnaient pas de troubles somatiques ou psychiques atteignant une ampleur ou une intensité suffisante pour rendre nécessaires des soins médicaux ou provoquer une incapacité de travail. Ces éléments ne permettaient ainsi pas de reconnaître à l'atrophie de la joue gauche une valeur de maladie au sens de l'art. 3 LPGA. Cela étant, la question de savoir si l'intimée aurait dû instruire plus avant sur ce point, par la mise en œuvre d'un examen médical ou d'une expertise, peut rester indéterminée compte tenu des considérations qui suivent.

c) Dans un second moyen, la recourante s'est prévalu d'une altération importante de l'aspect de son visage justifiant le recours à la chirurgie plastique. Comme déjà relevé, le Dr C._____, dont l'intimée a suivi les conclusions, n'a remis en question ni l'existence d'une atrophie de la joue gauche ni le caractère séquentaire de cette problématique, mais a nié que la modification de l'aspect du visage qui en découlait puisse être qualifiée d'importante au point de nécessiter un traitement.

Dans son attestation du 29 août 2022, la Dre K._____ a indiqué qu'elle avait adressé la recourante au Dr T._____ parce que son visage présentait un changement morphologique sous la forme d'une asymétrie au niveau des joues, avec un creux persistant à gauche. Le Dr T._____ a décrit l'atrophie comme un « trou » dans la joue gauche rendant le visage asymétrique, respectivement une conséquence

séquellaire sur la joue « extrêmement concrète ». Les photographies versées au dossier de l'intimée montrent, du côté gauche, un creux plus profond qu'une simple fossette, s'étendant sur toute la hauteur de la joue. Ce creux est présent quelle que soit l'expression du visage et il en résulte que l'ensemble du quadrant inférieur gauche du visage est impacté. La joue droite ne présente en revanche aucun creux ou fossette, de sorte qu'il y a rupture de la symétrie du visage.

En conséquence, il y a lieu d'admettre que l'atrophie entraîne une modification visible et importante du visage de la requérante, ce qui doit amener à lui reconnaître le droit à une prise en charge médicale.

d) S'agissant des interventions de lipofilling préconisées par le Dr T._____, elles tombent manifestement dans la définition du traitement de la lipoatrophie du visage par matériel de comblement mentionné au ch. 1.6 de l'annexe 1 OPAS. Le caractère efficace et approprié de ce type d'intervention peut en conséquence être présumé. En revanche, s'agissant du caractère économique, il apparaît que le Dr T._____ évoque la nécessité de procéder en deux à trois interventions, sous anesthésie générale. Ces éléments n'ont pas été instruits par l'intimée, qui s'est uniquement prononcée sur le principe de la prise en charge d'un traitement médical de l'atrophie. Or l'Annexe 1 OPAS impose, comme condition au remboursement de l'intervention de comblement, l'octroi par l'assureur-maladie d'une garantie spéciale après avoir consulté le médecin-conseil.

Il faut par conséquent renvoyer la cause à cette autorité, dès lors que c'est à elle qu'il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPG), afin qu'elle complète l'instruction sur le caractère économique des interventions requises et rende une nouvelle décision.

7. Il reste à examiner si la recourante remplit les conditions d'octroi d'une assistance juridique gratuite durant la procédure administrative.

a) Dans la procédure administrative en matière d'assurances sociales, l'assistance gratuite d'un conseil juridique est accordée au demandeur lorsque les circonstances l'exigent (art. 37 al. 4 LPGA). Par ailleurs, à l'instar de ce qui prévaut en procédure judiciaire (art. 61 let. f LPGA), la partie ne doit pas disposer de ressources suffisantes et sa cause ne doit pas paraître dépourvue de chances de succès (ATF 125 V 201 consid. 4a ; TFA I 319/05 du 14 août 2006 consid. 2 ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 4e éd., Zurich/Bâle/Genève 2020, n° 38 ad art 37 LPGA).

b) Le point de savoir si les conditions de l'assistance sont réalisées doit être examiné au regard de critères plus sévères dans la procédure administrative que dans la procédure judiciaire. En effet, l'art. 61 let. f LPGA, applicable à la procédure judiciaire, prévoit d'accorder l'assistance judiciaire gratuite lorsque les circonstances le « justifient », tandis que l'art. 37 al. 4 LPGA, applicable à la procédure administrative, prévoit d'accorder l'assistance gratuite d'un conseil juridique lorsque les circonstances « l'exigent » (TF 9C_964/2010 du 30 mai 2011 consid. 3 ; I 127/07 du 7 janvier 2008 consid. 4.3). Ainsi, l'assistance d'un avocat s'impose uniquement dans les cas exceptionnels, où il est fait appel à un avocat parce que des questions de droit ou de fait difficiles rendent son assistance nécessaire et qu'une assistance par le représentant d'une association, par un assistant social ou d'autres professionnels ou personnes de confiance d'institutions sociales n'entre pas en considération (ATF 132 V 200 consid. 4.1 et les références).

A cet égard, il y a lieu de tenir compte des circonstances concrètes du cas d'espèce, de la particularité des règles de procédure applicables et des spécificités de la procédure administrative en cours. Il s'agit notamment de tenir compte de la complexité des questions de fait ou de droit et des circonstances qui tiennent à l'assuré, comme sa capacité de s'orienter dans la procédure (TF 9C_516/2018 du 17 octobre

2018 consid. 2.4.3 ; 9C_105/2007 du 13 novembre 2007 consid. 1.3 ; TFA I 319/2005 du 14 août 2006 consid. 4.2.1). Si la procédure ne présente pas de risques importants pour la situation juridique de l'intéressé, l'assistance juridique ne sera accordée que si, à la difficulté relative de l'affaire, s'ajoutent des problèmes de fait ou de droit auxquels le requérant ne pourrait faire face seul (ATF 130 I 180 consid. 2.2 et références citées ; 125 V 32 consid. 4 ; TFA I 676/04 du 30 mars 2006 consid. 6.2). Les circonstances qui tiennent à la personne concernée, comme sa capacité de s'orienter dans une procédure, entrent également en considération (TF 9C_674/2011 du 3 août 2012 consid. 3.2 et les références citées). Le fait que l'intéressé puisse bénéficier de l'assistance de représentants d'associations, d'assistants sociaux ou encore de spécialistes ou de personnes de confiance œuvrant au sein d'institutions sociales permet d'inférer que l'assistance d'un avocat n'est ni nécessaire, ni indiquée (TF 9C_105/2007 du 13 novembre 2007 consid. 1.3 ; TFA I 557/04 du 29 novembre 2004 consid. 2.2).

8. L'intimée a rejeté la demande d'assistance juridique gratuite au motif que le cas d'espèce ne présentait pas un complexe de fait ni des questions de droit à résoudre suffisamment complexe, tandis que la situation financière de l'assurée ne paraissait pas totalement obérée.

En l'occurrence, la question à trancher dans le cas d'espèce était de savoir si le traitement médical visant la correction de l'atrophie de la joue gauche présentée par la recourante était à charge de l'assurance obligatoire des soins. Comme l'a justement rappelé la recourante dans son mémoire du 29 mars 2023, cette problématique est de la compétence exclusive des médecins, si bien que la notion de complexité des questions de droit est manifestement absente. La procédure, initiée par le chirurgien consulté par la recourante, ne revêtait pas non plus de difficultés particulières. Pour le surplus, le fait que la recourante ne soit pas familière des procédures administratives ne suffit pas en soi à faire admettre la nécessité d'être assistée d'un avocat. A cet égard, l'intéressée n'a avancé aucune circonstance personnelle susceptible d'influer sur sa capacité de s'orienter dans la procédure ou d'en comprendre les enjeux.

Ainsi, il apparait que l'assistance gratuite d'un conseil juridique au stade de la procédure administrative n'était objectivement ni nécessaire, ni indiquée. Dans ces conditions, il n'y a pas lieu d'examiner si les autres conditions cumulatives mises à l'octroi de l'assistance juridique gratuite sont données et le recours, mal fondé, doit être rejeté sur ce point.

9. a) En définitive, le recours doit être admis partiellement. En tant qu'elle porte sur le droit de la recourante à la prise en charge d'interventions de lipofilling, la décision sur opposition doit être annulée et la cause renvoyée à l'intimée afin qu'elle complète l'instruction dans le sens des considérants et rende une nouvelle décision sur opposition. En tant qu'elle porte sur l'octroi d'une assistance juridique gratuite en procédure administrative, dite décision doit être confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f^{bis} LPGA).

c) La partie recourante obtient partiellement gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité à 2'500 fr., débours et TVA compris, et de la mettre intégralement à la charge de la partie intimée (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]).

d) La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Le montant des dépens arrêté ci-avant correspond au moins à ce qui aurait été alloué à titre d'indemnité pour le mandat d'office. Il n'y a donc pas lieu, en l'état tout au moins, de fixer plus précisément cette indemnité (art. 4 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

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

- I. Le recours est partiellement admis.

- II. En tant qu'elle porte sur le droit de la recourante à la prise en charge d'interventions de lipofilling, la décision sur opposition rendue le 24 février 2023 par E._____ SA est annulée et la cause renvoyée à l'intimée afin qu'elle complète l'instruction et rende une nouvelle décision sur opposition dans le sens des considérants. En tant qu'elle porte sur l'octroi d'une assistance juridique gratuite en procédure administrative, dite décision est confirmée.

- III. E._____ SA versera à P._____ la somme de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

- IV. Il n'est pas perçu de frais de justice.

Le juge unique :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- Me Lucas Di Lallo (pour P._____),
- E._____ 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).

La greffière :