

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 13 janvier 2026

Composition : Mme BERBERAT, juge unique
Greffière : Mme Hentzi

Cause pendante entre :

B. _____, à Q***, recourante, représentée par Me Marie Mouter, avocate
à Monthey,

et

C. _____ **SA**, à S***, intimée.

**Art. 3 LPGA ; art. 24, 25, 32, 33 al. 1 et 2, 56 al. 1 et 2 LAMal ; art.
33 let. a et c OAMal ; art. 1 OPAS**

En fait :

A. B. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en ***, était assurée du 1^{er} janvier 2021 au 31 décembre 2021 auprès de C. _____ SA (ci-après : C. _____ ou l'intimée) pour l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie.

Par courrier du 19 janvier 2021, les Drs G. _____, cheffe du service d'angiologie du Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : le CHUV), et J. _____, chef de clinique adjoint au CHUV, tous deux spécialistes en angiologie et médecine générale, ont requis la prise en charge d'un traitement de fibro-lipoaspiration aux membres inférieurs pour l'assurée souffrant d'un lipœdème invalidant de type IV au stade III. Depuis février 2019, l'assurée avait débuté un traitement de drainage lymphatique manuel. Elle disposait également d'un appareil de pressothérapie et d'un bas de compression (tricoté à plat sur mesure) associé à des bas nocturnes. Malgré ces mesures, l'assurée avait signalé, depuis janvier 2020, une nette péjoration des douleurs et des symptômes aux membres inférieurs, l'empêchant de vivre une vie normale ; il s'ensuivait une souffrance psychologique progressive et une diminution de sa qualité de vie. Se basant sur la littérature médicale – dont ils ont cité des références –, les médecins précités ont estimé qu'une prise en charge par fibro-lipoaspiration pouvait entraîner une diminution conséquente des coûts médicaux à long terme et était impérative pour diminuer la symptomatologie douloureuse et ralentir la transformation du lipœdème vers un lipo-lymphœdème.

Par appréciation du 12 février 2021, le Dr E. _____, médecin praticien et médecin-conseil de C. _____, a indiqué que les critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité dans le cas d'une liposuction pour traiter le lipœdème n'étaient pas remplis, précisant qu'aucune étude probante n'existait à ce sujet et se référant à l'arrêt 9C_508/2020 du 19 novembre 2020 du Tribunal fédéral.

C. _____ a répondu le 16 février 2021 qu'elle refusait la prise en charge des coûts de cette intervention sur la base de l'appréciation de

son médecin-conseil, les critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité n'étant pas remplis.

L'assurée a bénéficié d'une fibro-lipoaspiration réalisée le 20 avril 2021 au CHUV, où elle a été hospitalisée jusqu'au 27 avril 2021.

Le 4 avril 2022, la Dre G._____ a adressé une nouvelle demande à C._____ tendant à la prise en charge de l'intervention de fibro-lipoaspiration. Elle a relevé que l'assurée remplissait les nouvelles conditions figurant dans l'OPAS (Ordonnance du DFI 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) depuis le 1^{er} juillet 2021 pour la prise en charge de ce type d'intervention par l'assurance obligatoire des soins. Elle a également rappelé que malgré le port de bas de contention, le suivi d'un traitement de drainage lymphatique au long cours et une bonne hygiène de vie, le traitement conservateur avait ici atteint ses limites et la symptomatologie s'aggravait avec des douleurs quotidiennes importantes aux membres inférieurs, empêchant l'assurée de mener une vie normale.

Par courrier du 20 juillet 2022, la Dre G._____ a précisé que l'intervention de fibro-lipoaspiration réalisée le 20 avril 2021 avait permis à l'assurée de reprendre une activité professionnelle et de retrouver une meilleure qualité de vie.

Par courrier du 2 août 2022, C._____ a informé la Dre G._____ qu'elle refusait la prise en charge des frais engendrés par l'intervention réalisée au CHUV le 20 avril 2021. Par ailleurs, elle a précisé que les modifications de l'OPAS, entrées en vigueur au 1^{er} juillet 2021, ne s'appliquaient pas rétroactivement.

Par courrier du 9 août 2024, l'assurée, désormais représentée par Me Marie Mouter, a requis de C._____ qu'elle rende une décision formelle.

Dans une appréciation du 12 septembre 2024, le Dr K._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin-conseil de C._____, a pris position de la manière suivante :

« [...] Recommandation : sur la base des RM [rapports médicaux] transmis, les critères actuels du chap. 1.1 de l'annexe 1 sont respectés et mon préavis serait positif, actuellement. Cependant l'assurée a été opérée avant le 01.07.21 et j'ignore si une PEC [prise en charge] est possible rétroactivement. Comme je l'ai déjà écrit [t] cette question n'est pas médicale mais juridique/asséculoologique et je ne suis pas compétent pour y répondre ».

Par décision du 18 octobre 2024, C._____ a confirmé ne pas pouvoir prendre en charge, au titre de l'assurance obligatoire des soins, la fibro-lipoaspiration réalisée au CHUV le 20 avril 2021.

Le 31 octobre 2024, l'assurée, représentée par Me Mouter, a formé opposition à l'encontre de la décision précitée.

Par décision sur opposition du 11 février 2025, C._____ a rejeté l'opposition formée par l'assurée, au motif que le refus de prise en charge de l'intervention reposait sur les dispositions en vigueur au moment de sa réalisation, les modifications de l'OPAS, entrées en vigueur au 1^{er} juillet 2021, ne s'appliquant pas rétroactivement. Or lorsque l'intervention avait été réalisée, les critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité n'étaient pas remplis.

B. a) Par acte du 27 février 2025, B._____, sous la plume de sa mandataire, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision sur opposition précitée, concluant à l'annulation de la décision entreprise et à la condamnation de C._____ à prendre en charge l'intégralité des frais médicaux et hospitaliers inhérents à l'intervention chirurgicale subie le 20 avril 2021 au CHUV, soit lui rembourser la somme de 11'500 fr., plus intérêts à 5 % dès la date de paiement. Pour l'essentiel, elle a fait valoir que, s'agissant des critères de l'efficacité et de l'adéquation, le raisonnement de C._____ était contraire à l'arrêt 9C_41/2022 du 8 septembre 2022 rendu par le Tribunal fédéral. Elle

a en outre relevé que l'intimée avait renoncé, sans motivation, à examiner si le traitement satisfaisait à la condition d'économicité.

A l'appui de son recours, elle a produit – entre autres pièces – les documents suivants :

- un rapport du 13 mai 2020 des Drs G._____ et T._____, médecin assistante au service d'angiologie du CHUV, lesquelles posaient le diagnostic de lipœdème de type IV et de stade III aux membres inférieurs et de stade I et II aux membres supérieurs, tout en précisant que les mesures conservatrices (drainages lymphatiques manuels, compressions élastiques, alimentation saine et activité physique régulière) n'avaient pas permis l'amendement des symptômes ;
- un rapport du 30 juillet 2020 du Dr M._____, médecin praticien, lequel relevait que la recourante souffrait de douleurs importantes liées au lipœdème. L'évolution était défavorable depuis fin 2019, avec une augmentation progressive des douleurs et un impact sur sa capacité de travail ;
- un rapport du 6 août 2020 d'I._____, réflexologue et lymphothérapeute, laquelle indiquait suivre l'assurée depuis février 2019 pour un traitement conservateur lié à son lipœdème. L'intéressée avait effectué trente-six drainages lymphatiques manuels et des bandages. Toutefois, les douleurs présentes dans les jambes s'étaient aggravées et ne lui permettaient plus de mener une vie normale. Les drainages réalisés avaient peu d'effet sur le long terme, tout comme la pressothérapie qu'elle effectuait à domicile ;
- un rapport du 19 janvier 2021 du Dr J._____, lequel relevait que l'examen angiologique confirmait la présence d'un lipœdème de type IV de stade III relativement stable par rapport au dernier contrôle de mai 2020 en termes de volumes et circonférences des extrémités mais en nette aggravation concernant les symptômes associés. Les mesures conservatrices n'avaient pas permis l'amendement des symptômes. L'assurée poursuivait un traitement antalgique par Tramadol mais qui ne la soulageait que partiellement ;

- une facture du 3 juillet 2021 du CHUV relative à l'intervention subie le 20 avril 2021 et au séjour hospitalier jusqu'au 27 avril 2021, faisant état d'un montant total de 11'500 francs.

b) Le 27 mars 2025, la Juge instructrice a mis B._____ au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 27 février 2025 en ce sens qu'elle lui a accordé l'exonération d'avances et de frais judiciaires ainsi que l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Marie Mouter.

c) Dans sa réponse du 15 avril 2025, C._____ a conclu au rejet du recours. En substance, elle a réitéré que le refus de prise en charge de l'intervention chirurgicale subie le 20 avril 2021 reposait sur les dispositions en vigueur au moment de sa réalisation. En avril 2021, les critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité n'étaient pas remplis et il ne s'agissait pas d'une prestation à charge de l'assurance obligatoire des soins, les modifications de l'OPAS, entrées en vigueur le 1^{er} juillet 2021, ne s'appliquant pas rétroactivement.

d) Répliquant le 27 mai 2025, B._____ a exposé que l'intimée n'avait pas produit le moindre avis médical pour motiver sa position. En particulier, elle ne s'était pas déterminée sur la littérature médicale citée par ses médecins.

e) Par duplique du 24 juin 2025, C._____ a persisté dans ses précédents motifs et conclusions.

f) Le 12 janvier 2026, le conseil de la recourante a produit sa liste des opérations.

En droit :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-maladie, sous réserve de dérogations expresses (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 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; BLV 173.36]) et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

c) Au vu de la valeur litigieuse du cas d'espèce, inférieure à 30'000 fr., un membre de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétent pour statuer en qualité de juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. Le litige porte sur la prise en charge, au titre de l'assurance obligatoire des soins, des frais de traitement et de séjour hospitalier relatifs à l'intervention médicale subie par la recourante au CHUV le 20 avril 2021.

3. a) D'après l'art. 24 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations définies aux art. 25 à 31, en tenant compte des conditions des art. 32 à 34. L'art. 25 al. 1 LAMal dispose que sont pris en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie ou ses séquelles. Selon l'art. 25 al. 2 let. a ch. 1 et let. e LAMal, ces prestations comprennent notamment les examens et les traitements dispensés sous forme ambulatoire, en milieu hospitalier ou dans un établissement médico-social par des médecins ainsi que le séjour à l'hôpital correspondant au standard de la division commune.

Les conditions du droit à la prise en charge relèvent donc notamment de la notion de maladie. A cet égard, selon l'art. 3 al. 1 LPGA, 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.

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. 4.1 ; 133 V 115 consid. 3 ; 131 V 271 consid. 3.1 ; 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).

La question de l'efficacité économique ne se pose en principe pas lorsqu'il n'existe qu'une seule possibilité de traitement ou aucune alternative thérapeutique, puisque l'exigence ancrée à l'art. 32, al. 1 LAMal, concerne le choix entre plusieurs alternatives de traitement appropriées (ATF 145 V 116 consid. 3.2.3 et les références citées).

b) Aux termes de l'art. 33 al. 1 LAMal, le Conseil fédéral peut désigner les prestations fournies par un médecin ou un chiropraticien, dont les coûts ne sont pas pris en charge par l'assurance obligatoire des soins ou le sont à certaines conditions. Cette disposition se fonde sur la présomption que médecins et chiropraticiens appliquent des traitements et mesures qui répondent aux conditions posées par l'art. 32 al. 1 LAMal. 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. Le Département fédéral de l'intérieur (DFI), auquel le Conseil fédéral a délégué à son tour les compétences susmentionnées (art. 33 al. 5 LAMal en relation avec l'art. 33 let. a et c OAMal [ordonnance fédérale du 27 juin 1995 ; RS 832.102]), a

promulgué 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). Conformément à l'art. 1 OPAS, l'annexe 1 à cette ordonnance énumère les prestations visées par l'art. 33 let. a et c OAMal – dispositions reprenant textuellement les règles posées aux al. 1 et 3 de l'art. 33 LAMal – dont l'efficacité, l'adéquation ou le caractère économique ont été examinés par la Commission fédérale des prestations générales et des principes et dont les coûts sont pris en charge, avec ou sans condition, ou ne sont pas pris en charge. Cette annexe ne contient pas une énumération exhaustive des prestations (cf. remarques préliminaires à l'annexe 1 de l'OPAS). En effet, d'innombrables traitements médicaux, moyens et appareils ne figurent pas dans les listes, soit parce qu'ils bénéficient de la présomption susmentionnée (selon laquelle ils répondent aux conditions posées par l'art. 32 al. 1 LAMal), soit parce que les commissions d'experts ne les ont pas (ou pas encore) évalués, faute de temps ou de moyens. Dès lors, il ne suffit pas qu'une caisse-maladie soutienne qu'un traitement est nouveau ou controversé et pas encore reconnu pour qu'elle soit affranchie de son obligation de fournir des prestations. Il lui incombe au contraire, en tant qu'organe d'exécution de l'assurance-maladie obligatoire, de vérifier l'efficacité, l'adéquation et le caractère économique du traitement en question ou d'établir qu'il est controversé (ATF 129 V 167 consid. 4).

c) 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).

4. a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), 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 citées). 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).

5. En premier lieu, il convient de relever que lorsqu'il est question du refus de prise en charge d'une liposuction en présence d'un lipœdème, et que l'aspect esthétique n'est pas au premier plan, il y a lieu de se référer aux principes dégagés par la jurisprudence en lien avec la correction d'une hypertrophie mammaire, pour déterminer si l'atteinte constitue une maladie (TF 9C_508/2020 du 19 novembre 2020 consid. 3.2 ; 9C_890/2015 du 14 avril 2016 consid. 3.3). Selon ces principes, tel est le cas si l'affection entraîne des troubles physiques ou psychiques qui ont valeur de maladie et si le but de l'intervention est de remédier à ces circonstances pathologiques. Ce qui est déterminant, ce n'est donc pas l'existence d'un tableau clinique déterminé, mais que les troubles soient importants et qu'ils éludent suffisamment d'autres motifs, avant tout esthétiques. Ainsi, il suffit que les troubles et leur lien de causalité soient établis au degré de preuve de la vraisemblance prépondérante (ATF 121 V 211 consid. 4 et 6b et les références citées). Au cas particulier, tous les avis médicaux figurant au dossier attestent la présence d'une maladie sous la forme d'un lipœdème de type IV aux membres inférieurs et supérieurs depuis l'adolescence et s'étant péjoré aux membres inférieurs après la ménopause, induisant des douleurs quotidiennes importantes et diminuant fortement la qualité de vie de la recourante. Partant, aucun élément au dossier ne permet de douter que les douleurs ressenties par l'intéressée résultent du lipœdème dont elle souffre, de sorte que le caractère de maladie doit être reconnu, ce qui n'est au demeurant pas contesté par l'intimée. Se pose dès lors seulement la question de savoir si l'intervention du 20 avril 2021 était une prestation efficace, appropriée et économique au sens de l'art. 32 LAMal.

6. a) En l'espèce, l'intimée a refusé de prendre en charge l'opération litigieuse au motif que les critères d'efficacité, du caractère approprié et économique n'étaient pas remplis. Elle s'est notamment fondée sur l'avis du Dr E. _____, lequel a indiqué qu'il n'y avait pas d'étude probante relative au traitement du lipœdème par liposuction, se référant à l'arrêt 9C_508/2020 rendu par le Tribunal fédéral le 19 novembre 2020. En

outre, elle a souligné que l'intervention chirurgicale avait eu lieu avant l'entrée en vigueur de la modification de l'OPAS au 1^{er} juillet 2021, excluant de ce fait son application.

Pour sa part, la recourante se prévaut des divers rapports de ses médecins traitants. En particulier, elle a relevé que l'intimée n'avait pas produit le moindre avis scientifique permettant d'étayer ses propos et n'avait pas pris position sur la littérature médicale citée par ses médecins. En outre, le raisonnement de l'intimée était contraire à l'arrêt 9C_41/2022 rendu le 8 septembre 2022 par le Tribunal fédéral, dans la mesure où, s'agissant des critères de l'efficacité et de l'adéquation, l'inscription de la liposuction pour le traitement des douleurs du lipœdème, à titre provisoire, n'aurait pas eu lieu si l'inefficacité ou le caractère inapproprié avaient déjà été établis en 2019 selon l'état des connaissances déterminant à cette date.

b) Il convient de constater que la liposuction pour le traitement des douleurs en cas de lipœdème figure effectivement depuis le 1^{er} juillet 2021 dans l'annexe 1 de l'OPAS (ch. 1.1), cette mesure étant en cours d'évaluation jusqu'au 31 décembre 2025. Néanmoins, comme l'a relevé l'intimée, la cause doit être tranchée à l'aune de la réglementation en vigueur lors de la survenance des faits juridiquement déterminants (ATF 148 V 21 consid. 5.3 ; 146 V 364 consid. 7.1 et les références citées), qui sont en l'occurrence antérieurs au 1^{er} juillet 2021 puisque la première demande de prise en charge pour l'intervention de fibro-lipoaspiration a été formulée par les médecins de la recourante le 19 janvier 2021 et que l'opération a eu lieu le 20 avril 2021. C'est donc à juste titre que l'intimée n'a pas appliqué les modifications de l'OPAS, entrées en vigueur au 1^{er} juillet 2021, de manière rétroactive au cas d'espèce. On relèvera toutefois que le fait que l'annexe 1 de l'OPAS ne mentionnait pas l'opération litigieuse au moment déterminant demeure sans conséquence. En effet, cette annexe ne constitue pas une liste exhaustive des prestations médicales obligatoires ou non obligatoires (cf. consid. 3b *supra*), de sorte que l'intimée ne saurait tirer aucun argument de l'absence de mention de la liposuction pour traiter le lipœdème dans ce document à la date déterminante (TF 9C_890/2015 du 14 avril 2016 consid. 3.2). Bien au

contraire, lorsqu'il s'agit de prestations fournies par un médecin (ou un chiropraticien) qui n'ont pas été soumises à l'examen de la commission compétente, il y a lieu d'appliquer la présomption légale selon laquelle le traitement satisfait aux exigences de la loi quant à son efficacité, son caractère approprié et économique (cf. TF 9C_41/2022 du 8 septembre 2020 consid. 5.1).

c) Demeure ainsi litigieuse la question de l'efficacité et du caractère approprié et économique de l'intervention de fibro-lipoaspiration pratiquée le 20 avril 2021.

aa) Dans une affaire similaire, le Tribunal fédéral a retenu, s'agissant d'une liposuction pratiquée en cas de lipoedème, que la preuve de l'efficacité et du caractère approprié ne pouvait être apportée, dès lors qu'il fallait partir du principe qu'une inscription en tant que prestation obligatoire à l'annexe 1 de l'OPAS au 1^{er} juillet 2021 n'aurait pas eu lieu si l'inefficacité ou le caractère inapproprié avaient déjà été établis selon l'état des connaissances déterminant pour l'appréciation du cas en 2019 (TF 9C_41/2022 du 8 septembre 2022 consid. 5.3). Le Tribunal fédéral a en outre renvoyé au commentaire de l'Office fédéral de la santé publique (ci-après : l'OFSP) relatif aux modifications correspondantes de l'annexe 1 de l'OPAS du 8 juin 2021, entrées en vigueur le 1^{er} juillet 2021, selon lequel la raison de l'inscription temporaire résidait dans une étude multicentrique alors en cours en Allemagne, laquelle devait, selon l'OFSP, fournir à moyen terme des éléments de preuve quant à l'efficacité et au caractère approprié de la liposuction et apporter la clarté nécessaire. Dans ces circonstances particulières, il existait, pour l'année 2019, une situation d'absence de preuve s'agissant des conditions d'efficacité et d'adéquation de la liposuction pratiquée en cas de lipoedème, ce qui profitait à l'assurée.

Il n'en va pas différemment en l'espèce. La première demande de prise en charge a été formulée le 19 janvier 2021 et l'intervention s'est déroulée le 20 avril 2021. L'appréciation de l'efficacité et du caractère approprié devait ainsi se fonder, comme déjà exposé, sur l'état des connaissances en 2021 et, partant, sur le droit applicable jusqu'au 30 juin

2021 (cf. consid. 6b *supra*). Les considérations du Tribunal fédéral relatives à l'état des connaissances concernant l'efficacité et le caractère approprié de la liposuction en 2019 valent également pour l'année 2021. Partant, par identité de motifs avec ceux prévalant dans l'arrêt du Tribunal fédéral précité, il convient de retenir que les critères d'efficacité et du caractère approprié sont remplis.

bb) Reste encore à examiner le critère de l'économicité du traitement.

aaa) Il ressort du manuel de la Société suisse des médecins-conseils et médecins d'assurances (ci-après : SSMC ; « *Manual Angiologie - Lipödem* », janvier 2018 ; www.vertrauensaerzte.ch/manual/4/angiologie/lipoedem/ [uniquement dans la version en langue allemande du site]) que le traitement conservateur repose principalement sur la thérapie décongestive combinée, ou thérapie décongestive complexe (ci-après : TDC), comprenant le drainage lymphatique manuel, le bandage compressif, le port de bas de compression en tricot plat avec couture, une activité physique adaptée, les soins cutanés et l'éducation du patient. Une phase de décongestion et une phase de maintien sont distinguées. Il est également précisé que la modification de l'alimentation et l'activité physique réduisent le surpoids, mais n'éliminent pas l'augmentation disproportionnée du tissu adipeux propre au lipœdème ; une normalisation du poids reste néanmoins judicieuse. Il n'existe pas de régime spécifique du lipœdème. Un traitement diurétique n'est pas indiqué et peut même aggraver la formation d'œdèmes. Le traitement chirurgical consiste en une liposuction sous anesthésie locale tumescence (« *wet technique* ») à l'aide de micro-canules mousses, éventuellement assistée par des procédés complémentaires (vibration ou jet d'eau). L'indication à la liposuction doit être discutée en cas de persistance de symptômes ayant une incidence sur la vie quotidienne malgré une thérapie conservatrice menée de manière intensive pendant au moins six mois, ou en cas de forte progression du volume de graisse sous-cutanée.

bbb) Les lignes directrices précitées renvoient également à celles du groupe de travail des sociétés médicales scientifiques d'Allemagne (ci-après : AWMF ; « *S1-Leitlinie Lipödem* », état octobre 2015, valable jusqu'au 30 juin 2020 ; www.awmf.org/service/awmf-aktuell/lipoedem), lesquelles précisent, au chapitre 8.1, ce qui suit concernant le traitement conservateur par TDC : celui-ci se subdivise en une phase initiale de décongestion et une phase de maintien ultérieure. La thérapie de compression devrait être réalisée au moyen de bandages durant la phase de décongestion, et de bas de compression durant la phase de maintien. Dans la majorité des cas, une confection sur mesure de bas tricotés à plat est nécessaire en raison de la morphologie des membres et de la qualité des tissus. Les matériaux tricotés circulaires ne conviennent qu'aux formes légères de lipœdème. La TDC doit être appliquée de manière intensive. L'intensité et la fréquence des mesures dépendent du caractère aigu, de la gravité et de la durée des symptômes, notamment de la douleur et du degré d'œdématisation. En l'absence de succès du traitement ambulatoire, un traitement stationnaire est recommandé. La réduction de l'œdème doit être documentée par des méthodes de mesure objectives (p. ex. volumétrie, mesures de circonférence). La diminution du volume des membres par des mesures conservatrices est toutefois limitée ; la TDC ne permet pas de réduire l'accumulation anormale de graisse sous la peau ni de corriger la disproportion. Concernant la liposuction, le chapitre 8.2 indique qu'elle est utilisée pour réduire durablement les volumes de tissu adipeux sous-cutané au niveau des jambes et des bras, et qu'elle est indiquée en particulier lorsque, malgré une thérapie conservatrice intensive, des symptômes persistent ou qu'une progression de ceux-ci (volume de graisse sous-cutanée, douleurs, œdèmes) est observée.

ccc) Au vu des lignes directrices précitées, il peut être retenu que, selon l'état des connaissances au moment où la demande de prise en charge a été effectuée (cf. courrier du 19 janvier 2021) et l'intervention litigieuse réalisée (20 avril 2021), une thérapie conservatrice sous la forme d'une TDC intensive constituait en principe un traitement efficace et approprié du lipœdème, sans toutefois permettre de réduire l'accumulation anormale de graisse sous la peau ni de corriger la disproportion. Le manuel

de la SSMC a précisé que la thérapie conservatrice devait être menée de manière intensive pendant au moins six mois avant de discuter l'indication d'une liposuction en cas de persistance de symptômes affectant la vie quotidienne, ou en cas de forte progression du volume de graisse sous-cutanée.

Dans le cas d'espèce, il ressort des pièces médicales versées au dossier que la recourante a bénéficié, sur une période prolongée, d'une prise en charge conservatrice complète, conforme aux recommandations médicales précitées, laquelle s'est toutefois révélée insuffisante pour contenir l'évolution symptomatique de son lipœdème. Il est en effet établi que, dès février 2019, la recourante a entrepris un traitement régulier de drainage lymphatique manuel à raison de deux séances par mois, complété par l'utilisation d'un appareil de pressothérapie à domicile. Depuis fin 2019, un bas de compression adaptée (tricoté à plat sur mesure) a été mis en place, associé à des bas nocturnes, qu'elle ne supportait toutefois que partiellement. La recourante pratiquait une activité physique régulière et avait également stabilisé son poids (cf. courrier du 19 janvier 2021 des Drs G._____ et J._____ et rapport du 19 janvier 2021 du Dr J._____). En outre, ces mesures ont été poursuivies sur une durée excédant largement six mois. Malgré cette prise en charge, plusieurs rapports médicaux font état d'une aggravation progressive et significative de la symptomatologie. Ainsi, dans leur rapport du 13 mai 2020, les Drs G._____ et T._____ ont constaté que les mesures conservatrices mises en œuvre - comprenant les drainages lymphatiques manuels, la compression élastique, une alimentation saine et une activité physique régulière - n'avaient pas permis d'obtenir une amélioration des symptômes. De même, le Dr M._____, dans son rapport du 30 juillet 2020, a relevé une évolution défavorable depuis la fin de l'année 2019, marquée par une augmentation progressive des douleurs et un impact notable sur la capacité de travail de la recourante. Cette aggravation est également confirmée par le rapport du 6 août 2020 de I._____, laquelle a indiqué suivre l'assurée depuis février 2019 et avoir réalisé trente-six séances de drainage lymphatique manuel ainsi que des bandages, tout en constatant que les douleurs aux membres inférieurs s'étaient accentuées au point d'empêcher l'intéressée de mener une vie

normale. Elle a en outre précisé que tant les drainages que la pressothérapie n'avaient qu'un effet limité sur le long terme. Enfin, dans son rapport du 19 janvier 2021, le Dr J._____ a confirmé, à l'examen angiologique, la persistance d'un lipœdème de type IV, stade III, relativement stable du point de vue volumétrique, mais en nette aggravation s'agissant des symptômes associés. Il a relevé que les mesures conservatrices n'avaient pas permis d'amender la symptomatologie douloureuse et que l'assurée avait dû recourir à un traitement antalgique par Tramadol, lequel ne procurait qu'un soulagement partiel. Pour le surplus, dans son appréciation du 12 septembre 2024, le Dr K._____ a expressément indiqué que, sur la base des rapports médicaux versés au dossier, les critères du chiffre 1.1 de l'annexe 1 OPAS, dans sa teneur au 1^{er} juillet 2021, étaient remplis, en particulier s'agissant de l'échec d'un traitement conservateur intensif et documenté conduit sur une durée minimale de douze mois. Il a ainsi émis un préavis positif, précisant toutefois que la question d'une prise en charge rétroactive relevait d'une appréciation juridique. Bien que cette modification de l'OPAS ne soit pas applicable au cas d'espèce (cf. consid. 6b *supra*), l'avis du Dr K._____ permet de confirmer le constat selon lequel, déjà au moment de l'intervention en avril 2021, les alternatives thérapeutiques avaient été épuisées. Il convient ainsi de constater qu'un traitement conservateur a été introduit, mais également poursuivi de manière régulière et documenté, sans toutefois permettre de diminuer les douleurs ni d'éviter une détérioration de la qualité de vie de la recourante. Il faut donc admettre, à un degré de vraisemblance prépondérante, que l'intervention litigieuse constituait la seule alternative encore à disposition de la recourante pour traiter ses douleurs.

Il y a encore lieu d'examiner s'il existe une disproportion flagrante entre les coûts de l'intervention pratiquée le 20 avril 2021 et les effets bénéfiques qui pouvaient être attendus de celle-ci (ATF 145 V 116 consid. 3.2.3 et consid. 5.1 et les références citées). Force est de constater que l'intervention subie par la recourante, dont les frais s'élèvent à 11'500 fr., n'apparaît aucunement disproportionnée au regard des bénéfices escomptés. Il ressort en effet des rapports médicaux que l'objectif de

l'intervention n'était pas uniquement un soulagement ponctuel, mais bien une diminution significative et durable de la symptomatologie douloureuse, une amélioration de la qualité de vie, ainsi qu'un ralentissement de l'évolution du lipoedème vers un lipo-lymphoedème (cf. courrier du 19 janvier 2021 des Drs G._____ et J._____). En outre, il convient de relever que l'évolution post-opératoire confirme les bénéfices attendus de l'intervention. Par courrier du 20 juillet 2022, la Dre G._____ a indiqué que la fibro-lipoaspiration avait permis à la recourante de reprendre une activité professionnelle et de retrouver une meilleure qualité de vie. Il n'apparaît donc pas que la fibro-lipoaspiration pratiquée le 20 avril 2021 a entraîné une disproportion flagrante entre ses coûts et les bénéfices thérapeutiques attendus et effectivement obtenus.

ddd) Par conséquent, c'est également à tort que l'intimée a exclu le caractère économique du traitement par fibro-lipoaspiration.

7. a) Au vu de ce qui précède, il y a lieu d'admettre le recours et de réformer la décision sur opposition litigieuse en ce sens que l'intimée doit prendre en charge les coûts relatifs à l'intervention de fibro-lipoaspiration du 20 avril 2021 à titre d'assurance obligatoire des soins.

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

c) La recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire, a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA). Après examen de la liste des opérations déposée le 12 janvier 2026 par Me Marie Mouter, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité à 2'000 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 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. La liste des opérations précitée ne peut en effet être intégralement suivie, dans la mesure où elle comprend des opérations antérieures au 27 février 2025, date à laquelle l'assistance judiciaire a pris effet (cf. décision du 27 mars 2025). Ce faisant, il n'y a pas lieu 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,
la juge unique
prononce :**

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision sur opposition rendue le 11 février 2025 par C._____ SA est réformée, en ce sens qu'elle doit prendre en charge les frais liés à l'intervention de fibro-lipoaspiration du 20 avril 2021 à titre d'assurance obligatoire des soins.

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

- IV.** C._____ SA versera à B._____ la somme de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

La juge unique :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- Me Marie Mouter (pour B. _____),
- C. _____ 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 :