Urteilskopf

121 V 119

20. Arrêt du 10 mai 1995 dans la cause H. contre La Caisse Vaudoise, Assurance en cas de maladie et d'accidents et Tribunal des assurances du canton de Vaud
Regeste (de):
Art. 3 Abs. 5 und 12 Abs. 2 KUVG, Art. 21 Abs. 1 Vo III KUVG: Einsetzen einer Hodenprothese.

- Das Einsetzen einer Hodenprothese nach chirurgischer Hodenentfernung zufolge einer Krebskrankheit stellt eine Pflichtleistung der Krankenkasse dar.

- Die Krankenkasse kann ihre Leistungen aus der Spitalzusatzversicherung für den Aufenthalt in der privaten Abteilung nicht mit der Begründung verweigern, dass das Reglement für diese Zusatzversicherung Leistungen für kosmetische Eingriffe verweigert.

Regeste (fr):
Art. 3 al. 5 et 12 al. 2 LAMA, art. 21 al. 1 Ord. III: pose d'une prothèse testiculaire.

- Constitue une prestation obligatoire à la charge des caisses-maladie la pose d'une prothèse testiculaire, par suite d'une ablation chirurgicale due à la présence d'une tumeur cancéreuse.

- Pour cette opération, la caisse ne peut pas refuser les prestations d'une assurance complémentaire en cas d'hospitalisation en division privée au motif que le règlement relatif à cette assurance exclut la prise en charge de traitements à caractère esthétique.

Regesto (it):
Art. 3 cpv. 5 e 12 cpv. 2 LAMI, art. 21 cpv. 1 O III: innesto di una protesi testicolare.

- L'innesto di una protesi testicolare in seguito ad ablazione chirurgica dovuta alla presenza di un tumore maligno costituisce una prestazione obbligatoria delle casse malati.

- Per questa operazione la cassa non può rifiutare le prestazioni di un'assicurazione complementare in caso di spedalizzazione in reparto privato per il motivo che il relativo regolamento esclude l'assunzione di trattamenti di carattere estetico.

Sachverhalt ab Seite 119

BGE 121 V 119 S. 119

A.- H., né en 1964, est assuré contre la maladie auprès de la Caisse Vaudoise, Assurance en cas de maladie et d'accidents (ci-après: la caisse),

notamment pour l'assurance de base des soins médicaux et pharmaceutiques et pour une assurance complémentaire combinée d'hospitalisation en division privée. Souffrant d'un séminome (tumeur maligne des glandes génitales), il a subi une hémi-castration élargie le 18 février 1992. Les frais nécessités par cette opération ont été pris en charge par la caisse. Dès le 28 mai 1993, l'assuré a été hospitalisé, et il a été opéré par B., qui a mis en place une prothèse testiculaire droite. Les frais de cette intervention se sont élevés, au total, à 5'419 fr. 85. Par décision du 8 octobre 1993, la caisse a refusé de rembourser à l'assuré ces frais, au motif que le traitement en question relevait de la chirurgie esthétique et, par conséquent, qu'il ne pouvait pas être pris en charge par les caisses-maladie au titre des prestations obligatoires.

B.- H. a déposé un recours contre cette décision, que le Tribunal des assurances du canton de Vaud a rejeté par jugement du 15 mars 1994. Le tribunal a considéré que la seconde opération subie par l'assuré avait pour but de pallier un pur préjudice esthétique. Il incombe certes aux caisses-maladie de prendre en charge les corrections d'un préjudice esthétique consécutif à une maladie, mais à la condition que ce préjudice affecte des parties du corps visibles et particulièrement sensibles sur le plan esthétique. A cet égard, il n'y a pas de comparaison possible avec la reconstruction d'un sein - élément essentiel de la silhouette féminine - consécutive à une amputation mammaire et qui, pour sa part, est une mesure obligatoirement à la charge des caisses-maladie.

C.- H. interjette un recours de droit administratif contre ce jugement en concluant au paiement par la caisse des frais de traitement litigieux. La caisse conclut au rejet du recours.

Erwägungen

Considérant en droit:

1. En vertu de l'art. 12 al. 2 LAMA, les prestations à la charge des caisses-maladie, au titre de l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques, sont dues en cas de traitement médical. Par traitement médical, il faut entendre, notamment, les soins donnés par un médecin. Ceux-ci comprennent, selon l'art. 21 al. 1 Ord. III, toute mesure diagnostique ou thérapeutique, reconnue scientifiquement, qui est appliquée par un médecin. Ces mesures doivent être appropriées à leur but et économiques. Au sujet des traitements chirurgicaux, le Tribunal fédéral des

assurances, dans une jurisprudence qui n'a jamais été démentie (ATF 102 V 71 consid. 3), a jugé qu'une opération servait non seulement à la guérison proprement dite de la maladie ou des suites immédiates d'un accident, mais aussi à l'élimination d'autres atteintes, secondaires, dues à la maladie ou à un accident, notamment en permettant de corriger des altérations externes de certaines parties du corps - en particulier le visage - visibles et spécialement sensibles sur le plan esthétique; aussi longtemps que subsiste une imperfection de ce genre due à la maladie ou à un accident, ayant une certaine ampleur et à laquelle une opération de chirurgie esthétique peut remédier, l'assurance doit prendre en charge cette intervention, à condition qu'elle eût à répondre également des suites immédiates de l'accident ou de la maladie et pour autant que fussent respectées les limites usuelles ainsi que le caractère économique du traitement.

2. Le Tribunal fédéral des assurances n'a pas encore eu l'occasion de se prononcer sur l'obligation des caisses-

maladie de prendre en charge les frais de mise en place d'une prothèse testiculaire, par suite d'une ablation chirurgicale due à la présence d'une tumeur cancéreuse. Dans une affaire déjà ancienne (arrêt non publié H. du 11 mai 1983), il a simplement relevé, en obiter dictum, qu'une telle obligation était discutable. Il n'a pas eu à trancher la question dans cette affaire, qui concernait une opération de reconstruction mammaire (à cette époque il ne s'agissait pas encore d'une prestation obligatoire) et où l'assurée tentait vainement d'établir un parallèle avec l'implantation d'une prothèse testiculaire. En revanche, revenant sur sa jurisprudence antérieure, relative à l'opération de changement de sexe, le Tribunal fédéral des assurances a récemment jugé que les caisses-maladie, une fois établie la nécessité d'un traitement, doivent prendre en charge, à titre de prestations obligatoires, non seulement les frais médicaux relatifs à l'ablation des organes génitaux existants (ATF 114 V 153 et 162), mais également les actes de chirurgie plastique et reconstructive tendant à pourvoir l'assuré(e) d'organes génitaux du sexe opposé. Il en va de même des interventions complémentaires destinées à modifier les caractères sexuels secondaires (notamment l'adamectomie et la dermabrasion), s'il existe une indication médicale clairement posée et si le principe de l'économie du traitement est respecté (ATF 120 V 463). En matière d'implantation de prothèses mammaires, la jurisprudence a également évolué. Dans le passé, elle considérait que l'implantation d'une

prothèse mammaire, à la suite de l'ablation d'un sein, avait pour but de supprimer un préjudice esthétique et que ce but pouvait aussi être atteint avec une prothèse mammaire démontable, laquelle était sensiblement moins coûteuse que l'opération de plastique mammaire reconstructive; l'implantation de seins artificiels ne satisfaisait donc pas à l'exigence du caractère économique du traitement, au sens de l'art. 23 LAMA (ATF 104 V 96 consid. 1; RJAM 1980 no 429 p. 257 consid. 2). Dans l'arrêt ATF 111 V 229, le tribunal a modifié cette jurisprudence, en ce sens que la reconstruction de seins par voie chirurgicale, après amputation, représente désormais une mesure thérapeutique propre à rétablir le mieux possible l'intégrité physique de l'assurée et, par conséquent, une mesure obligatoirement à la charge des caisses-maladie. Cette mesure est maintenant mentionnée comme prestation obligatoire sous ch. 1.1 de l'annexe à l'ordonnance 9 du Département fédéral de l'intérieur, du 18 décembre 1990, concernant certaines mesures diagnostiques ou thérapeutiques à la charge des caisses-maladie reconnues (pour la dernière version de l'ordonnance: RO 1994 I 743). Enfin, dans le cas d'un syndrome adréno-génital (ou pseudo-hermaphrodisme), nécessitant également une opération de changement de sexe, le Tribunal fédéral des assurances a jugé que la totalité des frais de l'intervention chirurgicale, comportant une mastectomie, une hystérectomie et la plastie d'organes génitaux masculins, faisait partie des prestations obligatoires (RAMA 1985 no K 630 p. 147).

3. a) L'implantation d'une prothèse testiculaire par suite d'une ablation chirurgicale a pour but, indiscutablement, de remédier aux conséquences immédiates d'une maladie. Certes, la mesure ne vise pas à corriger une altération d'une partie du corps visible et particulièrement sensible sur le plan esthétique. Mais il faut admettre que la jurisprudence susmentionnée (consid. 1) vaut aussi en présence d'une opération visant à rétablir l'apparence d'un organe caractéristique de l'appartenance à un sexe. S'agissant d'une altération qui touche les caractères sexuels primaires d'une personne - et donc le sentiment profond de l'identité personnelle - cette jurisprudence s'impose en tout cas avec la même force qu'en présence d'une imperfection esthétique du corps, même visible. On ne voit pas de motif sérieux qui justifierait une distinction, sous l'angle du droit aux prestations, avec l'opération de plastique mammaire reconstructive ou la reconstruction d'organes génitaux en cas de transsexualisme.

b) A l'appui de son refus, la caisse invoque la jurisprudence relative à l'opération de réduction des seins. Selon cette jurisprudence (voir en particulier RAMA 1994 no K 931 p. 55), une telle réduction est une prestation obligatoirement à la charge des caisses-maladie si l'hypertrophie mammaire est à l'origine de troubles ayant eux-mêmes valeur de maladie. La jurisprudence considère toutefois, dans ce cadre, qu'une simple "gêne psychologique" ne constitue pas, comme telle, une véritable atteinte à la santé ayant valeur de maladie (à la différence, par exemple, d'une affection dorsale liée à l'hypertrophie mammaire). Or, dit la caisse, le seul fait que le recourant affirme ressentir une gêne dans certaines circonstances (par exemple en prenant une douche dans le cadre d'activités sportives ou militaires) ne suffit pas non plus à fonder une obligation des caisses-maladie d'assumer le traitement qui permettrait de supprimer ce sentiment de gêne. La comparaison que voudrait établir la caisse n'est toutefois pas pertinente. Dans le cas d'une réduction mammaire, il ne s'agit pas d'éliminer une atteinte secondaire à la santé due à la maladie, car c'est l'hypertrophie mammaire comme telle qui est la cause de l'atteinte à la santé. Il est donc nécessaire, dans ce cas, d'adopter des critères permettant de distinguer les interventions qui relèvent de la chirurgie esthétique - dont les frais ne sont pas remboursés par les caisses-maladie - de celles qui, bien qu'ayant des effets sur le plan esthétique, sont nécessitées par des raisons de santé. Considérer, dans ce contexte, un sentiment de gêne comme une atteinte à la santé mentale ayant valeur de maladie reviendrait en fait à reconnaître un droit à des prestations de l'assurance dans tous les cas où, indépendamment de toute maladie, il existe un défaut esthétique relativement important (cf. RAMA 1994 no K 931 p. 60 consid. 3e). La situation est tout à fait différente s'agissant, comme en l'espèce, d'une intervention chirurgicale servant à éliminer une atteinte à l'intégrité corporelle qui est elle-même la conséquence d'une maladie.

4. a) A titre subsidiaire, la caisse fait valoir que même si l'opération litigieuse devait être mise à sa charge, elle ne devrait verser que les prestations dues au titre de l'assurance de base des soins médicaux et pharmaceutiques et non, en plus, les prestations de l'assurance complémentaire combinée d'hospitalisation. Elle invoque l'art. 7 des conditions générales de cette assurance, selon lequel les prestations pour l'hospitalisation en division privée ne sont pas dues en cas "de chirurgie comportant une part esthétique même partielle" (sont en outre exclus

d'autres traitements, notamment ceux en relation avec la grossesse ainsi que le traitement de la stérilité et les cures de désintoxication). Une disposition réglementaire qui exclut les prestations de l'assurance complémentaire d'hospitalisation pour certaines maladies ou traitements n'est, a priori, pas contraire à la loi et aux principes généraux (RAMA 1992 no K 904 p. 233). Il convient donc d'examiner si le traitement litigieux répond à la définition susmentionnée de l'art. 7 des conditions générales. b) Selon une jurisprudence constante, en matière d'assurance-maladie, comme dans les autres domaines des assurances sociales, les rapports entre intéressés sont régis par le principe de la bonne foi. Conformément à celui-ci, les termes utilisés dans les certificats d'assurance et les dispositions internes des caisses-maladie (statuts, règlement d'assurance, etc.) doivent être interprétés comme un assuré peut et doit les comprendre en faisant preuve de l'attention qu'on est en droit d'attendre de lui. Ce dernier ne saurait donc subir de préjudice en raison du manque de clarté ou de l'imprécision d'une clause rédigée par la caisse (ATF 119 V 152 consid. 4, ATF 118 V 51 consid. 3 et les références). Selon le sens commun, la chirurgie esthétique est définie comme la thérapeutique par laquelle on change les formes du corps, du visage, dans ce qu'elles ont de plus disgracieux (Le Grand Robert de la langue française). La mise en place d'une prothèse testiculaire est une mesure qui vise à restituer l'apparence sexuellement masculine de l'intéressé. Le but de l'intervention est dépourvu de caractère esthétique. Il ne s'agit pas de corriger ou de modifier une partie disgracieuse et bien visible du corps, mais, on l'a vu, de rétablir un élément de l'intégrité physique profondément lié au sentiment de l'identité personnelle. Que la mesure rétablisse en même temps une apparence extérieure et joue, par conséquent, un certain rôle sur le plan esthétique, n'est qu'une conséquence indirecte de l'opération, qui n'enlève pas à celle-ci son caractère thérapeutique exclusif (voir à

propos de l'implantation d'une prothèse mammaire, ATF 111 V 234 consid. 3b). La disposition statutaire invoquée n'est donc pas applicable en pareil cas.

5. Par conséquent, le jugement attaqué et la décision litigieuse doivent être annulés et la cause renvoyée à la caisse pour qu'elle fixe, par une nouvelle décision et conformément à ses dispositions internes, le montant des prestations dues à l'assuré.