RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1331/2020 **ATAS/734/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 29 juin 2021

9ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée _____, à GRAND-LANCY, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Roxane SHEYBANI	recourante

contre

CSS ASSURANCE-MALADIE SA, sise Droit & Compliance, Tribschenstrasse 21, LUCERNE	intimée

Siégeant : Eleanor McGREGOR, Présidente; Andres PEREZ et Christine TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs

EN FAIT

A. a. Monsieur B_____, né le _____ 1991 au Liban, est entré en Suisse en 2015 en qualité de réfugié. Par ordonnance du 11 octobre 2017, le Tribunal civil a constaté le changement de statut personnel de Monsieur B_____ en ce sens qu'il était de sexe féminin, dit qu'il portait le prénom de A_____ et ordonné la rectification du registre de son état civil.

b. Madame A_____ (ci-après : l'assurée) est affiliée auprès de la CSS assurance (ci-après : CSS ou assurance) depuis le 1er novembre 2015 pour l'assurance obligatoire des soins.

B. a. Le 6 juillet 2016, C_____SA, courtier en assurance, a fait parvenir à l'assurance, au nom de l'assurée, une demande de prise en charge concernant l'intéressée. Était joint à la demande un courrier du 4 juillet 2016 de la doctoresse D_____, spécialiste FMH en médecine interne. Il y était mentionné que l'assurée avait demandé l'asile en Suisse en raison de troubles de l'identité sexuelle de type transsexualisme. Elle avait été persécutée au Liban, où elle avait vécu toute sa vie, en raison de son trouble. Elle avait exprimé son ressenti d'avoir une identité de genre féminine de façon persistante, ainsi que son désir de vivre et d'être acceptée en tant que femme. Elle s'habillait et vivait en femme depuis 2006 et prenait des hormones féminisantes depuis 2014. Dès son arrivée en Suisse, elle avait été suivie par la consultation spécialisée de sexologie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) où le diagnostic de transsexualisme avait pu être confirmé. Elle consultait également un endocrinologue. Lors d'une consultation de chirurgie reconstructive aux HUG, elle avait fait part de son désir d'un changement d'homme en femme. Plusieurs procédures étaient nécessaires afin d'obtenir cette transformation. Le docteur E_____, médecin adjoint agrégé du service de chirurgie plastique reconstructive et esthétique des HUG, proposait de faire procéder à une transplantation de cheveux afin de diminuer la calvitie masculine et une rhinoplastie ainsi que des injections de toxine botulique (ci-après : botox) au niveau des masséters afin de diminuer l'angle mandibulaire. Une augmentation mammaire était également proposée. La Dresse D_____ sollicitait ainsi l'acceptation de ces diverses interventions afin que la patiente puisse avancer dans ses démarches en vue de la transformation d'homme en femme.

b. Le 6 octobre 2016, sur demande de l'assurance, le Dr E_____ a précisé qu'il préconisait une transplantation de cheveux afin de diminuer la calvitie masculine antérieure et temporale. En ce qui concernait le nez, la patiente présentait une bosse au niveau du dorsum, qui était un signe masculin et pouvait être diminué pour rendre le visage plus féminin. Elle présentait également un angle mandibulaire carré, caractéristique typiquement masculine qu'il était possible d'estomper par injection de toxine botulinique au niveau des muscles masséteriens, qui étaient particulièrement hypertrophiés chez la patiente. Au niveau mammaire, il proposait une augmentation par mise en place de prothèses.

c. Le 5 janvier 2017, le docteur F_____, spécialiste FMH en endocrinologie, a confirmé que l'assurée présentait une dysphorie de genre avec une hormonothérapie féminisante débutée en 2014, tout d'abord par automédication puis, dès début 2016, sous le contrôle du médecin. Un bilan biologique avait été effectué en janvier 2017 et confirmait le profil hormonal féminin alors que la féminisation clinique était progressive. L'hormonothérapie était sans complications et efficace depuis une année. Le traitement anti-androgénique était maintenu et la fertilité probablement abolie.

d. Le 19 mai 2017, l'assurée a bénéficié d'une augmentation mammaire par prothèses anatomiques sous-glandulaire effectuée aux HUG (cf. compte-rendu opératoire du 31 mai 2017 et lettre de sortie du 2 juin 2017).

e. Le 27 septembre 2017, le docteur G_____, médecin-adjoint du service des spécialités psychiatriques des HUG et chef de consultation spécialisée en sexologie, et Monsieur H_____, psychologue, ont déclaré appuyer la demande de féminisation faciale de l'assurée. Malgré les traitements effectués, la patiente décrivait une dysphorie de genre liée aux traits de visage qu'elle trouvait très masculins. Elle relatait une souffrance par rapport à sa calvitie et son nez trop masculin. Cela affectait son assurance et amenait à des idées de dévalorisation et un sentiment dépressif. Elle avait la conviction qu'elle ne trouverait jamais de travail et une personne avec qui avoir une relation. Elle se focalisait également sur les dires des personnes proches d'elle qui lui renvoyaient qu'elle avait un visage masculin. De plus, la doctoresse I_____, spécialiste en ORL, confirmait la présence d'une déviation septale. Les interventions médicales proposées par le Dr E_____ lui permettraient de vivre son corps de manière plus en harmonie avec son identité de genre féminine et diminueraient sa dysphorie de genre.

f. Le 25 juillet 2018, l'assurance a accepté la prise en charge de l'intervention de septo-turbinoplastie inférieure bilatérale, soit l'ablation partielle des cornets du nez. Par décision du même jour, l'assurance a rejeté la prise en charge de la rhinosplastie, de la transplantation des cheveux au niveau frontal et de l'injection de toxine botulique. La forme du visage, la taille du nez ainsi que l'implantation des cheveux ne pouvaient être qualifiées de caractère sexuel secondaire et, de ce fait, les interventions destinées à les modifier n'étaient pas à charge de l'assurance obligatoire des soins.

L'assurée a formé opposition à cette décision le 13 septembre 2018.

g. Par transaction du 4 décembre 2018, l'assurance a accepté la prise en charge de la rhinoplastie effectuée conjointement à la turbinoplastie. Elle a retenu en substance qu'il existait un doute quant à savoir si le nez de l'assurée présentait des traits typiquement masculins auxquels la rhinoplastie devait remédier ou s'il s'agissait d'une intervention esthétique. L'indication médicale ne paraissait ainsi pas clairement posée. Or, au regard du principe de l'économicité et dans la mesure où l'intervention pouvait se faire conjointement à une septo-turbinoplastie, dont la

prise en charge avait d'ores et déjà été garantie par l'assurance, il y avait lieu d'accepter la prise en charge de l'intervention sollicitée.

h. Par décision sur opposition du 4 décembre 2018, l'assurance a rejeté l'opposition en tant qu'elle concernait les injections de toxine botulique et la greffe des cheveux. S'agissant de la greffe des cheveux, l'assurance a relevé qu'elle ne pouvait être considérée comme efficace dans la mesure où elle ne supprimait pas l'atteinte, mais la retardait. Sous cet angle, le port d'une perruque l'emportait sur une greffe de cheveux. Du point de vue économique, la greffe envisagée avait été devisée à CHF 20'000.-, montant qui serait appelé à augmenter dans le futur en raison d'une calvitie croissante. Compte tenu de son rapport coût/bénéfice, le port de la perruque était une méthode appropriée et moins onéreuse.

Par arrêt du 17 mars 2020 (ATAS/247/2020), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : CJCAS) a admis le recours formé par l'assurée le 21 janvier 2019 à l'encontre de cette décision, annulé la décision en tant qu'elle rejetait l'opposition concernant la greffe de cheveux et dit que la recourante avait droit à la prise en charge par l'assurance du coût de l'intervention de transplantation de cheveux au niveau frontal. L'assurance a interjeté recours contre cette décision par-devant le Tribunal fédéral, qui l'a rejeté par arrêt du 29 septembre 2020 (cause 9C_331/2020).

C. a. Par courrier du 27 mars 2019 adressé à l'assurance, le professeur J_____, médecin-chef au service de chirurgie maxillo-faciale et de chirurgie buccale des HUG, a sollicité la prise en charge d'un fraisage angulo-mandibulaire, associé à une résection de l'angle mandibulaire. L'assurée lui avait été adressée par le Dr E_____ à la demande de l'intéressée pour évaluation d'une possible harmonisation des angles mandibulaires. Le professeur a indiqué que l'assurée présentait un tiers inférieur du visage défini par une relativement importante largeur bi-angulaire et des angles marqués aboutissant à un visage plutôt carré et masculin. Il était prévu que cette intervention se déroule conjointement à la rhinoplastie.

b. Par courrier du 10 avril 2019, l'assurance a relevé que les conditions pour un remboursement du fraisage angulo-mandibulaire avec résection n'étaient pas remplies.

c. Le 23 avril 2019, le Prof. J_____ a demandé à l'assurance de revoir sa position. L'opération préconisée était nécessaire afin de permettre de réduire la dysphorie de genre dont souffrait l'assurée.

d. Par décision du 24 juin 2019, l'assurance a maintenu son refus de prise en charge.

L'assurée a formé opposition à cette décision le 31 juillet 2019.

e. Le 15 octobre 2019, le docteur K_____, de l'Hôpital universitaire de Zurich, a sollicité la prise en charge d'une intervention chirurgicale au niveau orbitaire pour l'assurée.

Par décision du 27 novembre 2019, confirmée sur opposition le 18 décembre 2019, l'assurance a refusé la prise en charge de cette intervention, au motif que la correction orbitaire ne pouvait être qualifiée de caractère sexuel secondaire. En l'absence de recours, cette décision est entrée en force.

f. Le 16 décembre 2019, le Dr K_____ a sollicité la prise en charge d'une vaginoplastie.

Les 6 et 7 janvier 2020, l'assurance a confirmé que cette intervention relevait de l'assurance obligatoire des soins.

g. L'assurée a été hospitalisée du 3 au 6 janvier 2020 pour « mise à l'abri d'idées suicidaires et intervention de crise suite à une tentative de phlébotomie » (cf. lettre de sortie des HUG du 29 janvier 2020). En entretien, l'assurée a affirmé qu'elle était « arrivée au bout ». D'après la lettre de sortie, le facteur principal de crise aurait été le « fait que l'intervention chirurgicale pour le nez et la mâchoire, programmée pour le 15 janvier 2020 aurait été annulée par les chirurgiens car l'assurance maladie n'aurait pas encore donné son aval pour le remboursement ». La patiente a expliqué ne « pas être du tout satisfaite de sa vie actuelle, elle détestait notamment corps » (*ibid*).

h. Par décision du 10 mars 2020, l'assurance a rejeté l'opposition formée par l'assurée le 31 juillet 2019. Les composants du visage pris individuellement ne sauraient être considérés comme un caractère sexuel secondaire. Par ailleurs, à l'examen des photographies disponibles, il ne faisait aucun doute que le visage de l'assurée était de genre féminin. L'assurance avait du reste accepté une rhinoplastie afin d'affiner son nez. Compte tenu du résultat actuel et de l'affinement du nez à venir, il ne faisait aucun doute que le visage de l'assurée était de genre féminin. En tout état, même considérée isolément, la mâchoire de l'assurée ne permettait objectivement pas une catégorisation en genre différente de celle du hasard. L'assurance a relevé, au demeurant, que la demande de prise en charge émanait du seul chirurgien appelé à opérer, sans aucun suivi.

D. a. Par acte du 8 mai 2020, l'assurée a formé recours contre la décision sur opposition du 10 mars 2020 par-devant la CJCAS, concluant, préalablement, à l'octroi de l'assistance juridique et à la production par CSS de l'intégralité du dossier et, principalement, à l'annulation de la décision du 24 juin 2019 et de la décision sur opposition du 10 mai 2020 et à la prise en charge du fraisage angulo-mandibulaire associé à une résection de l'angle mandibulaire dans le cadre de sa dysphorie de genre, sous suite de frais et dépens. Subsidiairement, elle a sollicité une expertise médicale judiciaire confiée à des spécialistes neutres et indépendants « afin qu'ils se prononcent sur le caractère d'intervention complémentaire destinée à modifier un caractère sexuel secondaire et faisant partie des prestations obligatoires à la charge de l'assurance obligatoire des soins du fraisage angulo-mandibulaire associé à une résection de l'angle mandibulaire préconisé par les médecins de [l'assurée] ». Se référant à l'ATAS/423/2018 rendu

par la chambre de céans le 22 mai 2018, l'intéressée a allégué en substance que le caractère sexuel secondaire des mandibules devait être admis. Contrairement à ce que semblait soutenir l'assurance, la dysphorie de genre n'était pas déterminée par l'appréciation de tiers de l'apparence de l'intéressée mais par une détresse clinique significative associée à la condition de cette dernière. En l'occurrence, les spécialistes ayant examiné l'assurée étaient unanimes quant à la nécessité de l'intervention visée. Les souffrances aiguës engendrées par l'apparence masculine de sa mâchoire étaient, en particulier, établies par Monsieur H_____, psychologue spécialiste en sexologie, et la doctoresse L_____, médecin cheffe de clinique de l'unité de médecine sexuelle et de sexologie des HUG.

À l'appui de son recours, l'assurée a notamment produit un rapport du 17 mai 2019 de M. H_____ et de la Dresse L_____ et une attestation d'hormonothérapie du Dr F_____ du 24 avril 2019.

Dans leur rapport du 17 mai 2019, la Dresse L_____ et M. H_____ avaient appuyé la demande de prise en charge d'une chirurgie maxillo-faciale chez la patiente. Cette intervention était indiquée et lui permettrait de vivre son corps de manière plus en harmonie avec son identité de genre féminine, diminuant ainsi sa dysphorie de genre. La rhinoplastie prévue prochainement ne permettrait pas de diminuer la dysphorie de genre liée à la taille de la mâchoire. L'assurée, qui remplissait les critères du diagnostic de transsexualisme, avait pleinement investi le rôle social féminin depuis 2007. Malgré les traitements effectués, elle décrivait une persistance de sa dysphorie de genre liée aux caractères sexuels primaires et secondaires, particulièrement la taille de sa mâchoire. Cette situation avait pour conséquence des rituels quotidiens de vérification de son apparence. Elle relatait des comportements d'évitement et de distanciation dans ses relations sociales et intimes. La perception de sa mâchoire était « non congruente » avec son genre et entraînait une plus grande difficulté à investir son corps. Les attributs masculins, telle qu'une large mâchoire, l'exposait à de la discrimination et de la stigmatisation. Elle avait été agressée en public, ce qu'elle mettait en lien avec son apparence « non congruente ». La perception de sa mâchoire entretenait et augmentait sa dysphorie de genre. Elle présentait une diminution de l'estime d'elle-même, une sensation de honte et de dégoût, un retrait social dû à l'anxiété constante d'être perçue comme un homme dans les situations sociales et professionnelles, une tristesse de l'humeur et une réduction de son énergie. Elle souffrait également d'un trouble du sommeil et d'une réduction de l'appétit. Dans la littérature scientifique, l'image corporelle était conceptualisée comme étant constituée d'attitudes, d'expériences et de perceptions relatives à l'apparence physique d'une personne, fondées sur une auto-observation ainsi que sur la réaction à l'environnement. Une image corporelle négative pouvait entraîner une baisse de la qualité de vie due à une baisse de l'estime de soi, un mauvais fonctionnement social et le développement de troubles psychiatriques comme les troubles de l'alimentation.

Dans son rapport du 24 avril 2019, le Dr F_____ avait indiqué avoir repris le suivi de l'hormonothérapie féminisante de l'assurée en janvier 2016. Bien que l'horomonothérapie ait permis de féminiser la patiente, certains traits masculins de son visage n'avaient pas pu être modifiés. La patiente présentait en effet une calvitie frontale ainsi que des contours de la mâchoire plutôt carrés. Ces différents éléments donnaient à son visage des traits masculins encore assez marqués. Dans la mesure où l'hormonothérapie féminisante ne pouvait modifier les contours osseux de la mâchoire, il soutenait la démarche de modification du contour de la mâchoire que la patiente envisageait. Cette intervention permettrait de diminuer la dysphorie de genre dont souffrait l'intéressée.

b. Par réponse du 2 juillet 2020, l'assurance a conclu au rejet du recours. Par analogie avec la jurisprudence sur les défauts esthétiques, il était difficilement soutenable de prétendre que la forme de la mâchoire constituait une altération visible d'une caractéristique de l'appartenance au sexe féminin, propre à toucher le sentiment profond de l'identité personnelle. Pour une femme cisgenre, aucune prise en charge n'interviendrait pour corriger une mâchoire exceptionnellement carrée ou anguleuse, au contraire de la construction d'une poitrine chez une femme qui en serait dépourvue ou l'épilation des poils chez une femme souffrant d'hirsutisme. Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, seuls les différences significatives de genre constituaient des caractères sexuels secondaires (poitrine, pilosité, pomme d'Adam). La forme de la mâchoire ne pouvait par conséquent être qualifiée de caractère sexuel secondaire, de sorte que sa correction n'était pas à la charge de l'assurance obligatoire des soins. En tout état, l'intervention litigieuse n'était pas susceptible d'apporter un bénéfice thérapeutique clair dans la mesure où l'angle mandibulaire de l'assurée n'altérait en rien son apparence féminine. Le médecin-conseil de l'assurance avait en effet indiqué que « les photographies de l'assurée à disposition ne laissai[ent] aucun doute que l'assurée [avait] un aspect féminin ». Le critère de l'adéquation n'était dès lors pas rempli. Au demeurant, contrairement à ce que soutenait l'assurée, la forme de la mâchoire n'entraînait pas une atteinte physique ou fonctionnelle ayant valeur de maladie. Il n'était du reste nullement démontré que la correction de la mâchoire permettrait d'obtenir le résultat attendu par le psychologue traitant, à savoir l'épanouissement de l'assurée.

c. Par réplique du 7 août 2020, l'assurée a persisté dans ses conclusions. Tous les médecins l'ayant examinée constataient qu'un fraisage angulo-mandibulaire était nécessaire au traitement de sa dysphorie de genre. Aucun avis médical ne venait les contredire. La présomption d'efficacité, d'adéquation et d'économicité était ainsi confirmée. Se référant notamment à un traité d'anthropologie médico-légale, il y avait lieu d'admettre que les mandibules étaient des caractères sexuels secondaires.

d. Par duplique du 16 septembre 2020, l'assurance a persisté à son tour dans ses conclusions. Les médecins traitants ne s'étaient déterminés que sur l'apparence des seules mandibules sans prise en compte de l'aspect général de la recourante. L'intéressée perdait de vue que les critères de l'art. 32 LAMal ne devaient être

examinés que s'il était établi que la mâchoire constituait un caractère sexuel secondaire. La qualification de « secondaire » relevait d'une appréciation juridique et non médicale. Au niveau international, les chirurgies faciales étaient généralement considérées comme esthétiques, de sorte que son refus de prise en charge était en ligne avec la pratique internationale.

e. Les parties ont persisté dans leurs conclusions par écritures des 19 octobre 2020, 27 octobre 2020, 18 novembre 2020 et 30 novembre 2020.

f. Par plis du 19 janvier 2021, la chambre de céans a posé des questions complémentaires aux spécialistes.

Le 26 janvier 2021, le docteur M_____, médecin-conseil de l'assurance, a relevé qu'il lui était impossible de retenir que la mâchoire de l'assurée relevait d'une ampleur typiquement masculine, étant précisé que l'aspect de la mandibule était une considération subjective. D'après le médecin, sa mâchoire n'était pas incompatible avec une apparence féminine. La problématique était liée à la perception de l'assurée de son image qui, à ses yeux, ne ressemblait pas à l'idéal féminin.

Le 29 janvier 2021, le Dr F_____ a relevé que, sur la base des considérations cliniques et des photographies au dossier, la mâchoire de l'assurée était d'une ampleur typiquement masculine qu'il évaluait à 6 ou 7 sur une échelle de 1 à 10. Il a précisé avoir sollicité l'avis de deux collègues chirurgiens plasticiens et esthétiques, soit les Drs E_____ et N_____qui, sur la base des mêmes photographies, avaient confirmé ce degré de masculinité de la mâchoire. La morphologie de la mâchoire n'était pas formellement incompatible avec une apparence féminine, tenant compte que certaines femmes pouvaient également avoir une mâchoire de forme carrée. Toutefois, les contours et l'aspect de la mâchoire étaient avant tout compatibles avec une apparence masculine.

Le 8 mars 2021, M. H_____ a répondu qu'il ne pouvait pas se prononcer sur l'aspect physique de sa patiente, n'étant pas un spécialiste de l'anatomie. Il a toutefois confirmé que la perception qu'avait sa patiente de sa mâchoire entretenait et augmentait sa dysphorie de genre.

Le 20 mai 2021, le Dr J_____ a relevé que la mâchoire de l'assurée était d'une ampleur typiquement masculine qu'il évaluait à 8 sur 10. D'après lui, la mâchoire participait à l'apparence féminine ou masculine d'une personne. Dans le cas de l'assurée, sa mâchoire était incompatible avec une apparence féminine.

g. Par déterminations du 27 mai 2021, l'assurée a persisté dans ses conclusions, rappelant que l'élément primordial dans le cadre de la dysphorie de genre était la présence d'une détresse clinique significative et non son apparence physique.

h. Le 8 juin 2021, l'assurance a relevé que, sur la base des réponses des spécialistes, il n'était pas possible d'affirmer que la mâchoire de l'assurée présentait une apparence typiquement masculine. Son aspect n'était de toute manière pas

incompatible avec une apparence féminine, comme le relevaient les Drs M_____, F_____, E_____ et N_____.

La chambre de céans a transmis cette écriture à l'assurée.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 4 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10).

   Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, compte tenu de la suspension des délais légaux ou délais fixés par les autorités ou par les tribunaux entre le 21 mars 2020 et le 19 avril 2020 par l'Ordonnance du Conseil fédéral sur la suspension des délais dans les procédures civiles et administratives pour assurer le maintien de la justice en lien avec le Coronavirus du 20 mars 2020 (COVID-19 - RS 818.101.24), le recours est recevable (art. 38 al. 4 let c et 60 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - [LPA-GE - E 5 10]).

3. Le litige porte sur la prise en charge par l'intimée des coûts liés à un fraisage angulo-mandibulaire. C'est le lieu de préciser que l'intimée a accepté d'assumer le coût du traitement hormonal et de plusieurs interventions chirurgicales (réassignation sexuelle, augmentation mammaire et rhinoplastie). Le refus de prendre en charge les injections de toxine botulique au niveau des masséters n'a pas fait l'objet d'un recours et est entré en force. Il en va de même du refus de prise en charge d'une intervention au niveau orbitaire. Quant aux frais afférents à la transplantation de cheveux au niveau fronto-temporal, le Tribunal fédéral a confirmé leur prise en charge par l'intimée dans son arrêt du 29 septembre 2020 (9C_331/2020).

4. L'assurance-maladie sociale alloue des prestations en cas de maladie (art. 1a al. 2 let. a LAMal).

   a. Est réputée maladie toute atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou un traitement médical ou provoque une incapacité de travail (art. 3 LPGA).

   La notion de maladie 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 notion de maladie est une notion juridique qui ne se recoupe pas nécessairement avec la définition médicale de la maladie (ATF 124 V 118 consid. 3b et les références). 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_465/2010 du 6 décembre 2010 consid. 4.1).

Conformément à 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 (al. 1). Les prestations prises en charge sont rattachées à la date ou à la période de traitement (al. 2).

Selon l'art. 25 LAMal, l'assurance obligatoire de soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles (al. 1). 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 personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat d'un médecin ou d'un chiropraticien (al. 2 let. a ch. 3).

Le transsexualisme est un phénomène pathologique ayant le caractère d'une maladie (ATF 114 V 154). Selon la CIM-10 (Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10ème révision), le transsexualisme est défini comme suit (F 64.0) : il s'agit d'un désir de vivre et d'être accepté en tant que personne appartenant au sexe opposé. Ce désir s'accompagne habituellement d'un sentiment de malaise ou d'inadaptation par rapport à son sexe anatomique et du souhait de subir une intervention chirurgicale ou un traitement hormonal afin de rendre son corps aussi conforme que possible au sexe désiré. De son côté, l'Association Américaine de Psychiatrie, éditrice du DSM-5 (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) se réfère à la notion de « dysphorie de genre », laquelle est diagnostiquée lorsque la personne satisfait cumulativement aux deux critères A et B suivants : A. Non-congruence marquée entre le genre vécu/exprimé par la personne et le genre assigné, d'une durée minimale de six mois, se manifestant par au moins deux des items suivants : 1. Non-congruence marquée entre le genre vécu/exprimé par la personne et ses caractéristiques sexuelles primaires et/ou secondaires ; 2. Désir marqué d'être débarrassé(e) de ses caractéristiques sexuelles primaires et/ou secondaires en raison d'une incompatibilité avec le genre vécu/exprimé ; 3. Désir marqué d'avoir les caractéristiques sexuelles primaires et/ou secondaires de l'autre sexe ; 4. Désir marqué d'appartenir à l'autre genre (ou d'un genre différent de celui qui lui est assigné) ; 5. Désir marqué d'être traité(e) comme une personne de l'autre genre (ou d'un genre différent de celui qui lui est assigné) ; 6. Conviction marquée d'avoir les sentiments et les réactions de l'autre genre (ou d'un genre différent de celui qui lui est assigné) ; B. Le trouble est accompagné d'une détresse cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

b. Aux termes de l'art. 32 al. 1 LAMal, les prestations mentionnées aux art. 25 à 31 doivent être efficaces, appropriées et économiques.

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 (cf. ATF 142 V 249 consid. 4.1 ; ATF 133 V 115 consid. 3 et les références citées ; ATF 125 V 95 consid. 4a).

L'adéquation d'une mesure s'examine sur la base de critères médicaux. L'examen consiste à évaluer, en se fondant sur une analyse prospective de la situation, la somme des effets positifs de la mesure envisagée et de la comparer avec les effets positifs de mesures alternatives ou par rapport à la solution consistant à renoncer à toute mesure ; est appropriée la mesure qui présente, compte tenu des risques existants, le meilleur bilan diagnostique ou thérapeutique. La réponse à cette question se confond normalement avec celle de l'indication médicale ; lorsque l'indication médicale est clairement établie, il convient d'admettre que l'exigence du caractère approprié de la mesure est réalisée (ATF 139 V 135 consid. 4.4.2 et les références).

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 139 V 135 consid. 4.4.3).

5. Selon la jurisprudence, l'opération de changement de sexe en cas de dysphorie de genre (ou troubles de l'identité sexuelle) doit être envisagée de manière globale pour des raisons tant physiques que psychiques. Aussi, lorsque les conditions justifiant l'opération chirurgicale sont réalisées, les interventions complémentaires destinées à modifier les caractères sexuels secondaires font partie, en principe, des prestations obligatoires à la charge de l'assurance obligatoire des soins (ATF 142 V 316 consid. 5 ; ATF 120 V 463 consid. 6b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_331/2020 du 29 septembre 2020 consid. 5.2.1).

   Les caractères sexuels primaires différents chez les femmes et chez les hommes désignent l'ensemble des organes génitaux qui permettent la reproduction et apparaissent *in utero* après quelques semaines de gestation. On les distingue des caractères sexuels secondaires qui confèrent également à l'individu une apparence féminine ou masculine mais apparaissent à la puberté. Sous l'angle médical, sont notamment mentionnés à cet égard l'apparition d'une pilosité du visage ainsi que d'autres parties du corps, la mue de la voix due à une modification du larynx ou l'augmentation du volume musculaire pour les hommes et le développement de la poitrine ainsi que des capacités de sécrétion lactée ou l'apparition des cycles menstruels chez les femmes (cf. dictionnaire médical Pschyrembel Online, sous

www.pschyrembel.de, ad Geschlechtsmerkmale ; cf. arrêt 9C_331/2020 précité, consid. 5.2.2).

Dans sa jurisprudence, le Tribunal fédéral a eu l'occasion de confirmer que, chez l'homme, la pilosité présente au visage et celle plus marquée sur certaines parties du corps (torse, ventre, aisselles et parties intimes), comptent parmi les caractères sexuels secondaires. Il s'agit d'une des caractéristiques qui forment l'apparence féminine ou masculine d'une personne. Dans le contexte d'une dysphorie de genre, pour tant que l'indication à une opération de changement de sexe est établie, l'épilation définitive (au laser) doit ainsi être reconnue comme une intervention complémentaire destinée à modifier les caractères sexuels secondaires (ATF 142 V 316 consid. 5.2 ; cf. aussi arrêt du Tribunal fédéral 9C_465/2010 du 6 décembre 2020 consid. 6.2).

La chevelure n'est, en revanche, pas considérée comme un caractère sexuel secondaire. Elle joue toutefois un rôle important du point de vue esthétique et participe en principe à l'apparence féminine ou masculine d'un individu. Il en va de même de la calvitie en tant qu'elle est une absence totale ou partielle définitive de cheveux. Celle-ci est une particularité physique qui est certes présente avant tout chez les hommes à l'instar de la pilosité du visage et de celle plus marquée de certaines parties du corps (cf. ATF 142 V 316 consid. 5.2 p. 320) mais qui peut néanmoins également se manifester chez les femmes. Si une calvitie totale ou partielle n'est pas inhabituelle chez les hommes (arrêt du Tribunal fédéral 9C_550/2012 du 13 juillet 2013 consid. 2, in SVR 2013 IV n° 39 p. 117), une perte de cheveux d'une certaine ampleur - typiquement masculine - n'est en revanche pas compatible avec une apparence féminine (arrêt du Tribunal fédéral 9C_550/2012 précité, consid. 3). Dans l'arrêt 9C_331/2020 précité, le Tribunal fédéral a confirmé que, dans le contexte d'une dysphorie de genre avec indication opératoire de changement de sexe, une calvitie d'une ampleur typiquement masculine, en tant que particularité physique incompatible avec une apparence féminine, devait être assimilée à un caractère sexuel secondaire (arrêt 9C_331/2020 précité). Le traitement visant à y remédier devait être pris en charge par l'assurance obligatoire des soins à l'instar d'une intervention complémentaire destinée à modifier un caractère sexuel secondaire pour autant que cette mesure fasse partie d'un programme thérapeutique global établi en fonction de tous les éléments recueillis et puisse être considérée comme efficace, approprié et économique à l'intérieur de ce plan. En principe, la prise en charge des coûts entre alors en considération pour une prestation qui ne constitue en soi pas une mesure à la charge de l'assurance obligatoire des soins (consid. 5.2.2).

Au regard de ces principes applicables en cas de dysphorie de genre, la prise en charge de l'intervention chirurgicale en cause ne saurait en principe être examinée au regard de la seule jurisprudence sur les défauts esthétiques, en ce sens qu'un défaut esthétique ayant valeur de maladie devrait être exigé pour ouvrir le droit à la prestation thérapeutique. En effet, dès lors que le droit aux mesures

complémentaires destinées à modifier les caractères sexuels secondaires est reconnu, le traitement y relatif correspond à celui qui est appliqué en principe, selon les règles de l'art médical, étant rappelé que le but d'un traitement médical, en tant que prestation obligatoire au sens de l'art. 25 al. 1 LAMal, est d'éliminer de la manière la plus complète possible les atteintes physiques ou psychiques à la santé (ATF 138 V 131 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_255/2016 du 17 février 2017 consid. 5 et 6.1).

6. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte.

   Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, 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 qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est 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 de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et qu'enfin, les conclusions de l'expert soient dûment 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 125 V 351 consid. 3).

   Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

   Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation

divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre partie pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.244/05 du 3 mai 2006 consid. 2.1). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient

cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence en ce sens que lorsque les instances cantonales de recours constatent qu'une instruction est nécessaire parce que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise, elles sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151 consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

7. Devant la chambre de céans, la recourante reproche à l'intimée d'avoir refusé de prendre en charge l'intervention de fraisage angulo-mandibulaire avec résection destinée à féminiser ses angles mandibulaires qu'elle qualifie de « carrés et masculins ». L'intimée conteste pour sa part la qualification de caractère sexuel secondaire de la mâchoire.

   En l'espèce, le diagnostic de dysphorie de genre ou transsexualisme (F 64.0) n'est pas contesté. Ainsi, selon la jurisprudence précitée, les interventions complémentaires destinées à modifier les caractères sexuels secondaires font partie, en principe, des prestations obligatoires à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Il convient donc de déterminer si, dans le contexte d'une dysphorie de genre, la mâchoire constitue un caractère sexuel secondaire. En l'occurrence, le Tribunal fédéral n'a jamais eu à trancher cette question. Se fondant sur la doctrine médicale, il a toutefois relevé que les caractères sexuels secondaires apparaissaient à la puberté, tels que la pilosité du visage, la mue de la voix ou l'augmentation du volume musculaire pour les hommes et le développement de la poitrine ou

l'apparition des cycles menstruels chez les femmes (cf. supra consid. 5). *A priori*, la mâchoire, qui est un attribut physique relevant de la structure osseuse, n'entre pas dans ce cas de figure. À cela s'ajoute qu'un tel attribut n'est pas cité par la doctrine médicale parmi les caractères sexuels secondaires reconnus sur le plan médical (cf. Dictionnaire médical Pschyrembel Online, sous www.pschyrembel.de, ad Geschlechtsmerkmale, cité par le Tribunal fédéral dans l'arrêt 9C_331/2020 consid. 5.2.2). Il convient donc de retenir qu'une mâchoire ne saurait être qualifiée de caractère sexuel secondaire.

La question se pose donc de savoir si une « large mâchoire », telle que décrite par la recourante, peut être assimilée à un caractère sexuel secondaire, au même titre qu'une calvitie d'une ampleur typiquement masculine. En pareille hypothèse, la prise en charge des coûts entrerait alors en considération pour une prestation qui ne constitue pas en soi une mesure à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Cette question implique de se demander si un tel attribut du visage participe en principe à l'apparence féminine ou masculine d'un individu et si la mâchoire présentée par la recourante est compatible avec une apparence féminine.

En l'occurrence, il n'est pas d'emblée évident de déterminer si la mâchoire joue un rôle important du point de vue esthétique en tant qu'elle participe à l'apparence féminine ou masculine d'un individu. Se fondant sur un arrêt de la chambre de céans du 22 mai 2018 portant sur la prise en charge d'une intervention de chirurgie faciale de correction par rabotage des arcades sourcilières dans le cadre d'une dysphorie de genre (ATAS/423/2018), la recourante fait valoir que certaines composantes du visage, dont les caractéristiques morphologiques sont d'une façon générale différentes entre hommes et femmes, doivent se voir reconnaître la qualification de caractère sexuel secondaire. Dans cet arrêt, la chambre de céans avait admis que l'arcade oculaire devait être qualifiée de caractère sexuel secondaire, de sorte que l'intervention de correction des arcades devait être prise en charge par l'assurance-maladie, à condition qu'elle réponde aux critères de l'efficacité, du caractère approprié et de l'économicité au sens de l'art. 32 al. 1 LAMal. Citant le Traité d'anthropologie médico-légale, la chambre de céans a relevé en particulier que les arcades sourcilières étaient en général plus marquées sur un crâne masculin, constituant ainsi un signe important pour différencier les deux sexes (consid. 8c ; Gérald QUATREHOMME, Traité d'anthropologie médico-légale, de Boeck, 2015, p. 222-227). D'après la recourante, il en va de même des mâchoires. Elle cite, en cela, les passages du traité, selon lesquels la branche mandibulaire est plus large chez l'homme et le corps mandibulaire plus épais (*ibid*, p. 225). Sur un crâne masculin, les branches mandibulaires sont plus larges, les angles mandibulaires plus obtus et la mandibule plus robuste (*ibid,* p. 226), alors que sur un crâne féminin, les branches mandibulaires sont plus étroites, les angles mandibulaires plus discrets et la mandibule est gracile (*ibid*, p. 227). De manière générale, le crâne masculin peut également être caractérisé par des zones d'insertions musculaires plus marquées, ou encore le caractère massif des

condyles occipitaux ou encore le caractère globalement plus massif de la mandibule (*ibid,* p. 222-227). Sur la base de ces éléments, on pourrait certes admettre qu'un corps mandibulaire épais constitue une particularité physique présente avant tout chez les hommes. Il convient toutefois de s'imposer une certaine retenue, au vu du caractère technique de la matière. Le traité retient en effet que si la robustesse générale de la mandibule, de même que l'épaisseur du corps mandibulaire, sont de bons indicateurs de sexe, l'angle mandibulaire ne montre pas de différence significative entre les deux sexes. Ce critère serait donc un très mauvais indicateur de sexe, ceci d'autant plus que l'angle mandibulaire varie fortement avec l'âge (*ibid*., p. 249-251). À cela s'ajoute que, selon le traité, il existe des « crânes intermédiaires » où il est très difficile de se prononcer en faveur d'un sujet de sexe masculin ou féminin, ainsi que des « crânes trompeurs » qui sont classés de manière erronée (*ibid*., p. 223). Dans ces conditions, la question de savoir si un corps mandibulaire, même épais, peut être considéré comme incompatible avec une apparence féminine, à l'instar d'une perte de cheveux d'une ampleur typiquement masculine, ne s'impose pas à l'évidence. Contrairement à ce que semble soutenir la recourante, le fait que les standards de soins de l'Association professionnelle mondiale pour la santé des personnes transgenres mentionnent la chirurgie de féminisation faciale parmi les procédures chirurgicales pour le traitement des patients présentant une dysphorie de genre, à l'instar notamment de la liposuccion, du remodelage et de diverses procédures esthétiques (disponibles sur le lien suivant : https://www.wpath.org/media/cms/Documents/SOC%20v7/SOC%20V7_French.pdf), ne suffit pas à retenir que ces traitements doivent, dans tous les cas, être à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Si on ne saurait minimiser l'efficacité de ces interventions à réduire la souffrance induite par la dysphorie de genre, leur prise en charge par l'assurance de base implique que le trait du visage qu'elles visent à modifier peut être assimilé à un caractère sexuel secondaire. La question peut, quoi qu'il en soit, rester ouverte.

Il ne ressort en effet pas du dossier que la mâchoire présentée par la recourante serait, *in casu*, incompatible avec une apparence féminine. Les spécialistes ayant examiné la recourante, en particulier la Dresse L_____ et le psychologue M. H_____ mettent l'accent sur la perception de leur patiente quant à la « taille de [s]a mâchoire », que l'assurée décrit de « large » et de « non congruente » avec son genre. Le Dr F_____ relève pour sa part que l'assurée présente « des contours de la mâchoire plutôt carrés », qui, avec la calvitie temporale, donne à son visage « des traits masculins encore assez marqués ». Questionné par la chambre de céans, le Dr F_____, suivant en cela les avis des Drs E_____ et N_____, a relevé que la morphologie de la mâchoire n'était pas formellement incompatible avec une apparence féminine. L'ampleur typiquement masculine était évaluée à 6 ou 7 par ces trois médecins, le Dr N_____ayant précisé que la partie masculine du visage était le nez. Le Dr M_____ a également retenu, sur la base des photographies versées au dossier, que la mâchoire n'était pas incompatible avec une apparence féminine. Dans ces conditions, l'avis contraire du Dr J_____ (cf. réponses aux

questions de la chambre de céans du 20 mai 2021), non motivé, ne permet pas de s'écarter de l'appréciation des autres médecins. Dans son courrier à l'assurance du 27 mars 2019, ce médecin avait d'ailleurs signalé la présence d'angles marqués aboutissant à un « visage plutôt carré et masculin ». Or, une telle description ne permet pas encore de retenir que la mâchoire de la recourante est incompatible avec une apparence féminine. Le fait que la recourante perçoit sa mâchoire comme étant large et typiquement masculine n'est à cet égard pas déterminant. En effet, la question de savoir si l'intervention répond à l'objectif thérapeutique recherché, consistant à réduire la détresse cliniquement significative liée aux difficultés d'ordre somatique et psychique rencontrées lors d'une réassignation sexuelle, vise à déterminer si l'intervention envisagée répond aux critères d'efficacité et d'adéquation. Or, ces questions ne se posent que dans l'hypothèse où le traitement est destiné à modifier un caractère sexuel secondaire ou un attribut qui peut y être assimilé, ce qui n'est pas le cas en l'occurrence.

Il suit de là que la mâchoire ne saurait être qualifiée de caractère sexuel secondaire, ni y être assimilée. Partant, le traitement visant à remédier à son aspect physique, soit le fraisage angulo-mandibulaire associé à une résection de l'angle mandibulaire, n'est pas à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Cette conclusion scelle le sort du litige, sans qu'il ne soit nécessaire d'examiner si la mesure fait partie d'un programme thérapeutique global établi en fonction de tous les éléments recueillis et si elle peut être considérée comme efficace, appropriée et économique.

8. Mal fondé, le recours est rejeté.

Les assureurs sociaux qui obtiennent gain de cause devant une juridiction de première instance n'ont en principe pas le droit à une indemnité de dépens (ATF 126 V 149 consid. 4).

Pour le reste, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA, dans sa version – applicable en l'occurrence – jusqu'au 31 décembre 2020).

* * * * * *

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110), auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	La présidente
Marie NIERMARÉCHAL	Eleanor McGREGOR

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le