

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 19 janvier 2021

Composition : Mme BERBERAT, juge unique
Greffière : Mme Berseth

Cause pendante entre :

A.D. _____, à [...], recourante, représentée par Me Joël Crettaz, avocat à Lausanne,

et

Q. _____, à [...], intimée.

Art. 24, 32, 34 al. 2 LAMal ; art. 36 al. 1 et 2 OAMal

E n f a i t :

A. a) A.D._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née B.D._____ en [...], est assurée auprès de Q._____ (ci-après : Q._____, la Caisse ou l'intimée) pour l'assurance-maladie obligatoire des soins (ci-après : AOS), [...], qui est une forme particulière de l'AOS avec choix d'un médecin coordinateur sur la liste des médecins Q._____. L'art. 7 du règlement « [...]» intitulé « Suivi/Soins prodigués par le médecin coordinateur » a la teneur suivante :

« 7.1. Pour tous les traitements, les personnes assurées doivent toujours s'adresser d'abord à leur médecin coordinateur (sauf en cas d'urgence art. 8). Celui-ci veille, si nécessaire, à ce qu'un traitement et un suivi soient prodigués par d'autres médecins ou du personnel paramédical.

7.2. Si les personnes assurées font valoir, en dehors de toute situation d'urgence, directement des traitements ambulatoires ou stationnaires sans que leur médecin coordinateur en ait donné l'ordre préalablement, elles assument l'ensemble des frais qui y sont liés ».

Par courriel du 14 janvier 2018 à la Caisse, l'assurée a souhaité obtenir des informations concernant la prise en charge de prestations, notamment épilation au laser et électrolyse, hormonothérapie, suivi psychiatrique, endocrinologique et autres, chirurgies du visage, chirurgie de changement de sexe, prestations couvertes à l'étranger, les conditions et délais, dans le cadre de sa transition MTF (male-to-female).

Par courriel du 18 janvier 2018, la Caisse a indiqué à l'intéressée que tous les traitements cités pouvaient être pris en charge à certaines conditions, la décision revenant à son médecin-conseil, sur la base de demandes de prise en charge sous forme de rapports médicaux. L'assurée a dès lors été invitée à requérir des rapports médicaux des différents médecins et hôpitaux concernés par les traitements et interventions envisagés et à les transmettre à l'adresse de son médecin-conseil.

Par courriel du 18 janvier 2018, l'assurée a indiqué qu'elle souhaitait réaliser une chirurgie du visage, soit une féminisation afin de gommer les caractères secondaires visibles du visage et qu'elle avait été dirigée vers le Dr B._____, chirurgien esthétique opérant à [...] (France).

Par courriel du 24 janvier 2018, Q._____ a rappelé à l'assurée que l'AOS rembourse les frais des traitements suivis à l'étranger si l'assuré souffre d'une maladie aiguë alors qu'il y séjourne temporairement et qu'un retour en Suisse n'est pas approprié. Elle a ajouté que lorsque la personne assurée se rend à l'étranger dans le but d'y suivre un traitement, il n'y a aucune obligation d'allouer les prestations de l'assurance-maladie.

La Caisse est entrée en possession de deux attestations des 29 janvier 2018 et 4 janvier 2019 de la Dre [...], cheffe de clinique au Service de psychiatrie de liaison du Z._____ (ci-après : Z._____), et d'une attestation du 29 mai 2018 des Drs V._____, M._____, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, et F._____, spécialiste en endocrinologie. Sur cette base, elle a accepté la prise en charge d'un traitement d'épilation définitive du visage au laser (cf. courrier du 12 février 2018), d'une mammoplastie (cf. courrier du 22 juin 2018) et d'une vaginoplastie (cf. courrier du 18 janvier 2019).

Dans l'intervalle, par courrier du 3 mai 2018, le Prof. N._____, médecin-chef du service ORL (otorhinolaryngologie) et chirurgie cervico-faciale du Z._____, a indiqué à la Caisse que B.D._____ bénéficiait d'une hormonothérapie initiée le 2 février 2018 par Estradiol par voie transcutanée combinée à un traitement de spironolactone. Il était actuellement suivi par le Service d'endocrinologie du Z._____ dans le cadre d'un transsexualisme homme-femme et était en voie de féminisation. Le patient l'avait consulté le 26 avril 2018 pour une féminisation du visage au niveau du nez et du menton. Le traitement nécessitait une septorhinoplastie de féminisation ainsi qu'une génioplastie (chirurgie du menton). Le Prof. N._____ souhaitait une évaluation de la

prise en charge de ces deux interventions et priait la Caisse d'informer le patient de sa décision.

Par courrier du 5 septembre 2018, dont copie a été adressée à l'assurée, Q._____ a signifié au Prof. N._____ que la notion de maladie n'était pas remplie en l'espèce.

Le 12 octobre 2018, l'assurée a informé la Caisse de son changement d'identité enregistré à l'état civil.

Après un échange de correspondance, la Caisse a, par décision du 27 février 2019, refusé la prise en charge sollicitée. Pour l'essentiel, elle a rappelé la jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 142 V 316), selon laquelle 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 et que 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'AOS. Constituent de tels caractères sexuels secondaires des particularités physiques, en dehors des organes sexuels, qui différencient l'homme de la femme. Ils apparaissent dès le stade embryonnaire mais ne se forment qu'au moment de la puberté. Chez les hommes, il s'agit de la pomme d'Adam, la pilosité faciale et sur le torse, ainsi qu'une voix grave. Chez la femme, il s'agit d'une largeur de bassin prononcée, une meilleure croissance des cheveux, une peau fine ou encore la poitrine plus développée. Q._____ a dès lors retenu que la forme du menton et celle du nez ne pouvaient être qualifiées de caractères sexuels secondaires, si bien que les interventions chirurgicales envisagées (septorhinoplastie et génioplastie), n'étaient pas à la charge de l'AOS.

Dans son opposition du 27 mars 2019, l'assurée, par son conseil, s'est opposée à la décision précitée, faisant valoir que le plan de transition et les différentes étapes de la réattribution sexuelle ne pouvaient pas suivre un standard, mais devaient être définis et planifiés

de manière personnalisée, en fonction des caractéristiques propres à chaque cas. Elle a estimé que la féminisation de son visage se justifiait en ce sens qu'elle s'inscrivait dans la démarche de changement de sexe qu'elle avait engagée, raison pour laquelle sa prise en charge par l'assurance-maladie s'imposait. Elle s'est référée à la situation jugée par la Cour de Justice de Genève (arrêt ATAS/423/2018 du 22 mai 2018) qui a admis la prise en charge par l'AOS d'une intervention chirurgicale visant la correction des arcades orbitales. Elle en a conclu que la forme du menton et du nez pouvait constituer des caractères sexuels secondaires et que la prise en charge de tels traitements s'inscrivait dans la démarche qu'implique la dysphorie du genre.

Par courrier du 4 juin 2019, Q._____ a requis des photos en couleur de son visage avant et après l'intervention, si celle-ci avait déjà eu lieu, et une estimation des honoraires pour les deux interventions litigieuses.

Par courrier du 8 juillet 2019, l'assurée a indiqué avoir subi une intervention tendant à la féminisation faciale (frontoplastie, rhinoplastie de réduction et mentoplastie de recul) le 10 juillet 2018, pratiquée par le Dr P._____, médecin spécialiste en chirurgie esthétique de la face à la Clinique G._____ à [...] (France), qui utilisait depuis plus de sept ans une scie à ultrasons (piezochirurgie). Cette technique permettait de limiter le saignement post-opératoire, de diminuer l'œdème facial et de réduire les risques de lésions nerveuses ainsi que les complications post-opératoires. L'assurée a expliqué qu'elle s'était donc rendue à l'étranger, dès lors qu'en Suisse, elle aurait dû se soumettre à trois opérations successives, étant précisé que seuls deux chirurgiens utilisent cette technique en Suisse et uniquement pour la rhinoplastie. L'intéressée a ajouté que l'intervention, réalisée en ambulatoire, avait coûté 15'905 euros, montant auquel s'ajoutaient ses frais de séjour à l'hôtel du 12 au 17 juillet 2018, pour un montant de 214.40 euros. Elle a notamment produit des photos prises avant et après l'intervention, le protocole opératoire, ainsi qu'une attestation du 17 juillet 2018 et un courriel du 30 août 2018 du Dr P._____.

Par courrier du 20 août 2019, le Dr C._____, spécialiste en médecine physique et réhabilitation et médecin-conseil de la Caisse, a estimé pour l'essentiel que les formes du visage, du menton, du nez et du front ne pouvaient pas être qualifiées de caractères sexuels secondaires et que les conditions permettant la prise en charge de prestations fournies à l'étranger n'étaient pas remplies, faute d'un rapport médical spécialisé (professeur) de deux centres suisses de chirurgie maxillo-faciale/chirurgie plastique et reconstructive attestant que les interventions réalisées n'étaient pas disponibles en Suisse ou que la compétence des chirurgiens en Suisse n'était pas équivalente à celle du Dr P._____. Le médecin-conseil a rappelé que la prise en charge d'un traitement non urgent et/ou volontaire à l'étranger était conditionnée à une autorisation de l'Office fédéral de la santé publique (ci-après : OFSP). En l'état du dossier, il ne lui était pas possible d'en faire une éventuelle demande auprès de l'OFSP *a posteriori*. Dans le cadre d'une demande de prise en charge « particulier » d'un traitement, c'était au demandeur de fournir l'ensemble des documents médicaux justifiant la pertinence de la demande.

Le 26 août 2019, Q._____ a fait part à l'assurée de sa surprise d'apprendre à ce stade de la procédure, d'une part, que le traitement avait été fait à l'étranger, étant donné que la demande avait fait l'objet de la décision formelle du 27 février 2019 concernant les interventions chirurgicales de septorhinoplastie et génioplastie préconisées par le Prof. N._____, et, d'autre part, qu'une demande de prise en charge d'une frontoplastie venait s'ajouter à la demande. La Caisse a en outre exposé que les interventions visant à modifier les caractères sexuels secondaires devaient faire partie d'un programme thérapeutique global établi en fonction de l'ensemble des éléments recueillis et devant être considérées, à l'intérieur de ce plan, comme efficaces, appropriées et économiques. Q._____ a dès lors demandé à l'assurée de produire un avis médical motivé pour chacune des interventions dont la prise en charge était requise.

Par attestation médicale du 23 septembre 2019, la Dre V._____ a exposé ce qui suit :

« L'assurée est suivie à ma consultation dans le contexte d'une dysphorie de genre selon le DSMV (Transsexualisme homme à femme selon la CIM 10) depuis septembre 2017. Au début de la prise en charge, Mme A.D._____ présentait une souffrance considérable générée par l'inconfort lié à son sexe biologique. Un traitement hormonal féminisant a débuté en 2018 et une mammoplastie a été effectuée en 2018. Une intervention chirurgicale de vaginoplastie est prévue pour la fin du mois de septembre.

C'est dans ce contexte de traitement de réassignation sexuelle que Mme A.D._____ a également bénéficié durant l'été 2018 d'une frontoplastie, d'une rhinoplastie et d'une mentoplastie, interventions chirurgicales visant à féminiser le visage masculin de la patiente. Ces opérations du visage ont permis une nette amélioration de l'état psychique de la patiente, dans le sens où elle peut vivre depuis lors en conformité avec le genre souhaité, se sentant beaucoup plus sereine dans sa vie personnelle et professionnelle.

Je ne peux que recommander le remboursement par l'assurance-maladie de base de ces interventions chirurgicales du visage, étant donné que le fait de devenir femme engage non seulement les organes génitaux mais aussi, à plus forte raison, des parties du corps aussi visibles et identitaires que le visage ».

Par courrier du 26 novembre 2019 à Q._____, le Dr C._____ a confirmé ses précédentes conclusions. Il a également précisé que la piezochirurgie était une technique utilisée en médecine dentaire et en chirurgie esthétique pour la rhinoplastie que depuis 2014-2015, mise au point en France par le Dr B._____, utilisant des vibrations ultrasoniques qui n'ont un impact que sur les tissus durs, mais restent sans effet sur les tissus mous. Il a toutefois relevé qu'il n'existait que peu, voire pas, de littérature remplissant les critères scientifiques sur cette technique.

Par décision sur opposition du 28 novembre 2019, Q._____ a réformé sa décision du 27 février 2019, en ce sens que l'intervention du 10 juillet 2018 effectuée à la Clinique G._____ à [...] (France), pour un montant de 15'905 euros, n'était pas à la charge de l'AOS. Rappelant que la décision contestée portait sur la question de savoir si les interventions envisagées concernaient des caractères sexuels secondaires, la Caisse a indiqué qu'elle laissait dorénavant cette question ouverte, dès lors que l'assurée s'était entretemps rendue en France pour y subir, le 10 juillet

2018, une triple intervention (rhinoplastie de réduction, frontoplastie et mentoplastie) ; l'objet du litige portait donc désormais sur la question de la prise en charge d'une intervention à l'étranger. A l'appui de sa décision, Q._____ a en substance constaté que l'intervention litigieuse ne pouvait pas être considérée comme une urgence médicale ; l'assurée avait au contraire choisi de se rendre expressément en France pour se faire opérer en bénéficiant des techniques moins invasives du DP._____, permettant notamment d'effectuer toutes les modifications souhaitées en une seule opération. La Caisse a également relevé que les trois interventions effectuées étaient réalisables en Suisse, dans de grands centres hospitaliers (au Z._____ pour la rhinoplastie et la mentoplastie, et à la Clinique [...] de Zurich pour la frontoplastie). Se référant à l'avis de son médecin-conseil, la Caisse a encore exposé qu'il n'existait que peu, voire pas, de littérature remplissant les critères scientifiques qui évaluent le bénéfice de la piezochirurgie par rapport aux techniques classiques. Q._____ a encore rappelé que, conformément à la jurisprudence (ATF 131 V 271), des motifs d'ordre économique ne rentraient pas en compte pour accorder un traitement à l'étranger. Sur le plan formel, Q._____ a enfin relevé que la frontoplastie n'avait pas fait l'objet d'une demande de prise en charge émanant d'un médecin et que l'opération effectuée en France n'avait donné lieu à aucun bon de délégation, tel qu'exigé par son règlement.

B. Par acte du 9 janvier 2020 de son mandataire, A.D._____ recourt auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision sur opposition précitée, dont elle conclut, sous suite de frais et dépens, à la réforme dans le sens de la prise en charge par l'intimée de l'intervention du 10 juillet 2018 du Dr P._____, ainsi que des frais d'hébergement pour la période du 12 au 17 juillet 2018, sous déduction de sa participation et/ou de son éventuelle franchise. La recourante soutient que la féminisation de son visage relève des prestations obligatoires prévues par la loi, si bien que l'intimée aurait dû prendre en charge les frais relatifs à cette intervention. Elle ajoute que le visage est considéré comme un caractère sexuel secondaire au sens de la jurisprudence en matière de réassignation sexuelle. Il s'agit d'un

traitement médical au sens de la loi susceptible d'éliminer de la manière la plus complète possible l'atteinte physique ou psychique à la santé. La recourante se réfère à cet égard à un arrêt de la Cour de Justice de la Chambre des assurances sociales du canton de Genève du 22 mai 2018, aux termes duquel une intervention tendant à la féminisation du visage a été considérée comme relevant des prestations obligatoires de l'assurance-maladie (ATAS/423/2018). S'agissant de l'intervention à l'étranger, la recourante relève qu'elle a permis à un seul médecin, dans le cadre d'une unique intervention, de modeler son visage de manière peu invasive avec des séquelles restreintes, avantages que le système de santé suisse n'est pas en mesure d'offrir. Quant à l'absence de bon de délégation délivré par le médecin de famille, la recourante fait grief à l'intimée de ne pas avoir respecté son devoir de renseignements, rappelant que la pratique de la Caisse consistait à donner son accord de principe sur une prise en charge, puis parfois à rappeler la nécessité de produire un bon de validation. Au titre de mesures d'instruction complémentaire, la recourante requiert son audition, ainsi que celle de médecins. Elle sollicite également la mise en œuvre d'une expertise tendant à attester des particularités et des avantages de la piezochirurgie par rapport aux interventions dites classiques dans le contexte de la féminisation du visage et à déterminer si et dans quelle mesure la technique appliquée par le Dr P. _____ est pratiquée en Suisse.

Dans sa réponse du 12 mars 2020, l'intimée a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition du 11 décembre 2019 (recte : 28 novembre 2019).

Par réplique du 23 avril 2020, la recourante a notamment requis d'être entendue sur sa transition de genre, afin de permettre à la Cour de constater *de visu* le résultat de l'intervention querellée. Elle a également sollicité la production en mains de la Clinique [...] de Zürich de tout document attestant du nombre de frontoplasties effectuées et du nombre d'interventions qui auraient porté, simultanément et dans un même geste, sur une rhinoplastie, une mentoplastie et une frontoplastie et cela sur les dix dernières années, ainsi que la mise en œuvre d'une

expertise sur la piezochirurgie, laquelle pourrait être confiée au Dr B._____.

Dans sa duplique du 24 juin 2020, l'intimée a confirmé les conclusions prises dans sa réponse du 12 mars 2020.

Par écriture du 2 juillet 2020, la recourante a requis la tenue d'une audience pour discuter des différentes mesures requises.

Par courrier du 30 novembre 2020, la juge instructrice a informé les parties qu'elle leur communiquerait d'ici au 22 janvier 2021 la suite qu'elle entendait donner à la procédure et aux réquisitions de mesures d'instruction.

Dans son écriture du 8 décembre 2020, l'intimée a fait état d'un arrêt récent du Tribunal fédéral (TF 9C_331/2020).

La recourante ne s'est pas déterminée plus avant.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-maladie (art. 1 al. 1 LAMal [loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.10]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé auprès du tribunal compétent en temps utile compte tenu des fêtes (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36] et art. 38 al. 4 let. c LPGA) et respectant les autres conditions

formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

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

2. L'objet du litige porte sur la prise en charge, au titre de l'assurance obligatoire des soins, d'interventions (frontoplastie, rhinoplastie de réduction et mentoplastie de recul) pratiquées le 10 juillet 2018 en France, pour un montant de 15'905 euros et des frais annexes (hébergement par 214.40 euros). L'intimée ne s'est toutefois pas prononcée sur la question de savoir si les formes du visage (nez, menton et front) peuvent être qualifiées de caractères sexuels secondaires, l'objet du litige étant désormais la question de la prise en charge d'une intervention à l'étranger.

3. a) En vertu de 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 LAMal.

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

b) L'art. 32 al. 1 LAMal précise que les prestations mentionnées aux art. 25 à 31 de cette loi doivent être efficaces, appropriées et économiques. 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). 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 125 V 95 consid. 4a). Le critère de l'économicité concerne le rapport entre les coûts et le bénéfice de la mesure, lorsque dans le cas concret différentes formes et/ou méthodes de traitement efficaces et appropriées entrent en ligne de compte pour combattre une maladie (ATF 127 V 138 consid. 5).

4. a) L'assurance obligatoire des soins, telle qu'elle est actuellement conçue, n'autorise pas la prise en charge par les assureurs d'interventions effectuées à l'étranger. Le système de l'assurance-maladie sociale repose en effet sur le principe de la territorialité, selon lequel ne sont prises en charge que les prestations fournies en Suisse. Ce principe, qui régissait déjà l'étendue des prestations sous l'empire de l'ancienne loi fédérale du 13 juin 1911 sur l'assurance-maladie et accidents (LAMA), vaut également en ce qui concerne la LAMal (ATF 128 V 75 consid. 1a et 3b, lequel se réfère au Message du Conseil fédéral du 6 novembre 1991 concernant la révision de l'assurance-maladie, FF 1992 I 144 ; voir également GEBHARD EUGSTER, *Krankenversicherung, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit*, 3^e édition, Bâle 2016, p. 575 n° 542).

b) En vertu de l'art. 34 al. 2, première phrase, LAMal, le Conseil fédéral peut toutefois décider de la prise en charge, par l'assurance obligatoire des soins, des coûts des prestations prévues aux art. 25 al. 2 ou 29 LAMal fournies à l'étranger pour des raisons médicales. Par « raison médicale », il faut entendre soit des cas d'urgence, soit des cas dans lesquels il n'y a pas en Suisse l'équivalent de la prestation à fournir (ATF 128 V 75 consid. 1b ; TFA K 65/03 du 5 août 2003 consid. 2.1). Faisant usage de cette délégation de compétence, l'autorité exécutive a

édicte l'art. 36 OAMal (ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie ; RS 832.102), intitulé « Prestations à l'étranger ».

c) Selon l'art. 36 al. 1 OAMal, le Département fédéral de l'intérieur (DFI) désigne, après avoir consulté la commission compétente, les prestations prévues aux art. 25 al. 2 et 29 LAMal dont les coûts occasionnés à l'étranger sont pris en charge par l'assurance obligatoire des soins lorsqu'elles ne peuvent être fournies en Suisse (une liste de ces prestations n'a cependant pas été établie ; ATF 131 V 271 consid. 3.1 ; 128 V 75). Une exception au principe de la territorialité selon l'art. 36 al. 1 OAMal en corrélation avec l'art. 34 al. 2 LAMal n'est admissible que dans deux éventualités. Soit il n'existe aucune possibilité de traitement de la maladie en Suisse, soit il est établi, dans un cas particulier, qu'une mesure thérapeutique en Suisse, par rapport à une alternative de traitement à l'étranger, comporte pour le patient des risques importants et notablement plus élevés. Il s'agira, en règle ordinaire, des traitements qui requièrent une technique hautement spécialisée ou de traitements complexes de maladies rares pour lesquelles, en raison précisément de cette rareté, on ne dispose pas en Suisse d'une expérience diagnostique ou thérapeutique suffisante. En revanche, quand des traitements appropriés sont couramment pratiqués en Suisse et qu'ils correspondent à des protocoles largement reconnus, l'assuré n'a pas droit à la prise en charge d'un traitement à l'étranger en vertu de l'art. 34 al. 2 LAMal. C'est pourquoi les avantages minimes, difficiles à estimer ou encore contestés d'une prestation fournie à l'étranger, ne constituent pas des raisons médicales au sens de cette disposition ; il en va de même du fait qu'une clinique à l'étranger dispose d'une plus grande expérience dans le domaine considéré (ATF 134 V 330 consid. 2.3 ; 131 V 271 consid. 3.2 ; TF 9C_11/2007 du 4 mars 2008 consid. 3.1). Une interprétation stricte des raisons médicales doit être de mise (TF 9C_566/2010 du 25 février 2011 consid. 3 et les références citées). Il convient en effet d'éviter que les patients ne recourent à grande échelle à une forme de « tourisme médical » à la charge de l'assurance-maladie obligatoire.

d) Aux termes de l'art. 36 al. 2 OAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge le coût des traitements effectués en cas d'urgence à l'étranger. Il y a urgence lorsque l'assuré, qui séjourne temporairement à l'étranger, a besoin d'un traitement médical et qu'un retour en Suisse n'est pas approprié. Il n'y a pas urgence lorsque l'assuré se rend à l'étranger dans le but de suivre ce traitement. Ce qui est déterminant, c'est que l'assuré ait subitement besoin et de manière imprévue d'un traitement à l'étranger. Il faut que des raisons médicales s'opposent à un report du traitement et qu'un retour en Suisse apparaisse inapproprié, cette condition s'examinant sous l'angle de la proportionnalité en tenant compte également d'aspects non médicaux, tel que les coûts du retour en comparaison des coûts du traitement (TF 9C_35/2010 du 28 mai 2010 consid. 3 ; 9C_11/2007 du 4 mars 2008 consid. 3.2 et les références citées ; TFA K 24/04 du 20 avril 2005 consid. 4).

5. a) En l'occurrence, la recourante, née de genre masculin, est suivie depuis le 27 septembre 2017 à la Consultation ambulatoire de Psychiatrie de Liaison du Z._____, dans un contexte de transsexualisme d'homme à femme (dysphorie du genre) et par le Service d'endocrinologie du Z._____ dans le but d'une réassignation sexuelle. A la suite des demandes de ses médecins, l'assurée a bénéficié d'un traitement hormonal féminisant, d'une épilation définitive de la barbe, d'une mammoplastie et d'une vaginoplastie à concurrence du SwissDRG et de sa couverture d'assurance.

Le 3 mai 2018, le Prof. N._____ a transmis à l'intimée une demande de prise en charge de deux interventions, soit une septorhinoplastie de féminisation et une génioplatie en vue d'une féminisation du visage, respectivement au niveau du nez et du menton. Par courrier du 5 septembre 2018, l'intimée a refusé la prise en charge des deux interventions précitées, au motif qu'elles ne remplissaient pas le caractère de maladie. Une décision a été rendue par la Caisse le 27 février 2019. Dans le cadre de la procédure d'opposition, l'assurée a exposé qu'elle avait bénéficié d'une intervention en France en date du 10 juillet

2018, réalisée par le Dr P._____, laquelle consistait en une rhinoplastie de réduction, une mentoplastie de recul et une frontoplastie. Selon le Dr P._____ (rapport du 17 juillet 2018), la chirurgie de féminisation faciale modifie les bases osseuses en profondeur pour gommer les caractères sexuels secondaires tels que les bosses frontales, la proéminence des sinus frontaux, la bosse nasale, l'épaisseur des cartilages alaires et leur hyper projection ainsi que la forme du menton dans sa projection antérieure et sa largeur.

L'intimée a refusé de prendre en charge les frais relatifs à l'intervention effectuée en France, au motif que la recourante s'y était rendue volontairement pour se faire opérer. Elle a laissé ouverte la question de savoir si les formes du visage (nez, menton et front) peuvent être qualifiées de caractères sexuels secondaires. La recourante soutient en revanche qu'elle était fondée à effectuer une telle intervention en France, dans la mesure où le Dr P._____ est le seul à réaliser les trois interventions dans le même temps et à utiliser la piezochirurgie (technique chirurgicale mécanisée utilisant des vibrations ultrasoniques qui n'ont un impact que sur les tissus durs et non sur les tissus mous), ce qui réduisait de manière considérable les risques et les coûts.

b) Il y a lieu de constater que le critère d'urgence au sens de l'art. 36 al. 2 OAMal n'est pas rempli pour admettre la prise en charge de l'intervention subie en France. Cette disposition définit la notion d'urgence dans le cadre de l'impossibilité de rapatriement en Suisse et exclut clairement le caractère d'urgence d'un traitement lorsque l'assuré se rend à l'étranger dans le but de bénéficier de celui-ci. Or, en l'espèce, la recourante s'est manifestement rendue volontairement en France pour s'y faire opérer le 10 juillet 2018 sans attendre la réponse de la Caisse, laquelle a finalement indiqué que ces interventions ne seraient pas prises en charge (cf. courrier du 5 septembre 2018). Il convient par conséquent de retenir au vu des éléments précités qu'il n'existait aucune urgence médicale au sens de l'art. 36 al. 2 OAMal à l'intervention de la recourante et cette dernière ne le prétend d'ailleurs pas, même si l'on ne saurait

minimiser son efficacité à réduire la souffrance induite par la dysphorie de genre.

c) La Cour de céans ne saurait rejoindre la recourante lorsqu'elle soutient que la technique utilisée par le Dr P._____, soit la piezochirurgie, n'est pas équivalente à ce qui est proposé en Suisse, en ce sens qu'elle serait moins risquée. A cet égard, il convient d'adhérer aux conclusions du Dr C._____, médecin-conseil de la Caisse, qui précise qu'il s'agit d'une technique utilisée en médecine dentaire et en chirurgie esthétique pour la rhinoplastie que depuis 2014-2015, mise au point en France par le Dr B._____ et pour laquelle il existe peu voire pas de littérature remplissant les critères scientifiques évaluant le bénéfice de cette technique par rapport aux techniques classiques, si ce n'est à usage publicitaire. Il n'existe par conséquent pas de données basées sur les faits susceptibles d'attester la supériorité d'une technique en comparaison avec une autre, la recourante mentionnant qu'une intervention en France (initialement prévue à [...] auprès du Dr B._____) était motivée par la « *technique plus moderne comme l'ultrasonique qui engendre moins de soucis et contrainte post-opératoire* » (cf. courriel du 18 janvier 2018 à la Caisse), admettant ainsi un élément de confort dans sa réponse. Par ailleurs, s'agissant du type d'interventions, on relèvera que ni le Prof. N._____, ni un autre médecin en Suisse, n'a préconisé une frontoplastie en sus d'une septorhinosplastie et d'une génioplastie de féminisation, raison pour laquelle seules les deux dernières interventions doivent être examinées, lesquelles sont précisément proposées par le Prof. N._____ et sont couramment pratiquées en chirurgie esthétique et disponibles en Suisse. Une mesure thérapeutique étant disponible en Suisse, sans pour autant que cette mesure, par rapport à l'alternative étrangère, comporte pour la recourante des risques importants et notablement plus élevés, la prise en charge sous l'angle de l'art. 36 al. 1 OAMal n'est pas donnée, de sorte que le traitement suivi en France ne relève pas d'une prestation à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Par surabondance, on relèvera qu'aucun bon de délégation n'a été délivré par le médecin coordinateur (en l'espèce, le médecin de famille) en faveur du Dr P._____, ce qui est contraire à l'art. 7.1 du règlement « [...]» de la Q._____, étant précisé

que le dossier produit par l'intimée fait état de 11 bons de délégation en lien avec la réassignation sexuelle, démontrant, si besoin, la parfaite connaissance de l'assurée du règlement précité.

d) La recourante fait implicitement valoir son droit à la substitution de la prestation, arguant que le coût de l'intervention subie en France est bien moindre qu'une intervention semblable pratiquée en Suisse. Nonobstant l'absence d'indication au dossier allant dans ce sens ou dans le sens contraire, cet argument n'est pas pertinent dans le cas d'espèce. En effet, au vu du considérant qui précède, les interventions subies ne sont justifiées ni par l'absence de traitement médical en Suisse ni par le fait qu'une mesure thérapeutique en Suisse, par rapport à une alternative d'intervention en France, comporterait pour la recourante des risques importants et notablement plus élevés. En ce sens, l'assurée ne peut pas se prévaloir du droit à la substitution de la prestation. En effet, la Haute Cour a précisé qu'un assuré n'a pas droit, en l'absence de raisons médicales, au remboursement d'un montant équivalent aux frais qui auraient été occasionnés si le traitement avait eu lieu en Suisse (ATF 126 V 331 consid. 1b).

e) Sur le vu de ce qui précède, c'est à juste titre que l'intimée a refusé la prise en charge de l'intervention (frontoplastie, septorhinoplastie et mentoplastie) réalisée en France le 10 juillet 2018, ainsi que les frais annexes.

6. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition confirmée. La Cour de céans ayant pu statuer en l'état du dossier, il n'y a pas lieu de donner suite aux réquisitions de preuves de la recourante (appréciation anticipée des preuves ; ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 et les références citées).

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020, applicable en l'occurrence selon l'art. 83

LPGA), ni d'allouer de dépens, dès lors que la recourante n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue le 28 novembre 2019 par Q._____ est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La juge unique :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- Me Joël Crettaz (pour la recourante), à Lausanne,
- Q._____, à [...],
- Office fédéral de la santé publique, à Berne,

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 :