

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 31 mai 2024

Composition : Mme DURUSSEL, juge unique
Greffière : Mme Jeanneret

Cause pendante entre :

F. _____, à [...], recourante, représentée par l'Association Astrée, à
Lausanne

et

Y. _____ **SA**, à [...], intimée.

**Art. 3 LPGA ; 24, 25, 32, 33 al. 1 et 3, 42 ss, 56 al. 1 et 2 LAMal ;
33 let. a et c OAMal ; 1 OPAS**

E n f a i t :

A. F._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1983, est assurée auprès d'Y._____ SA (ci-après : Y._____ SA ou l'intimée) au titre de l'assurance obligatoire des soins.

Par courrier du 12 octobre 2022, le Prof. R._____, spécialiste en gynécologie et obstétrique, chef du Service T._____ du N._____, a informé le médecin conseil d'Y._____ SA que l'assurée était porteuse d'une mutilation génitale féminine (ci-après : MGF) de type excision (MGF2) qui a été la source d'un traumatisme important de la patiente dans l'enfance. Après avoir exposé qu'en raison de séquelles esthétiques, physiologiques et psychologiques, il serait important qu'elle pût bénéficier d'une reconstruction clitoridienne chirurgicale qui nécessitait une hospitalisation d'environ 48 heures, il a demandé si ce geste opératoire serait pris en charge par l'assureur.

Y._____ SA a répondu le 20 octobre 2022 qu'elle refusait la prise en charge des coûts de cette intervention. Après examen des documents, le médecin-conseil était d'avis que les conditions n'étaient pas remplies, dès lors qu'il n'y avait pas de valeur de maladie.

Le Prof. R._____ a exprimé sa surprise par courriers des 28 octobre et 14 novembre 2022, relevant qu'en Suisse, depuis 2015, la MGF portait un code maladie ICD ou ICM-10, de sorte qu'elle donnait droit au remboursement par l'assurance maladie.

L'assurée a bénéficié d'une reconstruction clitoridienne chirurgicale réalisée le 28 novembre 2022 au N._____, d'où elle est sortie le lendemain. Les frais d'hospitalisation se sont élevés à 2'247 fr. 70.

La Direction médicale du N._____ a précisé, dans un courrier adressé à Y._____ SA le 30 novembre 2022, que les frais de traitement consécutifs à une MGF étaient remboursés par l'assurance obligatoire des

soins si les prestations remplissaient les critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité, ce qui était le cas de la patiente. Depuis le passage à la version 2014 du codage des diagnostics CIM-10-GM au 1^{er} janvier 2015, la MGF était explicitement décrite en termes de diagnostic et de maladie, ce qui permettait un remboursement uniforme et équitable en Suisse des prestations de traitement des conséquences physiques et psychiques d'une MGF par l'assurance obligatoire des soins. Y._____ SA était en outre invitée à consulter la réponse donnée par le Conseil fédéral au postulat Seydoux 14.3919 du 25 septembre 2014.

Par courrier du 15 décembre 2022, Y._____ SA a requis du N._____ l'indication du code diagnostic ICD-10 et, si existant, le(s) code(s) diagnostic(s) psychiatrique(s), ainsi que la précision des limitations ou restrictions corporelles sans l'intervention. Le Prof. R._____ a répondu le 1^{er} février 2023 que, s'agissant du code diagnostic, il fallait se référer à la « synthèse codage médical du séjour » jointe, laquelle indiquait le diagnostic d'antécédents personnels de mutilation génitale féminine, type 2, Z91.72. En ce qui concernait les limitations, la patiente présentait une dyspareunie avec gêne fonctionnelle importante dans sa vie intime. Le Prof. R._____ invitait l'assureur à prendre contact avec la Dre Q._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, pour les diagnostics psychiatriques.

Y._____ SA a refusé la prise en charge de l'intervention par décision du 14 février 2023, à laquelle l'assurée, représentée par l'Association Astrée, s'est opposée le 13 mars 2023. Cette dernière a produit un rapport établi le 9 mars 2023, dans lequel la Dre P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, cheffe de clinique du Service H._____ du N._____, précisait que l'assurée avait été suivie par ce service du 4 novembre 2021 au 14 juillet 2022. Elle avait bénéficié d'un suivi psychiatrique et psychothérapeutique intégré à raison d'un entretien médical à la quinzaine, puis d'un entretien par semaine, au cours duquel elle avait pu retracer son parcours de vie et expliquer avoir subi une excision dans son enfance. Selon la psychiatre, cet élément avait impacté de diverses manières le psychisme de l'assurée. En effet, elle avait pu

établir des liens entre certains éléments vécus lors de son suivi et ce vécu d'excision. La psychiatre a noté des éléments dépressifs sévères en lien avec des événements actuels venant réactiver la mémoire traumatique liée à cette mutilation. L'assurée ne pouvait en outre que faire difficilement confiance à autrui ; ayant vécu cette excision comme une non-protection du milieu familial, elle présentait une insécurité marquée dans les relations interpersonnelles. Des difficultés dans les relations intimes avaient également été relevées, l'assurée présentant un sentiment de honte et de gêne en lien avec l'anatomie modifiée au niveau de ses parties intimes. La psychiatre a précisé que c'était en raison de ces constatations qu'elle avait adressé l'assurée en consultation spécialisée et qu'une opération à but de reconstruction avait été décidée. Sur le plan thérapeutique, cette reconstruction permettait de symboliser la reprise de contrôle de l'assurée sur son propre corps.

Par courrier du 3 juillet 2023, Y. _____ SA a sollicité une documentation photographique pour se faire une idée de la situation et juger de la gravité de l'atteinte, notamment si la défiguration extérieure atteignait une certaine ampleur. Des photographies lui ont été remises le 25 août 2023.

Dans une appréciation du 19 septembre 2023, le Dr G. _____, spécialiste en médecine interne générale, médecin conseil de l'assureur, a conclu que la reconstruction chirurgicale du clitoris ne constituait pas une prestation obligatoire. Il estimait, sur la base des documents disponibles, que la MGF n'avait causé aucun trouble physique ou psychique ayant un caractère de maladie. Il a noté qu'une MGF n'avait pas automatiquement valeur de maladie et il se demandait si des mesures thérapeutiques conservatrices auraient pu être pertinentes au lieu de l'intervention chirurgicale. Sur le plan psychiatrique, il a relevé que le motif principal du traitement n'était pas l'excision mais des éléments dépressifs sévères en lien avec des événements actuels. Puis il a constaté qu'il n'y avait pas de perte esthétique justifiant la prise en charge, la documentation photographique ne permettant pas de parler d'une défiguration de grande ampleur.

Par décision sur opposition du 28 septembre 2023, Y. _____ SA a refusé la prise en charge de la reconstruction clitoridienne chirurgicale au motif que la mutilation génitale ne provoquait pas de troubles physiques ou psychiques pouvant être qualifiés de maladie. Elle a en outre écarté toute prise en charge au titre de la perte esthétique consécutive à une maladie ou à un accident.

B. Par acte du 27 octobre 2023, F. _____, toujours représentée par l'association Astrée, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision sur opposition précitée, concluant principalement à sa réforme en ce sens que les frais liés à l'intervention chirurgicale du 28 novembre 2022 soient pris en charge par Y. _____ SA, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimée pour complément d'instruction et nouvelle décision. En substance, elle a fait valoir que, depuis le passage à la version 2014 du codage des diagnostics CIM-10-GM au 1^{er} janvier 2015, la MGF était explicitement décrite en termes de diagnostic ou de maladie. Elle rappelait que la pathologie psychique associée était indiquée par son psychiatre comme une conséquence de la MGF. Elle se prévalait en outre de l'efficacité, l'adéquation et l'économicité de l'intervention et reprochait à l'intimée de ne pas avoir complété l'instruction si les éléments à disposition ne permettaient pas de soutenir la prise en charge en raison de l'insuffisance de leur contenu.

Dans sa réponse du 23 novembre 2023, l'intimée a conclu au rejet du recours en se référant à l'avis de son médecin conseil du 19 septembre 2023.

Répliquant le 8 janvier 2024, la recourante a confirmé son argumentation et précisé que l'intimée avait fait une mauvaise lecture du rapport du 9 mars 2023 de la psychiatre. Cette dernière avait clairement dit que la MGF avait impacté son psychisme de diverses manières. Elle a requis l'audition de la Dre P. _____ afin d'éclaircir ce point, ainsi que de

W._____, conseillère en santé sexuelle auprès du Service K._____, du N._____.

Le 7 février 2024, l'intimée a maintenu ses conclusions, s'en remettant à justice sur la question de l'opportunité d'entendre les témoins dont l'audition a été requise.

E n d r o i t :

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

c) Vu la valeur litigieuse inférieure à 30'000 fr., la cause doit être tranchée par un membre de la Cour statuant en tant que juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins de la reconstruction chirurgicale clitoridienne.

3. a) D'après l'art. 24 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations définies aux art. 25 à 31, en tenant compte des conditions des art. 32 à 34. L'art. 25 al. 1 LAMal

dispose que sont pris en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie ou ses séquelles. Selon l'art. 25 al. 2 let. a ch. 1 et let. e LAMal, ces prestations comprennent notamment les examens et les traitements dispensés sous forme ambulatoire, en milieu hospitalier ou dans un établissement médico-social par des médecins ainsi que le séjour à l'hôpital correspondant au standard de la division commune.

Les conditions du droit à la prise en charge relèvent donc notamment de la notion de maladie. A cet égard, selon l'art. 3 al. 1 LPGA, est réputée maladie toute atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou un traitement médical, ou provoque une incapacité de travail.

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

aa) Une prestation est efficace lorsqu'on peut objectivement en attendre le résultat thérapeutique visé par le traitement de la maladie, à savoir la suppression la plus complète possible de l'atteinte à la santé somatique ou psychique (ATF 128 V 159 consid. 5c/aa). L'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques fondées sur la recherche et la pratique médicale et non sur le résultat obtenu dans un cas particulier (ATF 142 V 249 consid. 4.1 ; 133 V 115 consid. 3 ; 131 V 271 consid. 3.1 ; 125 V 95 consid. 4a).

bb) La question de son caractère approprié s'apprécie en fonction du bénéfice diagnostique ou thérapeutique de l'application dans le cas particulier, en tenant compte des risques qui y sont liés au regard du but thérapeutique (ATF 127 V 138 consid. 5). Le caractère approprié relève en principe de critères médicaux et se confond avec la question de l'indication médicale : lorsque l'indication médicale est clairement établie,

le caractère approprié de la prestation l'est également (ATF 139 V 135 consid. 4.4.2 ; 125 V 95 consid. 4a ; TFA K 151/99 du 7 juillet 2000 consid. 2c).

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

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

b) Le fournisseur de prestations doit remettre au débiteur de la rémunération une facture détaillée et compréhensible. Il doit aussi lui transmettre toutes les indications nécessaires lui permettant de vérifier le calcul de la rémunération et le caractère économique de la prestation (art. 42 al. 3 LAMal). De plus, les fournisseurs de prestations établissent leurs factures sur la base de tarifs ou de prix, lesquels sont fixés par convention avec les assureurs (conventions tarifaires) ou, dans les cas prévus par la loi, par l'autorité compétente (art. 43 LAMal). Pour rémunérer le traitement hospitalier, y compris le séjour et les soins à l'hôpital (au sens de l'art. 39

al. 1 LAMal), les parties à une convention conviennent de forfaits ; en règle générale, il s'agit de forfaits par cas (art. 49 al. 1 LAMal). Dans ce contexte légal, les fournisseurs de prestations doivent respecter les tarifs et les prix fixés par convention ou par l'autorité compétente ; ils ne peuvent exiger de rémunération plus élevée pour des prestations fournies en application de la LAMal (protection tarifaire, art. 44 LAMal).

c) Aux termes de l'art. 33 al. 1 LAMal, le Conseil fédéral peut désigner les prestations fournies par un médecin ou un chiropraticien, dont les coûts ne sont pas pris en charge par l'assurance obligatoire des soins ou le sont à certaines conditions. Cette disposition se fonde sur la présomption que médecins et chiropraticiens appliquent des traitements et mesures qui répondent aux conditions posées par l'art. 32 al. 1 LAMal. L'art. 33 al. 3 LAMal prévoit également que le Conseil fédéral détermine dans quelle mesure l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts d'une prestation nouvelle ou controversée, dont l'efficacité, l'adéquation ou le caractère économique sont en cours d'évaluation. Le Département fédéral de l'intérieur (DFI), auquel le Conseil fédéral a délégué à son tour les compétences susmentionnées (art. 33 al. 5 LAMal en relation avec l'art. 33 let. a et c OAMal [ordonnance fédérale du 27 juin 1995 ; RS 832.102]), a promulgué l'ordonnance du DFI du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (OPAS ; RS 832.112.31). Conformément à l'art. 1 OPAS, l'annexe 1 à cette ordonnance énumère les prestations visées par l'art. 33 let. a et c OAMal – dispositions reprenant textuellement les règles posées aux al. 1 et 3 de l'art. 33 LAMal – dont l'efficacité, l'adéquation ou le caractère économique ont été examinés par la Commission fédérale des prestations générales et des principes et dont les coûts sont pris en charge, avec ou sans condition, ou ne sont pas pris en charge. Cette annexe ne contient pas une énumération exhaustive des prestations (cf. remarques préliminaires à l'annexe 1 de l'OPAS). En effet, d'innombrables traitements médicaux, moyens et appareils ne figurent pas dans les listes, soit parce qu'ils bénéficient de la présomption susmentionnée (selon laquelle ils répondent aux conditions posées par l'art. 32 al. 1 LAMal), soit parce que les commissions d'experts ne les ont pas (ou pas encore) évalués, faute de

temps ou de moyens. Dès lors, il ne suffit pas qu'une caisse-maladie soutienne qu'un traitement est nouveau ou controversé et pas encore reconnu pour qu'elle soit affranchie de son obligation de fournir des prestations. Il lui incombe au contraire, en tant qu'organe d'exécution de l'assurance-maladie obligatoire, de vérifier l'efficacité, l'adéquation et le caractère économique du traitement en question ou d'établir qu'il est controversé (ATF 129 V 167 consid. 4).

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

4. a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

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

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

5. La prise en charge par l'assurance obligatoire des soins de la chirurgie reconstructive du clitoris n'est pas expressément prévue par l'annexe 1 de l'OPAS. Ainsi, il découle de ce qui précède que le point de savoir si une reconstruction chirurgicale clitoridienne est à la charge de l'assurance-maladie obligatoire présuppose de déterminer si les troubles de la MGF ont valeur de maladie et si le traitement proposé est efficace, économique et approprié.

a) La question de savoir si les troubles liés aux MGF ont valeur de maladie a été clairement résolue au moment du passage, le 1^{er} janvier

2015, à la version 2014 du codage des diagnostics CIM-10-GM, lorsque les MGF ont été explicitement intégrées au titre de diagnostic et de maladie.

Dans ce sens, le Conseil fédéral a rendu l'avis suivant le 12 novembre 2014, à propos du postulat de la députée au Conseil des Etats Anne Seydoux-Christe (n° 14.3919) du 25 septembre 2014 sollicitant l'évaluation de l'efficacité, de l'adéquation et du caractère économique des traitements liés aux MGF afin de décider d'une possible prise en charge par l'assurance obligatoire des soins :

« L'assurance obligatoire des soins (AOS) rembourse les coûts des prestations servant à établir un diagnostic ou à traiter une maladie et ses séquelles. La notion de « maladie » est définie à l'article 3 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales [...] en tant qu'« 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 ». Les mutilations génitales féminines (MGF) entraînent divers problèmes physiques et psychiques, parfois si éprouvants pour les femmes, qu'il est nécessaire de les traiter.

Dans le système mis en place pour l'AOS, seules les prestations efficaces, appropriées et économiques [...] peuvent être prises en charge. Il n'existe toutefois pas de liste positive exhaustive des prestations médicales obligatoirement remboursées, exception faite des mesures préventives, des traitements dentaires et des prestations en cas de maternité. La plupart du temps, le caractère obligatoire des prestations diagnostiques et thérapeutiques est implicite (principe de la confiance). Ainsi, les examens et traitements effectués par des médecins sont généralement remboursés pour autant qu'aucune réglementation spéciale ne soit fixée dans l'annexe 1 de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS [...]). Si la prise en charge d'une prestation est mise en question, une commission d'experts ([...] CFPP) examine la prestation, en recommande ou non le remboursement. Les décisions définitives, rendues par le Département fédéral de l'intérieur (DFI), sont reprises dans l'annexe 1 de l'OPAS. Sur demande, la CFPP examine si les prestations satisfont aux critères de prise en charge [...].

Les mutilations génitales féminines ne figurent pas encore de manière explicite dans la classification en vigueur en Suisse, à savoir la « Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes » (codage des diagnostics CIM-10-GM, version 2012), qui sert de base pour le codage et la facturation des diagnostics ; ces interventions peuvent cependant avoir valeur de maladie, et le principe de confiance peut s'appliquer pour le traitement des séquelles qu'elles impliquent. Ainsi, pour autant qu'ils soient efficaces, adéquats et économiques, les traitements consécutifs à des mutilations génitales féminines peuvent donc être pris en charge par l'AOS. Au moment du passage, le 1^{er} janvier

2015, à la version 2014 du codage des diagnostics CIM-10-GM, les mutilations génitales féminines figureront explicitement au titre de diagnostic et de maladie ; cette mesure devrait favoriser le remboursement uniforme et équitable des prestations permettant de traiter les séquelles physiques et psychiques de ces interventions.

Le changement du codage des diagnostics au 1^{er} janvier 2015 établissant déjà la reconnaissance de la mutilation génitale féminine comme maladie à part entière, il est inutile de faire d'autres propositions sur ce point. [...] »

Le conseiller fédéral Alain Berset a confirmé lors de son intervention du 11 décembre 2014 que les traitements consécutifs à des MGF devaient être remboursés à condition d'avoir été prescrits par un médecin, y compris les prestations relatives à la désinfibulation et à la reconstruction du clitoris (BO 2014 E 1321). Il a ajouté que ces mutilations entraînaient d'innombrables conséquences médicales, psychiques et physiologiques, qu'il était nécessaire de traiter. Ces traitements étaient pris en charge par l'assurance obligatoire des soins dans le respect des critères généraux de la LAMal, à savoir que les prestations devaient être efficaces, appropriées et économiques.

Puis le rapport du Conseil fédéral du 28 octobre 2015 en réponse à la motion Bernasconi (05.3235) intitulée « Mutilations sexuelles féminines. Mesures de sensibilisation et de prévention » a clairement condamné les MGF constitutives de violation des droits de l'homme et a annoncé les mesures prises par la Confédération consistant notamment à offrir des soins pour répondre aux conséquences de telles mutilations (pp. 7 et 32 du rapport). Il y est rappelé que le coût des traitements consécutifs à des MGF était déjà remboursé par l'assurance obligatoire des soins pour autant que les prestations fussent efficaces, appropriées et économiques ; le codage des diagnostics CIM-10-GM version 2014 énonçant les MGF au titre de diagnostic et de maladie devait favoriser le remboursement uniforme et équitable par l'assurance obligatoire des soins des prestations permettant de traiter les séquelles physiques et psychiques de ces interventions (p. 32, note 55).

Le diagnostic posé en l'espèce par le Prof. R. _____ d'antécédents personnels de mutilation génitale féminine, type 2, Z91.72, qui n'est pas remis en cause par l'intimée, est ainsi reconnu comme diagnostic ayant valeur de maladie. La prise en charge médico-chirurgicale et psychosexuelle de ces complications est donc remboursée par l'assurance maladie si elle est efficace, économique et appropriée (art. 32 al. 1 LAMal).

b) A cet égard, le traitement par la reconstruction chirurgicale du clitoris bénéficie de la présomption selon laquelle il répond aux conditions posées par l'art. 32 al. 1 LAMal. L'intimée ne rend aucunement vraisemblable que le traitement ne satisferait pas à ces exigences.

La position du Dr G. _____ ne saurait être suivie. Comme vu plus haut, il part de la fausse prémisse que les MGF n'ont pas valeur de maladie. Puis il interprète de manière erronée le rapport de la Dre P. _____ en retenant que, sur le plan psychiatrique, le motif principal du traitement n'était pas l'excision mais des éléments dépressifs sévères en lien avec des événements actuels. Or la Dre P. _____ a décrit les répercussions de la MGF sur la santé psychique de la recourante, à savoir que cet élément avait impacté de diverses manières son psychisme. La psychiatre a noté des éléments dépressifs sévères en lien avec des événements actuels venant réactiver la mémoire traumatique liée à cette mutilation. Sur ce point, il importe peu que la mémoire traumatique de la recourante ait été réveillée par des événements récents dès lors que le traumatisme lié à la MGF est bien présent. La psychiatre a en outre étayé l'impact de la MGF sur la vie de la recourante et a notamment relevé des difficultés à faire confiance à autrui ; ayant vécu cette excision comme une non-protection du milieu familial, l'intéressée présentait une insécurité marquée dans les relations interpersonnelles. Des difficultés dans les relations intimes ont également été observées, la recourante présentant un sentiment de honte et de gêne en lien avec l'anatomie modifiée au niveau de ses parties intimes. La psychiatre a précisé qu'elle avait adressé la recourante en consultation spécialisée et qu'une opération à but de reconstruction avait été décidée en raison de ces

constatations. La médecin a annoncé le bénéfice de cette intervention sur le plan thérapeutique, à savoir que cette reconstruction permettait de symboliser la reprise de contrôle de l'assurée sur son propre corps.

Sur le plan physique, contrairement à l'avis du Dr G. _____ ne retenant aucun trouble physique, le Prof. R. _____ a relevé que la recourante présentait une dyspareunie avec gêne fonctionnelle importante dans sa vie intime.

Il ne s'agit ainsi manifestement pas d'un cas motivé par la seule raison esthétique mais par des troubles sur les plans physique et psychique. Ces troubles sont suffisamment documentés dans la mesure où ils correspondent aux conséquences observées dans ce genre de cas (cf. Rapport du Conseil fédéral du 25 novembre 2020 donnant suite au postulat 18.3551 Rickli Nathalie du 14 juin 2018, p. 13, rapport dont la p. 30 confirme en outre la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins ; Rapport du Conseil fédéral du 28 octobre 2015 en réponse à la motion Bernasconi, op. cit., pp. 10s.). L'intimée n'a au demeurant requis aucune information médicale supplémentaire sur ce point.

Quant à l'argument du Dr G. _____ tiré de l'absence de perte esthétique justifiant la prise en charge au motif que la documentation photographique ne permettait pas de parler d'une défiguration de grande ampleur, il n'est pas apprécié de manière adéquate. Le bénéfice esthétique n'avait pas été mis en avant lors de la demande de prise en charge compte tenu des motifs physiologiques et psychiques qui concrétisaient des raisons médicalement justifiées. Cela étant, il est constant que l'ablation partielle ou totale des organes génitaux féminins ou toute autre lésion des organes génitaux féminins est une altération externe d'une partie du corps relativement sensible sur le plan esthétique, portant sur un organe caractéristique de l'appartenance au sexe féminin, susceptible d'affecter le sentiment profond de l'identité personnelle et sexuelle. Certes, l'intervention chirurgicale rétablissait en même temps une apparence extérieure et jouait, par conséquent, un rôle essentiel sur le plan esthétique. Mais elle était également et surtout thérapeutique, dès

lors que la recourante était atteinte dans son intégrité, dans sa chaire et dans son psychisme. L'intervention devait entraîner des conséquences significatives sur l'état physique et psychique de la recourante. Dans la mesure où l'état esthétique découle en l'espèce de l'état maladif, il ne saurait être pris en compte séparément comme élément en faveur ou en défaveur de l'intervention. Selon la ratio legis, l'assurée avait droit, à la suite d'une excision, aux mesures nécessaires au rétablissement de son état physique et psychique.

A défaut d'avoir instruit la question d'éventuelles mesures thérapeutiques conservatrices, l'intimée ne saurait retenir ce critère pour refuser la prise en charge. Il résulte au demeurant du dossier que la recourante a bénéficié d'un suivi multidisciplinaire de sorte que l'intervention pratiquée était présumée appropriée, en l'absence d'élément contraire.

c) En définitive, l'intervention litigieuse répond aux critères de la LAMal pour une prise en charge par l'assurance obligatoire des soins.

6. A titre de mesures d'instruction, la partie recourante a requis l'audition de deux témoins.

Comme démontré plus avant, les éléments au dossier sont suffisants pour permettre à la Cour des assurances sociales de se prononcer et de renoncer à procéder à l'audition de témoins. Par conséquent, il n'y a pas lieu de donner suite à ces réquisitions. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 141 I 60 consid. 3.3 et les références citées). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d et l'arrêt cité ; TF 9C_272/2011 du 6 décembre 2011 consid. 3.1).

7. a) Au vu de ce qui précède, il y a lieu d'admettre le recours et de réformer la décision sur opposition litigieuse en ce sens que l'intimée doit prendre en charge les coûts relatifs à l'intervention pour la reconstruction chirurgicale clitoridienne du 28 novembre 2022 à titre d'assurance obligatoire des soins.

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

c) La recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire, a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter l'équitable indemnité à laquelle elle a droit en tenant compte de l'importance et de la complexité du litige ainsi que du temps requis pour le traitement d'une telle affaire. Au regard de ces éléments, il se justifie de fixer forfaitairement l'indemnité à 1'000 fr., débours et éventuelle TVA compris, et de la mettre intégralement à la charge de l'autorité intimée (art. 10 et 11 du tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative [TFJDA ; BLV 173.36.5.1]).

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

I. Le recours est admis.

II. La décision sur opposition rendue le 28 septembre 2023 par Y._____ SA est réformée, en ce sens qu'elle doit prendre en charge les frais liés à l'intervention pour la reconstruction chirurgicale clitoridienne du 28 novembre 2022 à titre d'assurance obligatoire des soins.

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

IV. Y._____ SA versera à F._____ la somme de 1'000 fr. (mille francs) à titre de dépens.

La juge unique :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- Association Astrée (pour F._____),
- Y._____ SA,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :