



POUVOIR JUDICIAIRE

A/228/2019

ATAS/247/2020

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 17 mars 2020

9^{ème} Chambre

En la cause

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

recourante

contre

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

intimée

**Siégeant : Eleanor McGREGOR, Présidente; Maria COSTAL et Andres PEREZ, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. 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.
2. Madame A_____ (ci-après : l'assurée) est affiliée auprès de la CSS Assurance (ci-après : CSS ou assurance) depuis le 1^{er} novembre 2015 pour l'assurance obligatoire des soins.
3. 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 (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.
4. Le 12 juillet 2016, l'assurance a répondu que les critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité n'étant pas remplis dans le cadre de ces traitements, il n'y avait pas l'obligation d'allouer des prestations au titre de l'assurance obligatoire.
5. Le 26 juillet 2016, se référant à un courrier de la Dresse D_____ du 22 juillet 2016, C_____ SA a demandé à CSS de revoir sa position. Dans ledit courrier, la médecin précitée a rappelé que l'assurée présentait un transsexualisme depuis de nombreuses années et qu'elle était sous hormonothérapie depuis 2014. Se référant à la jurisprudence relative à l'ancien art. 12 LAMA, la caisse maladie devrait prendre son cas en charge.

6. 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.
7. Le 7 décembre 2016, l'assurance a répondu que seule l'intervention au niveau thoracique pouvait être remboursée. Ce traitement stationnaire était pris en charge selon le système de facturation forfaitaire SwissDRG (*Swiss Diagnosis Related Groups*). L'indemnisation intervenait conformément à la couverture d'assurance de l'assuré. Les dépenses personnelles et les frais non-obligatoirement à la charge des assureurs-maladies étaient exclus. Dans la mesure où elles n'étaient pas à prédominance esthétique, les interventions ORL et capillaire ainsi que l'injection de Botox n'étaient pas des prestations obligatoires à charge de l'assurance obligatoire des soins.
8. 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.
9. Par courrier du 7 avril 2017, le Dr E_____ a rappelé que toute intervention de transformation de caractère sexuel dans le cadre de changement transgenre devait être prise en charge par les assurances de base au titre de maladie. Il demandait ainsi le réexamen du dossier pour la prise en charge de la rhinoplastie, de l'implantation capillaire ainsi que des injections de toxine botulique.
10. 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).
11. Le 28 août 2017, le Dr E_____ a relevé que la rhinoplastie devrait avoir lieu en anesthésie générale en milieu hospitalier avec un coût estimé à CHF 10'000.-, dont CHF 4'500.- à la charge de l'assurance et le reste à la charge du canton. Le traitement par injection de toxine botulique serait de CHF 500.-, à répéter deux fois par année, en tous les cas les premières années de traitement. Il ne pouvait pas estimer le coût de la transplantation des cheveux, dans la mesure où cette procédure n'était pas effectuée dans son institution. Il a précisé que, dans le cadre d'une

transformation de genre, l'ensemble de ces traitements étaient reconnus efficaces pour compléter la transformation et rendre la corpulence de la patiente plus féminine.

12. Le 27 septembre 2017, les docteurs G_____, médecin-adjoint du service des spécialités psychiatriques des HUG et chef de consultation spécialisée en sexologie, et 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 masculin. 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.
13. Le 30 janvier 2018, le Dr F_____ a déclaré être en faveur d'une prise en charge par l'assurance maladie d'une implantation de cheveux. Le médecin a confirmé avoir repris le suivi de l'hormonothérapie de l'assurée en janvier 2016. La problématique actuelle concernait une perte de cheveux au niveau fronto-temporal, probablement dans un contexte génétique dans la mesure où les hommes de sa famille présentaient une calvitie. Cette perte de cheveux entraînait une gêne psychosociale significative pour sa transition en femme, raison pour laquelle elle envisageait de recourir à une greffe de cheveux. Il soutenait cette intervention dans la mesure où elle permettrait à la patiente d'être plus en adéquation avec son identité féminine.
14. Le 8 mai 2018, le Dr H_____ a attesté de ce que l'assurée remplissait les critères du diagnostic de transsexualisme. Elle souhaitait un changement de genre qui nécessitait un traitement chirurgical. Dans ce but, le médecin précité l'encourageait à prendre contact avec les chirurgiens qui effectuent la vaginoplastie pour avoir des informations au sujet de la procédure. Il soutenait la demande de l'intéressée d'aller se renseigner à Zurich.
15. Le 20 juin 2018, le docteur J_____, médecin adjoint au service d'ORL et de chirurgie cervico-faciale des HUG, a observé un septum dévié antéro-supérieurement à droite et postéro-inférieurement à gauche et des cornets inférieurs légèrement hypertrophiques. Le médecin a confirmé que la déviation antérieure droite et postérieure gauche contribuait probablement à une obstruction nasale. Pour améliorer cela, la patiente était candidate à une septo-turbinoplastie inférieure bilatérale.

16. Le 30 juin 2018, le Dr E_____ a sollicité de l'assurance la prise en charge d'une rhinoplastie. Comme cela ressortait des photos transmises à l'assurance, la forme et la taille de son nez n'étaient pas concordantes avec un genre féminin. Il confirmait donc l'indication à une rhinoplastie qui aurait lieu dans le même temps opératoire, en anesthésie générale, que la turbinoplastie préconisée par les collègues du service d'ORL.
17. Le 25 juillet 2018, l'assurance a indiqué que l'intervention de septo-turbinoplastie inférieure bilatérale était prise en charge selon le système de facturation forfaitaire SwissDRG.
18. 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.
19. Le 13 septembre 2018, l'assurée, par l'intermédiaire de son conseil, a formé opposition à la décision du 25 juillet 2018, concluant à la prise en charge par l'assurance d'une rhinoplastie, d'une transplantation de cheveux au niveau frontal et d'injections de toxine botulique au niveau des masséters. Les indications médicales étaient clairement posées par les médecins qui suivaient l'assurée, lesquels relevaient unanimement que sa dysphorie devait encore être traitée par les traitements préconisés et que son état actuel portait atteinte à sa santé physique et psychique. Le montant de ces traitements ne paraissait du reste pas disproportionné.
20. Le 15 novembre 2018, le docteur K_____, spécialiste FMH en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, a attesté que la première séance de greffe des cheveux s'élèverait à CHF 8'000.- et que les deuxième et troisième séances seraient de CHF 6'000.- chacune.
21. 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 auquel 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'économie 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.
22. 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.

23. Par acte du 21 janvier 2019, l'assurée a formé recours contre la décision du 4 décembre 2018 par-devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : 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 entreprise et à la prise en charge de l'intervention secondaire (transplantation de cheveux au niveau frontal) dans le cadre de sa dysphorie de genre, sous suite de frais et dépens. Subsidièrement, 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, de la greffe des cheveux préconisée par ses médecins ». L'intéressée a allégué en substance que la transplantation de cheveux au niveau frontal répondait à l'exigence d'efficacité, dont faisait partie le principe d'économie du traitement. Elle a, en particulier, contesté l'appréciation de l'assurance selon laquelle le montant du devis serait appelé à augmenter dans le futur en raison d'une calvitie croissante, faisant valoir au contraire que, comme cela résultait de la comparaison de deux photographies prises en 2016 et 2018 (pièces 10 et 11 recourante), sa calvitie avait cessé de progresser.
24. Par décision du 13 février 2019, le Vice-président du Tribunal de première instance a admis l'assurée au bénéfice de l'assistance juridique avec effet au 30 janvier 2019.
25. Par réponse du 19 février 2019, l'assurance a conclu au rejet du recours. Elle a relevé en substance que la calvitie antérieure et temporale relevait d'un processus de vieillissement qui survenait fréquemment chez les hommes. À ce titre, il était possible de retenir que la calvitie constituait un caractère sexuel secondaire typiquement masculin. La greffe des cheveux ne pouvait en revanche pas être considérée comme une intervention nécessaire, dans la mesure où la calvitie n'était pas visible et ne portait ainsi pas atteinte à son apparence féminine. La perte des cheveux au niveau temporal jouait un rôle très mineur dans le ressenti de l'intéressée et ses éventuelles difficultés à vivre pleinement son corps de femme. Si, malgré tout, une correction de la calvitie de l'assurée devait être jugée nécessaire, il conviendrait d'admettre que le port d'une perruque constitue une mesure adéquate pour conformer son apparence extérieure à son nouveau genre. Or, compte tenu du principe de subsidiarité de l'assurance-maladie, le coût d'une perruque, pris en charge par l'assurance-invalidité, n'était pas à la charge de l'assurance obligatoire des soins.
26. Par réplique du 13 mars 2019, l'assurée a persisté dans ses conclusions. La demande de prise en charge d'une greffe capillaire par l'assurance se fondait sur

cinq avis médicaux convergents et unanimes. Le postulat selon lequel sa calvitie ne serait pas visible ne reposait sur aucune pièce et n'émanait que de l'appréciation, pour le moins partielle, de l'assurance. Contrairement à ce que soutenait l'assurance, le port d'une perruque n'était pas aussi adéquat qu'une greffe capillaire. Le port d'une perruque – qui cache momentanément la calvitie – n'élimine pas de manière aussi complète le symptôme que la greffe capillaire, qui élimine littéralement le symptôme.

27. Par duplique du 4 avril 2019, l'assurance a persisté dans ses conclusions. Les médecins s'étaient prononcés de manière générale sur l'ensemble des interventions préconisées et non spécifiquement sur la nécessité d'une greffe capillaire. Leur appréciation se fondait sur le propre ressenti de l'assurée et non sur une appréciation globale et objective de la situation. Les souffrances psychiques de l'intéressée ne sauraient avoir valeur d'une maladie. Aucun rapport médical n'établissait que ses souffrances étaient dues à la perte de cheveux au niveau temporal. La mise en œuvre d'une expertise médicale paraissait d'emblée inutile dans la mesure où selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, il s'agissait d'une question de bon sens plus que d'un problème médical nécessitant l'avis d'un spécialiste.
28. Dans ses observations du 26 avril 2019, l'assurée a produit trois nouvelles pièces, soit un rapport du 23 avril 2019 des Drs H_____ et L_____, médecin cheffe de clinique de l'unité de médecine sexuelle et de sexologie des HUG, un rapport du Dr F_____ du 24 avril 2019 et une attestation de dépôt de plainte déposée le 1^{er} avril 2019.

Dans leur rapport du 23 avril 2019, les Drs L_____ et H_____ ont appuyé la demande de prise en charge d'une greffe capillaire 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 calvitie. D'un point de vue psychiatrique, une greffe capillaire était indispensable. Les médecins ont relevé que leur patiente décrivait une persistance de sa dysphorie de genre liée aux caractères sexuels primaires et secondaires, particulièrement sa calvitie. Cette situation avait pour conséquence des restrictions dans le style de coiffure, des rituels quotidiens de vérification de son apparence et de dissimulation de sa calvitie. L'assurée relatait également des comportements d'évitement et de distanciation dans ses relations sociales et intimes. L'apparence physique incongrue de l'intéressée entraînait une plus grande difficulté à investir son corps de femme. Selon elle, les attributs masculins, tels que la calvitie, l'exposait à de la discrimination et à de la stigmatisation. Elle avait été agressée en public, ce qu'elle mettait en lien avec son apparence non congruente. Cette apparence masculine entretenait et augmentait sa souffrance physique liée à la dysphorie de genre. Elle présentait en effet 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 une réduction de l'appétit. Toute autre intervention matérielle, comme par exemple le port d'une perruque, serait perçue comme artificielle et associée à la calvitie masculine sous-jacente. Se référant à la littérature scientifique, les médecins ont relevé enfin qu'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_____ a indiqué que, dans la mesure où l'hormonothérapie féminisante ne pouvait modifier les contours osseux de la mâchoire ou favoriser la pousse des cheveux, il soutenait la démarche de greffe capillaire que la patiente envisageait. Cette intervention permettrait de diminuer la dysphorie de genre dont souffrait l'intéressée.

29. Dans ses observations du 20 mai 2019, l'assurance a maintenu ses conclusions. Elle a produit un courrier de l'assurée du 7 mai 2019 dans lequel l'intéressée sollicitait une décision formelle relative à la prise en charge du fraisage angulo-mandibulaire avec résection. L'assurance en a déduit que la greffe capillaire litigieuse ne suffirait de toute manière pas à l'intéressée pour s'approprier complètement son nouveau genre féminin. Elle se demandait dès lors combien d'interventions seraient encore nécessaires pour que l'assurée accepte son nouveau corps féminin tel qu'il était. D'après l'assurance, l'assurée semblait perdre de vue que chaque femme possédait des traits plus ou moins masculins et que la présence de traits plus masculins ne mettait pas en doute le genre féminin de ces femmes. L'attribution en genre se faisait ainsi selon une impression et une apparence générales et non selon des traits pris individuellement.
30. La chambre de céans a transmis cette écriture à l'assurée.
31. Le 6 février 2020, répondant aux questions complémentaires posées par la chambre de céans, le Dr F_____ a indiqué que les différents bilans biologiques confirmaient un profil hormonal féminin avec un taux de testostérone effondré et une élévation des oestrogènes (estradiol) sous l'effet de l'hormonothérapie. Sur la base des résultats de la prise de sang, il n'était pas possible d'évaluer l'évolution de l'alopecie. Il n'y avait pas de marqueur biologique de l'évolution de cette dernière, qui s'évaluait par l'examen clinique. De manière générale, lorsque la chute des cheveux était d'origine hormonale, elle était le plus souvent dépendante de la testostérone. Par conséquent, sous une hormonothérapie féminisante comme celle prise par l'assurée, on aurait éventuellement pu s'attendre à une amélioration sur le plan capillaire. Malheureusement, ceci n'avait pas été le cas chez l'assurée puisque l'alopecie fronto-temporale persistait. Celle-ci était donc plus probablement la conséquence de facteurs génétiques et hormonaux liés à la présence de testostérone avant l'hormonothérapie actuelle. Le médecin a cependant précisé que dans la mesure où le traitement hormonal subi par l'assurée avait eu pour effet de bloquer

de manière très efficace la sécrétion de testostérone, il pouvait en conclure que le taux de testostérone actuel n'avait pas d'incidence sur sa perte de cheveux. À la question de savoir si la calvitie de l'assurée avait cessé de progresser, le médecin a répondu n'avoir pas effectué d'évaluation clinique régulière pour pouvoir juger de la progression ou non de la calvitie. Selon ses notes, l'alopecie ne s'était en tout cas par améliorée. À son avis, une calvitie fronto-temporale était une caractéristique typiquement masculine, de sorte qu'une greffe capillaire permettrait de conforter la patiente dans son identité féminine et réduire, de ce fait, la dysphorie de genre. D'après lui, le porte d'une perruque n'était probablement pas une alternative efficace à la greffe capillaire.

32. La chambre de céans a transmis aux parties les réponses du Dr F_____.

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 du 18 décembre au 2 janvier, 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 question de savoir si les frais médicaux relatifs à la transplantation de cheveux au niveau frontal sont à la charge de l'assurance-maladie de base. Pour mémoire, l'assurance a accepté de prendre en charge les interventions de rhinoplastie et de turbinoplastie, et la recourante n'a pas contesté le refus de prendre en charge les injections de toxine botulique. Partant, seule reste litigieuse la prise en charge des coûts liés à la transplantation de cheveux.

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 CIM-10 (Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10^{ème} 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, editrice 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 secondaire ; 2. Désir marqué d'être débarrassé(e) de ses caractéristiques sexuelles primaires et/ou secondaire 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 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. 5.1 et la référence). Dans le contexte d'une dysphorie de genre, pour autant que l'indication à une opération de changement de sexe est établie, une augmentation mammaire doit être reconnue comme une intervention complémentaire destinée à modifier les caractères sexuels secondaires si cette mesure fait partie d'un programme thérapeutique global établi en fonction de l'ensemble des éléments recueillis et si, à l'intérieur de ce plan, elle peut être considérée comme efficace, appropriée et économique. En principe, la prise en charge des coûts entre alors en considération pour une prestation qui en soi ne constitue pas une mesure à la charge de l'assurance obligatoire des soins (ATF 142 V 316 consid. 5.2 p. 320 et la référence). 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).

Déjà sous l'empire de la LAMA le Tribunal fédéral considérait que pour le (la) transsexuel(le), les caractères sexuels secondaires ne revêtent pas moins d'importance que les caractères sexuels primaires. Aussi l'intéressé(e) ne peut-il(-elle) acquérir l'apparence extérieure de son nouveau sexe que si les caractères sexuels secondaires correspondent à cette nouvelle image. Pour des raisons tant physiques que psychologiques, l'opération de changement de sexe doit donc être envisagée de manière globale. Aussi, lorsque les conditions justifiant l'opération chirurgicale sont réalisées, les interventions complémentaires destinées à modifier les caractères sexuels secondaires font aussi partie, en principe, des prestations obligatoires à la charge des caisses-maladies au sens de l'art. 12 LAMA. Encore faut-il, d'une part, qu'il existe une indication médicale clairement posée et, d'autre part, que le principe de l'économie du traitement énoncé à l'art. 23 LAMA soit respecté. En effet, cette norme légale s'applique aussi dans le domaine de la chirurgie esthétique lorsque, exceptionnellement, un traitement relevant de cette discipline ressortit aux prestations obligatoires des caisses-maladies (ATF 120 V 463 consid 6b).

Selon la doctrine, la jurisprudence a établi l'absence de limitations à la portée de l'obligation d'allouer des prestations au sens de la LAMal : si les prestations liées à la réassignation sexuelle sont efficaces, appropriées et économiques, leur coût doit être pris en charge. Cette règle s'applique notamment au suivi psychiatrique, au traitement hormonal (y compris bloqueurs hormonaux), à la chirurgie mammaire, à l'ablation des organes reproducteurs, à la reconstruction d'organes génitaux, à l'épilation faciale (barbe), à la chirurgie faciale, à la réduction de la pomme d'Adam, au raccourcissement des cordes vocales, aux séances de logopédie (qui ont été prescrites) et à la transplantation capillaire. Les perruques ne sont pas prises en charge, car elles ne figurent pas sur la liste positive des moyens et appareils (Alecs RECHER, Les droits des personnes trans*, in Andreas R. Ziegler / Michel Montini / Eylem Ayse Copur (éd.) Droit LGBT, 2^e éd. 2015, n° 96).

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'écarter 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 parti 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).

7. 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'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).

8. En l'espèce, le diagnostic de dysphorie de genre ou transsexualisme (F 64.0) n'est pas contesté. L'intimée admet par ailleurs que, dans la mesure où la calvitie antérieure et temporale relève d'un processus de vieillissement qui survient fréquemment chez les hommes, la calvitie constitue un caractère sexuel secondaire typiquement masculin. Ainsi, en principe, l'intervention destinée à modifier ce caractère sexuel secondaire fait partie des prestations obligatoires à la charge de l'assurance obligatoire des soins au sens de la jurisprudence précitée. Encore faut-il que l'intervention proposée, soit la transplantation de cheveux au niveau frontal, réponde aux critères de l'efficacité, du caractère approprié et de l'économicité au sens de l'art. 32 al. 1 LAMal, ce que conteste l'intimée.

En l'occurrence, compte tenu des avis médicaux versés au dossier, l'exigence du caractère approprié de la mesure doit être admise d'emblée. L'ensemble des médecins ayant suivi la recourante ont en effet reconnu que la greffe capillaire permettrait à l'intéressée de vivre son corps de manière plus en harmonie avec son identité de genre féminine et diminuerait sa dysphorie de genre (cf. rapport du Dr D_____ du 4 juillet 2016 ; rapport des Drs G_____ et H_____ du 27 septembre 2017 ; rapport des Drs L_____ et H_____ du 23 avril 2019 ; rapports du Dr F_____ des 30 janvier 2018 et 24 avril 2019). Les appréciations des médecins se fondent sur les caractéristiques personnelles de la recourante et les souffrances dont elle leur a fait part. Les Drs L_____ et H_____ ont en particulier relevé que, d'un point de vue psychiatrique, une greffe capillaire était indispensable. Les attributs masculins de la recourante, tels que la calvitie, l'exposaient à de la discrimination et de la stigmatisation. Cette apparence masculine entretenait et augmentait sa souffrance psychique liée à la dysphorie de genre. La recourante 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 et une réduction de son énergie. Le Dr F_____ a quant à lui confirmé que la perte de cheveux entraînait une gêne psychosociale significative pour la transition en femme de l'intéressée. L'indication médicale est ainsi clairement établie, de sorte que le caractère approprié de l'intervention l'est également.

L'intervention – dont il n'est pas contesté qu'elle permet de diminuer la calvitie masculine antérieure et temporale – remplit en outre l'exigence de l'utilité thérapeutique en ce sens qu'elle entre dans le type d'interventions propres à réduire les effets de la dysphorie de genre. Cela ressort notamment de l'appréciation du Dr E_____, selon lequel la transplantation de cheveux au niveau frontal (une implantation plus basse et féminine) est un traitement reconnu comme efficace pour compléter la transformation de genre (cf. rapport médical du 28 août 2017). Le Dr F_____ a également confirmé qu'une greffe capillaire permettait de conforter la patiente dans son identité féminine et réduire, de ce fait, la dysphorie de genre. L'intimée conteste l'efficacité de la mesure, faisant valoir qu'une autre mesure adéquate entre en ligne de compte, soit le port d'une perruque. Il s'agirait d'ailleurs du procédé généralement utilisé en cas de dysphorie de genre. Avec cet argument, l'intimée perd cependant de vue qu'une prestation est efficace au sens de l'art. 32 al. 1 LAMal, 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. Or, dans leur appréciation du 23 avril 2019, les Drs L_____ et H_____ ont relevé qu'une implantation capillaire était plus appropriée que le port d'une perruque, qui serait perçue comme artificielle et associée à la calvitie masculine sous-jacente. Le Dr F_____ rejoint également cet avis, exprimant des doutes quant au fait qu'une « telle mesure artificielle puisse aider à diminuer la dysphorie de genre au même titre qu'une greffe capillaire » (réponses aux questions de la chambre de céans du 6 février 2020). Il y a donc lieu de suivre l'appréciation des médecins, dont les conclusions ne sont mises en doute par aucun avis contraire, et d'admettre que le port d'une perruque est une mesure globalement moins efficace qu'une implantation capillaire pour compléter la transformation de genre chez les personnes souffrant d'une dysphorie de genre.

Reste à déterminer si l'implantation capillaire répond au critère de l'économicité posé à l'art. 32 al. 1 LAMal, étant rappelé que le but du traitement médical, dans les limites de l'assurance-maladie, est d'éliminer de la manière la plus complète possible les atteintes physiques et psychiques à la santé de l'assuré. Dans la décision entreprise, l'intimée a retenu que le montant de la greffe capillaire envisagée, dont le devis s'élevait à CHF 20'000.-, était appelé à augmenter dans le futur en raison d'une calvitie croissante. Elle a souligné que la chute des cheveux était un processus dynamique, de sorte qu'il était certain que la calvitie présentée par la recourante, qui n'était âgée que de 27 ans, ne cesserait d'augmenter au fil des années. Le traitement proposé par les médecins de l'intéressée était ainsi nettement

plus coûteux que le port d'une perruque, étant précisé que l'assurance-invalidité prenait en charge le coût d'une perruque à hauteur de CHF 1'500.- par an.

En l'occurrence, on peut d'emblée questionner le caractère alternatif de la mesure proposée par l'intimée dans la mesure où, comme elle l'admet elle-même, le coût d'une perruque ne serait vraisemblablement pas à la charge de l'assurance obligatoire des soins (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_550/2012 du 13 juillet 2013 concernant le remboursement par l'assurance-invalidité d'une perruque à une femme transsexuelle souffrant d'une calvitie typiquement « masculine »). Quoiqu'il en soit, il n'y pas de disproportion évidente entre les frais de l'intervention et le résultat que l'on peut en attendre. En effet, la recourante étant âgée de 29 ans, l'intervention aura pour effet d'éliminer de manière définitive une atteinte physique qui, en l'absence de greffe, sera amenée à persister durant de nombreuses années. L'argument de l'intimée selon lequel le devis serait appelé à augmenter dans le futur en raison d'une calvitie croissante ne trouve aucun appui dans les pièces du dossier. Le Dr F_____ a certes indiqué que l'alopecie ne s'était pas améliorée malgré le traitement hormonal ayant eu pour effet de bloquer de manière très efficace la sécrétion de testostérone. Il n'a cependant fait aucune mention d'une péjoration de la situation depuis le début du traitement en 2014. Il a par ailleurs relevé que l'alopecie de la recourante était probablement la conséquence de facteurs génétiques et hormonaux liés à la présence de testostérone avant l'hormonothérapie actuelle. Or, le taux de testostérone *actuel* de l'intéressée, en tant qu'il était « effondré », n'avait plus d'incidence sur sa perte de cheveux. On peut donc en déduire que l'hormonothérapie a eu des effets positifs sur la perte de cheveux de la recourante, ce qui paraît du reste ressortir des photographies produites par l'intéressée (pièces 10 et 11 recourante). Dans ces conditions, il n'est pas possible de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le montant de l'intervention serait appelé à augmenter en raison d'une calvitie croissante.

Il résulte de ce qui précède que l'intervention proposée, consistant dans la transplantation de cheveux au niveau frontal, doit être prise en charge par l'intimée.

9. Le recours sera donc admis et la décision entreprise partiellement annulée en ce sens qu'elle rejette l'opposition en tant qu'elle concerne la greffe de cheveux.

La recourante obtenant gain de cause, une indemnité lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA en corrélation avec l'art. 89H al. 3 de la loi du 12 septembre 1985 sur la procédure administrative). L'autorité cantonale chargée de fixer l'indemnité de dépens jouit d'un large pouvoir d'appréciation (ATF 111 V 49 consid. 4a). Ainsi l'indemnité allouée sera fixée à CHF 3'500.-.

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

* * * * *

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision sur opposition de l'intimée du 4 décembre 2018 en tant qu'elle rejette l'opposition concernant la greffe de cheveux.
4. Dit que la recourante a droit à la prise en charge par l'intimée du coût de l'intervention de transplantation de cheveux au niveau frontal.
5. Condamne l'intimée à verser à la recourante une indemnité de CHF 3'500.- à titre de dépens.
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. 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