

NE_GERICHTE CDP.2024.260 vom 14. Juli 2025

NE Tribunal cantonal, 2025-07-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne_gerichte_CDP.2024.260

FR: NE_GERICHTE CDP.2024.260 du 14 juillet 2025

IT: NE_GERICHTE CDP.2024.260 del 14 luglio 2025

Erwägungen

E. 2

février 2022, auquel état annexé un courrier du Dr C. _____ daté du 10 décembre 2021 dont l'entête contient les informations et l'adresse du Dr C. _____ /centre universitaire [2], l'assurance-maladie a reçu une demande de prise en charge du matériel pour une opération prévue en février 2022. L'assureur maladie a vainement tenté d'obtenir des informations concernant cette opération (cf. courriers des 09.02, 09.03 et 11.04.2022).

Par courrier du 20 février 2023, A. _____ a demandé le remboursement de frais médicaux par 20'595.90 francs pour la vaginoplastie du 11 février 2022 en Espagne et par 13'519.36 francs pour une chirurgie de féminisation du visage du 16 février suivant, opérations pratiquées par le Dr C. _____ en Espagne. L'assurance-maladie a répondu ne pas pouvoir entrer en matière dans la mesure où elle s'était déjà prononcée à ce propos par décision sur opposition du 18 septembre 2020.

Le 22 mai 2023, A. _____ a déposé une demande de révision de la décision du 18 septembre précitée. Elle a fait valoir que la première demande concernait une prise en charge en Allemagne alors que les frais médicaux dont elle demandait le remboursement concernaient une opération pratiquée en Espagne. Elle a relevé qu'en 2022, le Dr C. _____ n'exerçait plus sur le site du centre universitaire [2]. Elle a fait valoir avoir reçu récemment une description précise du protocole mettant en évidence la différence essentielle entre les opérations pratiquées en Suisse (mini-laparotomie) par rapport à celles effectuées en Espagne (interposition du côlon de manière strictement laparoscopique). Elle a également soutenu que les statistiques récentes de l'OFS en matière de vaginoplastie faisaient état de seulement 5 vaginoplasties en 2021, soit un nombre insuffisant pour permettre de considérer qu'il existe une pratique médicale en Suisse permettant d'assurer la qualité de l'opération de réassignation sexuelle homme-femme. L'assurance-maladie a estimé, par décision du 22 août 2023, que les conditions d'une révision n'étaient pas réunies. Elle a notamment relevé qu'en 2020, elle avait eu une conversation téléphonique avec le Dr D. _____ lequel mentionnait que le traitement par vaginoplastie pouvait être effectué au sein du centre universitaire [3] et que le centre universitaire [1] avait attesté avoir procédé à 15 vaginoplasties entre 2017 et 2018. Elle a considéré que les arguments liés au risque développés par le Dr C. _____ ne constituaient pas des faits nouveaux puisque ceux-ci avaient déjà été évoqués, certes dans une moindre mesure, en 2020. Ce prononcé a été confirmé, sur opposition de l'assurée, par décision du 4 septembre 2024, l'assurance-maladie maintenant le refus de révision. En substance, elle a retenu que l'opération finalement effectuée en Espagne étant, quoi qu'il en soit, également réalisable en Suisse, elle n'aurait pas pris de décision différente à celle du 18 septembre 2020, même en ayant connaissance d'intervention prévue en Espagne.

B.A._____ recourt contre cette décision sur opposition auprès de la Cour de droit public du Tribunal cantonal en concluant, avec suite de frais et dépens, à son annulation. Principalement, elle demande l'admission de sa demande d'ouverture de la procédure de révision et à la prise en charge de la totalité des frais de l'opération de réassignation sexuelle et des soins postopératoires pratiqués le 11 février 2022 en Espagne. Subsidiairement, elle sollicite le renvoi de la cause à l'intimée pour nouvelle décision au sens des considérants. Elle invoque une violation des règles consacrées à la révision. Elle estime que le rapport établi par le Dr C._____ en octobre 2022, ainsi que les données publiées par l'Office fédéral de la statistique en octobre 2023 constituent des preuves nouvelles et que les conditions d'application de la révision sont ainsi remplies. Elle invoque également une violation des règles de la bonne foi en reprochant à l'assureur maladie de refuser d'entrer en matière pour la prise en charge de l'opération alors qu'il a accepté de le faire pour les soins postopératoires. Elle requiert son audition ainsi qu'une expertise, en particulier pour déterminer si une vaginoplastie avec interposition du côlon de manière laparoscopique est réalisable en Suisse.

C. Dans ses observations du 19 novembre 2024, l'intimée conclut, sous suite de frais et dépens principalement au rejet du recours en toutes ses conclusions et à la confirmation de la décision sur opposition entreprise. Subsidiairement, elle conclut à « acheminer Philos Assurance Maladie SA à prouver par toutes voies de droit les faits allégués dans ses écritures ». En substance, elle soutient que les conditions de la révision ne sont pas remplies en l'espèce. Elle fait valoir que, selon le Prof. E._____, médecin-chef auprès du service de chirurgie plastique et chirurgie de la main auprès de l'Hôpital universitaire [2], cet établissement effectue régulièrement des vaginoplasties avec le même mode opératoire qu'en Espagne.

D. Dans sa réplique inconditionnelle du 21 janvier 2025, la recourante soutient que l'opération évoquée par le Prof. E._____ ne correspond pas à celle dont elle a bénéficié en Espagne et estime que les conditions de la révision sont ainsi remplies.

C O N S I D E R A N T

en droit

1. Interjeté dans les formes et délai légaux, le recours est recevable.

2.a) Suivant une jurisprudence constante, la Cour de droit public examine d'office les conditions formelles de validité et la régularité de la procédure administrative suivie devant les autorités précédentes (RJN 2016, p. 613 cons. 2a). Cet examen porte en particulier sur le point de savoir si c'est à juste titre que l'intimée a traité la demande de l'assurée sous l'angle de la révision au sens de l'article 53 LPGA.

Aux termes de l'article 53 al. 1 LPGA, les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant. L'alinéa 2 de cette disposition prévoit que l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable.

Comme l'indique son titre marginal, la disposition sur la « Révision et reconsidération » règle deux situations distinctes : la première (art. 53 al.1 LPGA) a trait à la possibilité de

corriger une décision entrée en force en raison d'une erreur initiale dans les faits, la seconde porte sur une telle correction rendue nécessaire par une application initiale erronée du droit (art. 53 al. 2 LPGA), pour laquelle la loi précise le moment jusqu'auquel l'auteur de la décision peut revenir sur son prononcé (art. 53 al. 3 LPGA). La norme prévoit les conditions auxquelles une décision administrative rendue par un assureur social et entrée en force peut être soit révisée, soit reconsidérée. Elle vise les cas dans lesquels la décision devenue définitive est entachée d'une irrégularité originaire, parce qu'elle reposait déjà au moment où elle a été rendue sur une erreur de fait ou sur une erreur dans l'application du droit (Moser-Szeless, in : Commentaire romand LPGA, 2018, no 11 ad art. 53). Tant la révision procédurale que la reconsidération au sens de l'article 53 LPGA supposent qu'un organe d'exécution d'une assurance sociale ait rendu une décision ou une décisionsur opposition (rendue lorsque la voie de l'opposition contre la décision selon l'article 52 LPGA est ouverte). Il s'agit de l'acte juridique par lequel un rapport juridique individuel et concret ■ souvent, les droits et obligations de la personne concernée dans un des domaines des assurances sociales ■ est réglé de façon unilatérale et contraignante. Pour définir plus précisément la notion de décision, qui n'a pas été concrétisée plus avant à l'article 49 al.1 LPGA, il y a lieu de se référer à celle prévue à l'article 5 al.1 PA : la décision a pour objet de créer, de modifier ou d'annuler des droits ou des obligations, d'en constater l'existence, l'inexistence ou l'étendue ou encore de rejeter ou de déclarer irrecevables des demandes tendant à créer, à modifier, à annuler ou à constater des droits ou des obligations. (Moser-Szeless, op. cit., no 21 ad art. 53 ; ATF 133 V 50 ch. 4.1.2). Le caractère concret existe si un acte vise une situation particulière, soit un état de fait spécifique au cas d'espèce. L'acte doit se rapporter à une certaine circonstance de la vie qui est délimitée en termes de temps et d'espace et qui est spécifiée à un point permettant une exécution directe et sans autres étapes de concrétisation (Bellanger, in : Commentaire romand PA, 2024, no 49 ad art. 5).

b) En l'espèce, il apparaît que, par décision du 28 février 2020, confirmée sur opposition le 18 septembre 2020, l'assureur maladie a refusé de prendre en charge une opération par vaginoplastie qui aurait dû être effectuée en Allemagne début 2020 (cf. demande de remboursement du 20.02.2023 allégué 12). Or, la demande de remboursement de frais médicaux ici litigieuse ne concerne pas l'opération agendée début 2020 en Allemagne, mais sur la prise en charge de deux interventions (vaginoplastie et chirurgie faciale) effectuées en Espagne les 11 et 16 février 2022. C'est donc à tort que l'intimée a considéré qu'il s'agissait de la révision de la décision sur opposition du 18 septembre 2020 et ainsi limité l'examen de la demande de remboursement pour les deux opérations pratiquées en Espagne aux conditions strictes de l'article 53 al. 1 LPGA. Il convient dès lors d'annuler la décision et de renvoyer le dossier à l'assureur maladie pour la reprise ab ovo de la cause. Dans ce cadre, outre la question de la technique opératoire (laparoscopie ou laparotomie), il appartiendra notamment à l'intimée d'examiner, si en 2022, la Suisse disposait d'une expertise suffisante dans ce domaine. A cet égard, il sied de rappeler que l'on ne saurait déterminer l'existence d'une telle expertise sous l'angle d'un nombre minimal de cas fixé abstraitement, mais en répondant à la question suivante : est-ce que l'offre nationale de thérapie pour la réalisation de cette intervention, en comparaison d'un même traitement à l'étranger, comporte des risques de complications à ce point élevés, en raison de la faible fréquence opératoire en Suisse, qu'on ne peut plus y escompter un traitement responsable et acceptable, c'est-à-dire adéquat ? L'appréciation doit s'effectuer selon des éléments objectifs et sur des bases concrètes (ATF 145 V cons. 7.5 et les

références citées). Le risque d'une intervention ne doit ainsi pas être évalué sur la base de critères subjectifs, comme la peur d'une opération. Seule doit compter la situation effective en Suisse par rapport à l'offre de traitement à l'étranger (arrêt du TF du 31.01.2023 [9C_615/2021] cons. 6.2 ; arrêt de la Cour de droit public du 14.03.2023[CDP.2022.18]).

3.a) Partant, cela conduit à l'admission du recours, à l'annulation de la décision du 22 août 2023 et de la décision sur opposition du 4 septembre 2024 et au renvoi de la cause à l'intimée pour nouvelle décision. Il appartient ainsi à l'assureur maladie de reprendre la procédure ab ovo. Compte tenu de ce renvoi, la Cour de céans n'a pas à examiner à ce stade les arguments soulevés par la recourante ni la réquisition tendant à la mise en œuvre d'une expertise. Il n'y a pas non plus lieu, dans ces conditions, de procéder à l'audition de l'assurée.

b) Il est statué sans frais, la LAMal n'en prévoyant pas (art. 61 let. f bis LPGA). Vu le sort de la cause, la recourante a droit à une allocation de dépens (art. 61 let. g LPGA). A défaut d'un état des honoraires et des frais, les dépens seront fixés sur la base du dossier (art. 64 al. 1 et 2 LTFrais par renvoi de l'art. 67 LTFrais). Tout bien considéré, l'activité déployée par la mandataire peut en l'espèce être évaluée à un total de 8 heures, celle-ci représentant déjà l'assurée devant l'intimée. Eu égard au tarif appliqué par la Cour de céans de l'ordre de 300 francs de l'heure (CHF 2'400), des débours à raison de 10 % des honoraires (art. 63 LTFrais par renvoi de l'art. 67 LTFrais; CHF 240) et de la TVA au taux de 8,1 %, l'indemnité de dépens sera fixée à 2'853.85 francs et mise à la charge de l'assureur maladie.

Par ces motifs, la Cour de droit public

1. Admet le recours en ce sens que la décision du 22 août 2023 ainsi que celle sur opposition du 4 septembre 2024 sont annulées et renvoie la cause à Philos Assurance Maladie SA pour nouvelle décision au sens des considérants.

2. Statue sans frais.

3. Alloue à la recourante une indemnité de dépens de 2'853.85 francs à la charge de l'intimée.

Neuchâtel, le 14 juillet 2025

E. 3

a) Partant, cela conduit à l'admission du recours, à l'annulation de la décision du 22 août 2023 et de la décision sur opposition du 4 septembre 2024 et au renvoi de la cause à l'intimée pour nouvelle décision. Il appartient ainsi à l'assureur maladie de reprendre la procédure ab ovo. Compte tenu de ce renvoi, la Cour de céans n'a pas à examiner à ce stade les arguments soulevés par la recourante ni la réquisition tendant à la mise en œuvre d'une expertise. Il n'y a pas non plus lieu, dans ces conditions, de procéder à l'audition de l'assurée. b) Il est statué sans frais, la LAMal n'en prévoyant pas (art. 61 let. f bis LPGA). Vu le sort de la cause, la recourante a droit à une allocation de dépens (art. 61 let. g LPGA). A défaut d'un état des honoraires et des frais, les dépens seront fixés sur la base du dossier (art. 64 al. 1 et 2 LTFrais par renvoi de l'art. 67 LTFrais). Tout bien considéré, l'activité déployée par la mandataire peut en l'espèce être évaluée à un total de 8 heures, celle-ci représentant déjà l'assurée devant l'intimée. Eu égard au tarif appliqué par la Cour de céans de l'ordre de 300 francs de l'heure (CHF 2'400), des débours à raison de 10 % des honoraires (art. 63 LTFrais par renvoi de l'art. 67 LTFrais ; CHF 240) et de la TVA au taux

de 8,1 %, l'indemnité de dépens sera fixée à 2'853.85 francs et mise à la charge de l'assureur maladie.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.