

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 20 novembre 2012

---

Présidence de        Mme    DESSAUX, juge unique  
Greffier                :        M. d'Eggis

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**R.** \_\_\_\_\_, à Renens, recourante,

et

**ASSURANCE** \_\_\_\_\_ **SA**, à Lucerne, intimée.

---

**Art. 25 al. 1 et al. 2 let. a, 32, 33 LAMal**

**E n f a i t :**

**A.** R.\_\_\_\_\_, née le 8 juillet 1970, est affiliée auprès de Assurance \_\_\_\_\_ SA (ci-après : l'assureur) pour l'assurance obligatoire des soins au sens de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal).

L'assureur a reçu une facture établie le 21 novembre 2011 par le Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en gynécologie et obstétrique et médecin traitant de l'assurée, d'un montant de 1'180 fr. 85 pour traitement de stérilité primaire.

Aux questions posées par lettre du 20 décembre 2011 par l'assureur, le Dr M.\_\_\_\_\_ a répondu le 23 décembre 2011 en indiquant que les examens du 3 au 17 novembre 2011 étaient relatifs à une stérilité primaire sur insuffisance ovarienne, que le traitement avait pour but une stimulation ovarienne et qu'aucune grossesse n'avait été obtenue.

Se fondant sur l'avis de son médecin conseil, l'assureur a refusé par courrier du 18 janvier 2012 la prise en charge du traitement du 3 au 17 novembre 2011 chez le Dr M.\_\_\_\_\_ en se fondant sur l'art. 32 LAMal et en rappelant que les statistiques médicales prouvent que les chances de réussite d'un traitement de la stérilité diminuent avec l'âge; de ce fait, le critère d'efficacité n'est plus réalisé pour les patientes âgées de 40 ans ou plus.

Dans une lettre du 25 janvier 2012, l'assurée a contesté le refus de prise en charge en indiquant avoir subi un choc émotionnel en août 2009 ayant influencé son cycle menstruel, ce qui l'a amenée à consulter le Dr M.\_\_\_\_\_, et en reprochant à l'assureur de ne pas indiquer sa source pour les "statistiques médicales" auxquelles il se référerait.

Par courrier du 6 février 2012, l'assureur a confirmé le refus de prise en charge en précisant que la limite d'âge indiquée se fondait sur les analyses de la Société Suisse des médecins-conseils (SSMC), précisant que les prestations pour les examens et les traitements de la stérilité chez la

femme de plus de 40 ans ne sont pas à prendre en charge car selon les analyses de la SSMC les critères d'efficacité et d'économicité ne sont plus remplis et une absence de grossesse chez une femme de plus de 40 ans n'est pas considérée comme une maladie.

L'assureur a également reçu une facture de 834 fr. 25 pour le médicament Fostimon prescrit par le Dr M.\_\_\_\_\_ et retiré à la pharmacie E.\_\_\_\_\_ le 30 décembre 2011. Réglée selon le principe du tiers payant le 27 janvier 2012, cette facture a été mise à la charge de l'assurée par bordereau de règlement du 8 mars 2012.

En réponse à un courrier du 21 mars 2012 de l'assurée, l'assureur a rendu le 19 avril 2012 une décision de refus de prestations pour les motifs développés dans ses courriers précédents concernant la facture du Dr M.\_\_\_\_\_ et en restitution concernant la facture de la pharmacie E.\_\_\_\_\_.

Dans une lettre du 23 avril 2012, l'assurée a formé opposition, en exposant en bref que ses médecins lui avaient certifié la prise en charge pendant un an au minimum et qu'elle avait consulté le Dr M.\_\_\_\_\_ en mars 2011, à l'âge de 40 ans et sept mois, les premiers médicaments étant prescrits en juin 2011.

**B.** En date du 16 juillet 2012, par son mari, R.\_\_\_\_\_ a déposé une requête de conciliation auprès de la cour de céans portant sur le paiement par l'assureur des deux factures précitées ainsi que d'une seconde facture de la pharmacie E.\_\_\_\_\_ par 53 fr. 10 et de deux notes d'honoraires de 225 fr. 10 et 112 fr. 55 du Dr L.\_\_\_\_\_, gynécologue. A l'appui de sa requête, elle a répété que le dérèglement de son cycle menstruel était consécutif à un choc émotionnel et allégué notamment que le Dr L.\_\_\_\_\_ avait mis en place un traitement par injection postérieurement à celui prescrit par le Dr M.\_\_\_\_\_, lui remettant à cette occasion un fascicule d'information. Ces deux médecins lui avaient affirmé que les traitements étaient à charge de l'assurance-maladie à raison d'un cycle d'une année. Elle a produit le fascicule intitulé « Infertilité, le corps

en panne », rédigé par le Dr L. \_\_\_\_\_ d'une part, par [...], psychologue et [...], avocate, d'autre part. Il ressort de ce document notamment ceci, en pages 7 et 37 :

**« Evolution de l'infertilité**

La fertilité individuelle diminue avec l'âge, lentement et régulièrement chez l'homme, de manière plus rapide et brusque chez la femme.

Pour simplifier, on peut dire que la fécondité masculine est plus ou moins stable. La fécondité féminine est stable de 20 à 35 ans, diminue régulièrement jusqu'à 40 ans puis de manière brusque jusqu'à la ménopause dès 45 ans.

[...]

**Prise en charge par les caisses maladies (LAMAL)  
(état 2005)**

Les stimulations hormonales de l'ovulation sont prises en charge pour une durée maximale de 1 an. »

L'assurée a de surcroît relevé que les statistiques médicales estimant que l'efficacité du traitement allait en diminuant à partir de l'âge de 40 ans n'avaient pas valeur d'études médicales de référence.

Par courrier du 18 juillet 2012, le juge instructeur a signifié à l'assurée que sa requête de conciliation paraissait irrecevable et lui a imparti un délai au 30 juillet 2012 pour déposer cas échéant un recours contre la décision sur opposition qui aurait été prononcée.

**C.** La décision sur opposition a été rendue entre-temps, soit le 23 juillet 2012. L'assureur a partiellement admis l'opposition en ce sens qu'il renonçait à exiger la restitution des frais médicamenteux de 834 fr. 25 payés à la pharmacie E. \_\_\_\_\_ et a confirmé le refus de rembourser la facture de 1'180 fr. 85 en se fondant sur les art. 25 al. 1 et 32 al. 1 LAMal, ainsi que sur les recommandations de la SSMC.

**D.** Par lettre recommandée du 26 juillet 2012, l'assurée, par son mari, a motivé son recours par le fait que des statistiques médicales ne peuvent pas servir de base légale pour fixer un âge limite (en l'occurrence 40 ans) autorisant l'assurance maladie à refuser le remboursement de frais médicaux et pharmaceutiques. Elle a pris les conclusions suivantes :

"I. L'intimée Assurance \_\_\_\_\_ SA, est la débitrice de CHF 1180.85 représentant la facture du Dr M. \_\_\_\_\_ du 21 novembre 2011, avec intérêts à 5% dès le 01.12.2011.

II. L'intimée Assurance \_\_\_\_\_ SA, est responsable du règlement des deux factures du Dr L. \_\_\_\_\_ de CHF 225.10 (traitement du 3 au 6.02.2012) et CHF 112.55 (traitement du 5.03.2012) et de deux factures de la pharmacie E. \_\_\_\_\_ à Renens CHF 53.10 (29.02.2012) et CHF 834.25 (30.12.2011)."

Dans sa réponse du 10 septembre 2012, Assurance \_\_\_\_\_ SA a conclu au rejet du recours, avec suite de frais et dépens, dans la mesure où il est recevable. L'intimée a nié que la stérilité chez une femme de plus de 40 ans constitue une maladie et s'est fondée sur les analyses de la SSMC pour contester que les critères légaux (art. 25 al. 1 et 32 al. 1 LAMal) d'efficacité et d'économicité soient réalisés.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-maladie (art. 1 al. 1 LAMal). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent, est donc recevable.

**b)** La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1er janvier 2009, s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). Vu la valeur litigieuse inférieure à 30'000 fr., la cause est de la compétence du juge instructeur statuant en tant que juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre une décision prise par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière — et le recourant présenter ses griefs — que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

**b)** En l'espèce, dans la décision attaquée, l'intimée a admis partiellement l'opposition et renoncé à exiger le remboursement des médicaments payés par 834 fr. 25 à la pharmacie E.\_\_\_\_\_. Faute d'objet, le recours sur ce point est ainsi irrecevable.

Quant à la facture de la pharmacie E.\_\_\_\_\_ de 53 fr. 10 et aux deux factures du Dr L.\_\_\_\_\_, elles ne sont pas l'objet de la décision attaquée, si bien que les conclusions du recours sont irrecevables à leur égard.

Est ainsi seul litigieux le point de savoir si l'intimée doit prendre en charge, au titre de l'assurance obligatoire des soins, la facture de 1'180 fr. 85 relative au traitement de la stérilité primaire sur insuffisance ovarienne chez une femme de plus de quarante ans.

**3. a)** Selon l'art. 25 al. 1 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles. Les prestations comprennent notamment les examens et traitements dispensés sous forme ambulatoire, en milieu hospitalier ou dans un établissement médico-social ainsi que les soins dispensés dans un hôpital par des médecins, des chiropraticiens, des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat d'un médecin ou d'un chiropraticien (art. 25 al. 2 let. a 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 (art. 32 al. 1 LAMal). L'efficacité, l'adéquation et le caractère économique des prestations sont réexaminés périodiquement (art. 32 al. 2 LAMal).

**b)** 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 al. 1 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 (ATF 134 V 83 consid. 3.1; TF 9C\_465/2010 du 6 décembre 2010 consid. 4.1, reproduit in SJ 2011 I 209 avec référence).

La notion de maladie est une notion juridique qui ne se recoupe pas nécessairement avec la définition médicale de la maladie (ATF 134 V 83 consid. 3.1; 124 V 118 consid. 3b p. 120 s et les références).

**c)** Selon 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. Il incombe ainsi au Conseil fédéral de dresser une liste «négative» des prestations qui ne répondraient pas à ces critères ou qui n'y répondraient que partiellement ou sous conditions.

D'après l'art. 33 al. 3 LAMal, le Conseil fédéral détermine également 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.

A l'art. 33 OAMal et comme l'y autorise l'art. 33 al. 5 LAMal, le Conseil fédéral a délégué les compétences susmentionnées au Département fédéral de l'intérieur (DFI). Celui-ci en a fait usage en promulguant l'Ordonnance sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (OPAS; RS 832.112.31). Cette ordonnance détermine notamment les prestations visées par l'art. 33 let. a et c OAMal - dispositions qui reprennent textuellement les règles exposées aux al. 1 et 3 de l'art. 33 LAMal - dont l'assurance-maladie obligatoire des soins prend en charge les coûts, avec ou sans conditions, ou ne les prend pas en charge (art. 1er OPAS). Ces prestations figurent à l'annexe 1 à l'OPAS. Elle ne contient pas une énumération exhaustive des prestations fournies par les médecins à la charge ou non de l'assurance-maladie, mais indique :

- les prestations dont l'efficacité et l'adéquation ou le caractère économique ont été examinés par la Commission des prestations dont les coûts sont pris en charge, le cas échéant à certaines conditions, ou ne sont pas pris en charge;
- les prestations dont l'efficacité, l'adéquation ou le caractère économique sont encore en cours d'évaluation mais dont les coûts sont pris en charge dans une certaine mesure et à certaines conditions;
- les prestations particulièrement coûteuses ou difficiles qui ne sont prises en charge par l'assurance obligatoire des soins que lorsqu'elles sont pratiquées par des fournisseurs de prestations qualifiés.

L'établissement de ce catalogue requiert le concours de commissions consultatives de spécialistes (Commission fédérale des principes de l'assurance-maladie et Commission fédérale des prestations générales [Commission des prestations]; art. 37a OAMal en corrélation avec l'art. 33 al. 4 LAMal) (ATF 131 V 338 consid. 1.3).

**d)** L'annexe 1 à l'OPAS porte uniquement sur les prestations visées à l'art. 33 let. a et c OAMal qui ont fait l'objet d'un examen par la Commission des prestations et dont l'assurance prend en charge les coûts,

ne les prend qu'à certaines conditions ou pas du tout (art. 1er OPAS; cf. ATF 134 V 83 consid. 4.1). En présence de prestations fournies par un médecin (ou par un chiropraticien), qui n'ont pas été soumises à l'avis de la commission (art. 33 al. 3 LAMal et 33 let. c OAMal), il convient donc d'appliquer la présomption légale que le traitement répond aux exigences de la loi quant à son efficacité, son caractère approprié et économique. En effet, nombre de traitements remplissent ces conditions sans pour autant figurer dans l'annexe 1 à l'OPAS (TF du 12 mai 2005 K 9/05 consid. 4.1).

**e)** En matière de stérilité et d'infertilité, la SSMC précise ceci sur son site internet :

« La stérilité est une maladie et son traitement constitue dès lors une prestation obligatoire, pour autant que les conditions de l'art. 13 annexe 1 OPAS soient remplies.

[...]

Limite d'âge: Les prestations pour les examens et les traitements de stérilité chez une femme de plus de 40 ans ne sont pas à prendre en charge car selon les analyses de la SSMC, les critères d'efficacité et d'économicité ne sont plus remplies et une absence de grossesse chez une femme de plus de 40 ans n'est pas considérée comme une maladie. »

(<http://www.medecins-conseils.ch/manual/chapter28.html>)

**f)** La doctrine rejoint l'analyse de la SSMC en considérant que la perte de fertilité uniquement liée à l'âge est une cause physiologique naturelle et n'est donc pas une maladie (G. Eugster, *Krankenversicherung*, in *Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht*, vol. XIV, 2ème éd., ch. 258 p. 480).

La brochure intitulée "Infertilité, le corps en panne" produite par la recourante ne s'éloigne au demeurant pas sensiblement de la prise de position de la SSMC ainsi que de l'avis de la doctrine dans la mesure où elle évoque une diminution régulière de la fertilité jusqu'à 40 ans puis brusque dès 45 ans.

Pour le surplus, les indications relatives à la prise en charge des stimulations hormonales de l'ovulation par les caisses maladies données à titre d'information dans ladite brochure (page 37) ne sauraient en aucun cas lier les assureurs.

Ainsi, dans la mesure où la recourante était âgée de plus de 40 ans lorsqu'elle a entrepris le traitement en cause, sa stérilité ne saurait être assimilée à une maladie au sens de l'art. 25 al. 1 LAMal. L'intimée n'a donc pas l'obligation de prendre en charge ce traitement au titre de l'assurance maladie obligatoire. La décision attaquée est ainsi justifiée pour ce premier motif.

**g)** L'annexe 1 à l'OPAS précise en son chiffre 3, relatif à la gynécologie et à l'obstétrique, que l'insémination artificielle est prise en charge à raison de trois cycles de traitement par grossesse au maximum. En revanche, la fécondation in vitro en vue de déterminer une éventuelle stérilité comme la fécondation in vitro et le transfert d'embryon (FIVETE) ne le sont pas. L'annexe 1 à l'OPAS ne mentionnant pas d'autre traitement de la stérilité pour le surplus, on doit en déduire que le traitement litigieux n'a pas été soumis à l'avis de la Commission des prestations.

Il convient donc de déterminer si le traitement litigieux répond aux présomptions légales de l'efficacité ainsi que de son caractère approprié et économique.

En l'occurrence, le traitement contre la stérilité suivi par la recourante ne satisfait pas non plus au critère d'efficacité posé par l'article 32 al. 1 LAMal, puisque les statistiques médicales démontrent qu'à partir de l'âge de 40 ans, la fertilité est fortement diminuée chez la femme. La décision attaquée est ainsi justifiée pour ce second motif. Cela étant, en l'absence de données relatives à l'âge, au taux de réussite du traitement et au coût de celui-ci, le point de savoir si le critère de l'économie est réalisé peut quoi qu'il en soit être laissé indécis.

**3. a)** Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

**b)** Il n'y a pas lieu de percevoir des frais de justice, la procédure étant gratuite (art. 45 LPA-VD et art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens (art. 55 LPA-VD et art. 61 let. g LPGA).

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

**I.** Le recours est rejeté.

**II.** La décision sur opposition rendue le 23 juillet 2012 par Assurance \_\_\_\_\_ SA est confirmée.

**III.** Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué de dépens.

Le juge unique :

Le greffier :

**Du**

L'arrêt qui précède est notifié à :

- Mme R. \_\_\_\_\_,
- Assurance \_\_\_\_\_ SA,
- Office fédéral de sa 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).

Le greffier :