

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 15 mai 2015

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
MmesThalmann et Dessaux, juges
Greffière : Mme Brugger

Cause pendante entre :

L. _____, à [...], recourante,

et

O. _____, à [...], intimée.

Art. 3 al. 1 LPGA; 25 al. 1, 32, 33 al. 1 et al. 3 et 34 LAMal; 33 let. a et c OAMal; 1^{er} OPAS

E n f a i t :

A. L._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le [...] avril 1968, est affiliée auprès de O._____ (ci-après : O._____ ou l'intimée), anciennement I._____ (ci-après : I._____), pour l'assurance obligatoire des soins au sens de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal).

Le 23 mai 2011, la Dresse Z._____, spécialiste en gynécologie et obstétrique, médecin-chef à l'Unité de médecine de la reproduction du G._____ (ci-après : le G._____), a requis auprès d'I._____ la prise en charge d'une induction à la maturation folliculaire par gonadotrophines, hors fécondation in-vitro (FIV), pendant 12 cycles, ainsi que 3 cycles d'inséminations intra-utérines. Le médecin a relevé que bien que la patiente soit âgée de 43 ans, elle avait de bonnes valeurs hormonales et un bon pronostic : « LH à 4.2 U/l (valeur de référence 2-12) et FSH à 7.6 U/l (valeur de référence 4-12) ». Les valeurs de la Prolactine et de la fonction thyroïdienne étaient également parfaites.

Par courrier du 11 juillet 2011, I._____ a avisé la Dresse Z._____ que les conditions de prise en charge d'un traitement de la stérilité n'étaient pas remplies. En raison de l'âge de la patiente, les critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité n'étaient pas satisfaits.

La Dresse Z._____, le 18 août 2011, a demandé à I._____ le réexamen de sa demande, précisant que les chances de fertilité devaient être évaluées individuellement.

Le 6 septembre 2011, le Dr W._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin-conseil d'I._____, a informé la Dresse Z._____ qu'il préavisait négativement la demande de prise en charge. Selon les analyses de la Société suisse des médecins-conseils (SSMC), les critères d'efficacité et d'économicité n'étaient plus remplis pour les examens et les traitements de stérilité chez une femme de plus

de 40 ans, de même qu'une absence de grossesse au-delà de cet âge n'était pas considérée comme une maladie.

Sur la base de la recommandation de son médecin-conseil, le 16 septembre 2011, I._____ a indiqué à la Dresse Z._____ qu'elle maintenait son refus de prise en charge.

Le 30 septembre 2011, l'assurée a exigé d'I._____ une décision formelle de refus de prise en charge.

Par courrier du 5 octobre 2011, la Dresse Z._____ a informé le Dr W._____ que, suite à la deuxième insémination intra-utérine du 27 août 2011, la patiente était tombée enceinte. Il s'agissait d'une grossesse gémellaire évolutive. Au vu du fait que cela confirmait son bon pronostic, la Dresse Z._____ sollicitait le réexamen de la demande de prise en charge.

Le 17 octobre 2011, le Dr W._____ a fait part à la Dresse Z._____ de son préavis négatif, les règles de prise en charge du traitement restant les mêmes malgré la grossesse en cours de l'assurée.

Par courrier du 31 octobre 2011 à la Dresse Z._____, I._____ a confirmé son refus de prester.

Faisant suite à la requête de décision formelle de l'assurée, I._____ a demandé le 8 novembre 2011 à la Dresse Z._____ de lui faire parvenir le dosage de l'hormone antimulérienne afin de se déterminer quant à l'octroi des prestations. La Dresse Z._____ a répondu le lendemain et a indiqué que les valeurs hormonales du 18 mars 2011 étaient les suivantes :

« FSH = 7.6 U/l (réf. : 4-12)
LH = 4.2 U/l (réf. : 2-12)
E₂ = 0.12 nmol/l (réf. : 0.12-0.34)
AMH = 5.2 pmol/l ».

Le 16 décembre 2011, I._____ a admis la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins du traitement de stérilité de l'assurée. Elle a motivé sa décision comme suit :

« Sur la base de sa recommandation [du médecin-conseil] et selon les nouveaux éléments en sa possession, nous vous informons que nous pouvons prendre en charge les inséminations effectuées les 09.07.2011 et 27.08.2011, ainsi que les stimulations ovariennes, par votre assurance obligatoire des soins, conformément aux dispositions légales ».

B. Par courrier du 14 mars 2012 à I._____, la Dresse Z._____ a indiqué que la patiente avait fait une fausse couche et désirait reprendre les traitements. Le médecin a posé l'indication de pratiquer une induction à la maturation folliculaire par gonadotrophines, hors FIV, pendant 12 cycles, ainsi que 3 cycles d'inséminations intra-utérines, dont elle demandait la prise en charge.

Entre-temps, le 1^{er} janvier 2012, I._____ a été dissoute et reprise par O._____, dont le médecin-conseil est désormais le Dr R._____, spécialiste en médecine interne générale.

Le 3 mai 2012, O._____ a requis des informations complémentaires auprès de la Dresse Z._____, « afin [de] se déterminer quant à une éventuelle prise en charge ». O._____ a notamment demandé si l'insémination du 28 mars 2012 avait débouché sur une grossesse.

La Dresse Z._____ a répondu à O._____ les 11 et 21 juin 2012. Elle a précisé que la fausse couche de l'assurée était intervenue à la 9^{ème} semaine, que l'HSC était normale le 20 janvier 2012, que la patiente a été vue en consultation le 15 février 2012 et qu'elle était revenue depuis faire des stimulations.

Par courrier du 27 juillet 2012 à la Dresse Z._____, O._____ a refusé la prise en charge du traitement de la stérilité de l'assurée. Selon son médecin-conseil, le Dr R._____, les conditions de

prise en charge, à savoir l'efficacité, l'adéquation et l'économicité, n'étaient plus remplies dans le cas de l'assurée du fait de son âge.

Le 17 août 2012, la Dresse Z._____ a demandé à O._____ le réexamen de la demande de prise en charge. Elle a fait valoir que l'assurée « a de bonnes valeurs hormonales et un bon pronostic : LH à 4.2 U/l (valeur de référence 2-12) et FSH à 7.6 U/l (valeur de référence 4-12). Les valeurs de la Prolactine et de la fonction thyroïdienne sont également parfaites ». La Dresse Z._____ rappelait que le 16 décembre 2011, l'assureur avait pris en charge les inséminations et les stimulations ovariennes. Selon le médecin, dans la mesure où l'assurée avait fait une fausse couche, il y avait lieu de prendre en charge trois nouvelles inséminations conformément à la LAMal.

Le 25 septembre 2012, le Dr R._____ a fait savoir à la Dresse Z._____ qu'il maintenait son préavis négatif, en exposant ce qui suit :

« J'ai en effet préavisé positivement la prise en charge d'insémination en décembre 2011 car votre patiente était enceinte au moment où le dossier m'a été soumis pour la première fois.

Actuellement la situation est différente. En effet, la cas de votre patiente illustre bien que la fécondité ne peut pas se résumer à la fonction ovarienne (à ce propos, je ne dispose pas du taux d'AMH de votre patiente).

A 44 ans révolus, quel que soit l'environnement hormonal, je ne pense pas que l'on puisse considérer la baisse de fécondité comme une maladie au sens de la LAMal ».

Par courrier du 28 septembre 2012, O._____ a informé la Dresse Z._____ de son refus de rembourser les frais liés au traitement de la stérilité de l'assurée.

Le 28 novembre 2012, l'assurée a sollicité auprès d'O._____ une décision formelle de refus de prise en charge.

Le 11 décembre 2012, O._____ a requis le dosage de l'hormone antimulérienne de l'assurée auprès de la Dresse Z._____.

laquelle a répondu le 21 décembre 2012 que « le dosage de l'AMH du 18.3.2011 était à 5.2 pmol/l, le dosage de la FSH à 7.6 ».

Selon un document interne au dossier d'O._____, le 25 janvier 2013, le Dr R._____ a émis la recommandation suivante :

« Indépendamment de tout dosage hormonal, à l'âge de bientôt 45 ans on ne peut plus considérer une stérilité comme une maladie au sens de la LAMal mais comme le résultat de l'évolution normale et physiologique de la fécondité de la femme au décours de l'âge.

Le taux d'AMH est bas et témoigne d'une réserve ovarienne abaissée et le taux d'E2 était à la limite inférieure de la norme, ceci il y a bientôt 2 ans puisqu'aucun résultat actualisé ne nous est parvenu.

Par ailleurs à l'âge de l'assurée, comme en témoigne la récente fausse couche dont elle a souffert récemment, la baisse de fécondité ne saurait se résumer à la fonction ovarienne, la capacité à maintenir une grossesse étant elle-même fortement diminuée ».

Le 8 février 2013, O._____ a demandé à la Dresse Z._____ le résultat de l'analyse du dosage de l'hormone antimulérienne effectuée le 26 novembre 2012, « afin [de] se déterminer quant à l'octroi des prestations ». La Dresse Z._____ a indiqué le 18 février 2013 qu'il résultait de cette analyse un taux d'AMH de 3,5 pmol/l.

Sur la base de ces renseignements complémentaires, le Dr R._____ a fait part de sa recommandation le 11 avril 2013 dans un document interne au dossier d'O._____ comme suit :

« Le taux d'AMH mesuré en novembre 2012 démontre que la réserve ovarienne est fortement diminuée. D'autre part ce dosage est en décroissance depuis mars 2011 alors que le résultat de l'époque était déjà abaissé par rapport aux conditions physiologiques (normalement plus du triple).

La réserve ovarienne actuelle rend un traitement de la stérilité (hors FIVETTE) hasardeux. Dans ces conditions, il est incontestable que les critères de l'article 32 LAMal ne sont plus respectés. De plus, même si une grossesse survenait, il n'est pas certain qu'elle puisse être menée à terme en raison du risque de fausse couche (ce que l'assurée a déjà malheureusement déjà expérimenté) qui est fortement augmenté (50% entre 40 et 50 ans) ».

Par décision du 9 septembre 2013, O._____ a refusé l'indemnisation des prestations en relation avec les inséminations intra-

utérines des 28 mars et 31 août 2012 au titre de l'assurance obligatoire des soins. Sur la base des résultats de novembre 2012, O._____ a constaté une décroissance du taux d'AMH depuis mars 2011 et considéré qu'à 44 ans révolus, la fécondité ne pouvait pas se résumer à la fonction ovarienne quel que soit l'environnement hormonal. Dans le cas de l'assurée, la baisse de fécondité ne pouvait pas être considérée comme une maladie au sens de la LAMal. De plus, le traitement contre la stérilité ne pouvait pas être considéré comme efficace, approprié et économique dans la mesure où les chances de tomber enceinte et de mener la grossesse à terme étaient trop faibles chez une femme de plus de 40 ans comme l'assurée. Enfin, les deux premières inséminations intra-utérines en été 2011 avaient été prises en charge en raison de la grossesse en cours de l'assurée, la situation étant aujourd'hui différente.

L'assurée s'est opposée à cette décision le 13 octobre 2013. Elle estimait qu'O._____ n'aurait pas dû prendre en compte la baisse du dosage d'AMH retenue par son médecin-conseil sur la base de l'analyse de novembre 2011. Selon elle, les factures litigieuses concernaient des soins prodigués en mars, mai et août 2011, soit avant cette analyse, et le taux de cette hormone pouvait varier, comme l'avait exposé la Dresse Z._____ dans son courrier du 10 octobre 2013, dont elle produisait la copie. Dans ce courrier, la Dresse Z._____ ajoutait que les taux de LH, de FSH, de prolactine et de la fonction thyroïdienne étaient parfaits, indiquant que la patiente était favorable à un traitement. En se fondant sur ces éléments, l'assurée a rappelé que l'appréciation des chances de fertilité devait se faire individuellement et non en fonction d'un âge moyen. L'assurée soutenait qu'elle avait de toute bonne foi suivi ces traitements en pensant qu'ils seraient pris en charge. A l'appui de cette argumentation, elle se prévalait notamment du fait qu'I._____ avait pris en charge les traitements en 2011 sans indiquer que s'il y en avait d'autres, ils ne seraient pas pris en charge. Enfin, elle avait dû attendre le 17 septembre 2013 avant de se faire notifier une décision formelle de refus.

Par décision sur opposition du 26 février 2014, O._____ a confirmé sa décision du 9 septembre 2013 et refusé la prise en charge du traitement contre la stérilité. Elle a expliqué avoir procédé à une évaluation individuelle du cas et que ce n'était pas en se basant uniquement sur le dosage de novembre 2012 mais en observant une évolution par rapport au taux mesuré en mars 2011 que le médecin-conseil avait constaté une fonction ovarienne abaissée. Il convenait dès lors de retenir que la baisse de fertilité était due à des facteurs d'ordre physiologique et non pathologique. De plus, dans la mesure où les chances de tomber enceinte et de mener la grossesse à terme étaient trop faibles chez une femme de plus de 40 ans, le traitement contre la stérilité ne pouvait pas être considéré comme efficace. Par ailleurs, bien qu'I._____ ait pris en charge les deux premières inséminations intra-utérines en été 2011, ces traitements ne répondaient déjà pas au critère d'efficacité qui doit s'apprécier de manière pronostique. Le traitement avait alors été pris en charge pour des raisons pragmatiques, compte tenu de la grossesse en cours de l'assurée. Enfin, au vu des refus de prise en charge signifiés à plusieurs reprises, de son âge avançant et des renseignements complémentaires requis par O._____, l'assurée ne pouvait pas considérer la prise en charge du nouveau traitement comme acquise et se prévaloir de la protection de la bonne foi. En outre, O._____ relevait que son refus de prester avait été signifié à l'assurée le 27 juillet 2012 déjà, laquelle s'était tout de même soumise au traitement postérieurement à cette information.

C. Par acte du 27 mars 2014, L._____ recourt contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant à sa réforme en ce sens qu'O._____ soit tenue de prendre en charge les frais de traitement relatifs aux inséminations intra-utérines effectuées au G._____ les 28 mars et 31 août 2012. Se référant à l'ATF 121 V 302, la recourante estime qu'il n'est pas nécessaire d'être en présence d'un cas de maladie pour admettre la prise en charge d'un traitement de stérilité. Elle conteste le fait que l'efficacité d'une prestation doit être appréciée de manière pronostique, arguant qu'O._____ avait demandé en mai 2012 si l'insémination de mars avait débouché sur une

grossesse « afin de pouvoir se prononcer quant à une éventuelle prise en charge ». Comme dans son opposition, elle soutient d'une part que le taux d'AMH mesuré en novembre 2012 n'est pas pertinent, dans la mesure où les traitements litigieux ont été effectués précédemment et qu'un tel taux peut varier. D'autre part, elle critique le critère de l'âge retenu par O. _____ pour déterminer ses chances de fertilité. Enfin, elle invoque sa bonne foi en présentant les mêmes arguments que dans son opposition, ajoutant que la décision rendue par I. _____ ne précisait pas que l'admission de la prise en charge des frais était basée sur le constat de sa grossesse.

Dans sa réponse du 7 mai 2014, l'intimée conclut au rejet du recours. Outre les motivations qu'elle a déjà présentées dans la décision litigieuse, l'intimée se prévaut notamment d'un arrêt de la Cour des assurances sociales (AM 32/12 - 55/2012) s'agissant de la baisse de fertilité d'origine physiologique. Elle produit en outre un bordereau de 37 pièces.

Le 24 juin 2014, la recourante réplique et maintient les conclusions de son recours. Elle conteste les arguments développés par l'intimée. Outre les griefs déjà soulevés dans son acte de recours, elle relève que l'intimée ne s'est pas prononcée sur l'argument avancé par son médecin traitant selon lequel le taux d'hormone antimullérienne peut varier et que, dans cette mesure, celui-ci n'est pas suffisant ni pertinent pour déterminer les chances de réussite du traitement. S'agissant de sa bonne foi, elle estime qu'elle n'avait pas à prendre en compte les premiers refus de prise en charge d'I. _____, la décision admettant la prise en charge étant celle qui prévalait. Au vu de cela et du fait que trois cycles de traitement par grossesse sont prévus par l'annexe de l'OPAS, il était légitime de penser qu'un traitement ultérieur allait également être pris en charge. En outre, elle note que le bordereau de l'intimée mentionne des pièces qui n'y figurent pas et que dès lors elle ne peut se prononcer dessus.

Dans sa duplique du 12 août 2014, l'intimée répond aux arguments soulevés par la recourante. S'agissant du taux d'AMH mesuré en novembre 2012, il a été pris en compte en raison du fait que la dernière mesure datait de mars 2011, soit un an avant le traitement, et qu'aucune mesure de ce taux durant la période du traitement n'était disponible. Par ailleurs, même s'il peut subir des variations, le taux d'AMH de la recourante ne pouvait être considéré comme suffisamment élevé.

Sur requête du juge instructeur, l'intimée, par courrier du 9 septembre 2014, précise que les pièces n° 31 à 37 de son bordereau ne concernent aucunement la présente cause et doivent être supprimées.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000; RS 830.1) s'appliquent à l'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 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 a été interjeté en temps utile et répond aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36) 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 let. a LPA-VD). De valeur litigieuse inférieure à 30'000 fr., la présente cause doit être tranchée par

un membre de la Cour statuant en tant que juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD). S'agissant toutefois d'une cause d'une certaine complexité, elle a été soumise à la compétence de la Cour (art. 94 al. 3 LPA-VD). La cause a en outre fait l'objet d'une concertation, telle que prévue par l'art. 38 ROTC (règlement organique du Tribunal cantonal du 13 novembre 2007; RSV 173.31.1). A teneur de cette disposition, les questions juridiques de principe et les changements de jurisprudence sont discutés entre tous les juges de la cour et la solution adoptée par la majorité des juges de la cour lie tous les juges et assesseurs.

2. Le litige porte sur le point de savoir si l'intimée doit prendre en charge, au titre de l'assurance obligatoire des soins, les frais de traitement relatifs aux inséminations intra-utérines effectuées les 28 mars et 31 août 2012.

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 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 (ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie; RS 832.102) 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'OPAS (ordonnance du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie; 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. 1^{er} OPAS). Ces prestations figurent à l'annexe 1 de

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).

Comme l'a jugé le Tribunal fédéral des assurances, la réglementation de la LAMal repose donc sur le principe de la liste. Ayant pour but de fixer précisément le catalogue légal des prestations, ce principe de la liste découle d'un système voulu par le législateur, selon l'art. 34 LAMal, comme complet et contraignant dès lors qu'il s'est agi d'une assurance obligatoire financée en principe par des primes égales (art. 76 LAMal). En dehors de ces listes, il n'y a pas d'obligation de prise en charge par la caisse-maladie, à tout le moins en ce qui concerne les prestations énumérées conformément à l'art. 33 al. 1 LAMal (ATF 129 V 167 consid. 3.2 et ATF 125 V 21 consid. 5b).

L'annexe 1 de 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. 1^{er} OPAS; cf. ATF 134 V 83 consid. 4.1).

d) L'annexe 1 de l'OPAS dispose à son chiffre 3, relatif à la gynécologie et à l'obstétrique, que l'insémination artificielle est prise en charge comme suit :

«

<i>Mesure</i>	<i>Obligatoirement à la charge de l'assurance</i>	<i>Conditions</i>	<i>Décision valable à partir du</i>
Insémination artificielle	oui	Insémination intra-utérine. Au maximum trois cycles de traitement par grossesse	1.1.2001

».

4. L'intimée refuse la prise en charge des prestations en lien avec les inséminations intra-utérines effectuées les 28 mars et 31 août 2012, au motif que la stérilité de la recourante serait due à une cause physiologique en raison de son âge et non à une cause pathologique.

a) En premier lieu, il convient de relever que les prestations obligatoirement à charge de l'assurance-maladie en vertu de la loi ne sont dues que si l'assuré souffre d'une maladie (art. 25 al. 1 LAMal; cf. consid. 3a supra). Cependant, au vu de la diversité de forme que peuvent revêtir des états et processus morbides, la notion de maladie se prête difficilement à une stricte définition juridique. Toutefois, on ne saurait parler de maladie dans un cas concret, s'il n'existe aucun trouble dû à des phénomènes pathologiques. Au demeurant la notion de maladie est une notion juridique qui ne se confond pas forcément avec la définition qu'en donne la science médicale (cf. consid. 3b supra; ATF 113 V 42 consid. 3a et les références).

A cet égard, la jurisprudence a posé le principe selon lequel la stérilité et les troubles de la fertilité constituent d'une façon générale une atteinte à la santé qui a valeur de maladie au sens juridique du terme (ATF 125 V 21 consid. 3a; ATF 121 V 302 consid. 3; ATF 113 V 42).

Si la science médicale admet que la fertilité d'une femme diminue plus elle avance en âge, elle ne semble avoir fixé aucune limite, en deçà d'un bilan hormonal concluant à la ménopause, qui permettrait d'admettre que les troubles de la fertilité sont uniquement une conséquence d'ordre physiologique.

La stérilité et les troubles de la fertilité sont ainsi considérés par principe comme une maladie au sens juridique du terme selon la jurisprudence et, en l'espèce, rien au dossier ne permet de se convaincre que dit principe ne serait pas valable dans le cas de la recourante.

En effet, les valeurs hormonales décrites par la Dresse Z._____, par ailleurs spécialiste en gynécologie au bénéfice d'une formation approfondie en médecine de la reproduction et endocrinologie gynécologique, se trouvent dans les normes de références permettant à cette dernière d'émettre un pronostic favorable à une grossesse de la recourante (cf. courrier du 9 novembre 2011 à I._____).

L'intimée ne parvient pas quant à elle à renverser cette présomption en établissant, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les troubles de la fertilité de la recourante sont uniquement liés à un phénomène physiologique. Elle ne se base, pour refuser la prise en charge, que sur l'appréciation de son médecin-conseil, par ailleurs généraliste, dont les réticences se fondent sur son appréciation globale et subjective qu'à l'âge de 44 ans, quel que soit le bilan hormonal, les troubles de la fertilité ne peuvent plus être considérés comme pathologiques. Ce faisant, il fixe arbitrairement une limite d'âge à un état pathologique, laquelle n'a pas été voulue par le législateur. Le fait qu'il constate de manière objective que la réserve ovarienne de la recourante (cf. son taux d'AMH) ait diminué entre mars 2011 et novembre 2012,

rendant le traitement de la stérilité dans ce cas d'autant plus hasardeux, ne permet pas plus de se convaincre qu'il n'existe aucune cause pathologique à sa stérilité.

Force est ainsi de constater qu'il n'existe aucun élément probant au dossier permettant d'affirmer que la baisse de fécondité de la recourante est exclusivement liée à son âge. L'intimée ne convainc pas davantage lorsqu'elle s'appuie sur l'avis de la SSMC fixant à 40 ans la limite permettant d'admettre qu'une absence de grossesse devient strictement physiologique. Non seulement cette limite ne lie pas le juge mais il est de surcroît impossible d'en tirer une généralité. En fixant une limite d'âge à la prise en charge de l'insémination artificielle, l'intimée a posé une condition supplémentaire qui ne figure pas dans l'annexe 1 de l'OPAS (cf. consid. 3d supra). Or, la fixation des conditions à la prise en charge d'une telle prestation est de la compétence du Département fédéral de l'intérieur et de la Commission des prestations (cf. consid. 3c supra).

b) Par ailleurs, l'argument soulevé par l'intimée selon lequel les critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité ne sont pas satisfaits en raison de l'âge de la recourante n'est pas pertinent dans le cas d'espèce.

En effet, l'insémination intra-utérine figure expressément dans l'OPAS au titre des prestations obligatoirement à charge de l'assurance. A ce titre, elle a été soumise à l'avis de la Commission des prestations et celle-ci en a déjà examiné et admis l'efficacité, l'adéquation ou le caractère économique du traitement (cf. consid. 3c supra). Il en résulte également que l'insémination artificielle est considérée comme une mesure thérapeutique scientifiquement reconnue (ATF 121 V 289).

Cela étant, en dehors du nombre de traitements par grossesse, la Commission des prestations n'a fixé aucune condition supplémentaire à la prise en charge de l'insémination artificielle.

De toute manière, le critère d'efficacité du traitement contre la stérilité ne peut pas se limiter à une question d'âge comme s'obstine à le soutenir l'intimée. En l'espèce, la Dresse Z._____ a posé l'indication de procéder à une induction à la maturation folliculaire et à trois cycles d'inséminations intra-utérines, indiquant que sa patiente était favorable à un traitement, qu'elle avait de bonnes valeurs hormonales et un bon pronostic (cf. courrier du 14 mars 2012 à I._____). On peut ainsi constater que le médecin spécialiste a estimé le traitement efficace d'un point de vue pronostique, en se fondant sur des éléments médicaux objectifs. On peut également constater que le traitement s'est révélé efficace, dans le cas de la recourante à l'âge de 43 ans, dans la mesure où il a permis une grossesse, bien qu'elle n'ait malheureusement pas pu être menée à terme. On rappellera par ailleurs qu'un tel traitement conduit dans tous les cas à des résultats « hasardeux ».

L'intimée n'était ainsi pas légitimée à examiner les critères d'efficacité, d'adéquation ou d'économicité des inséminations intra-utérines dans le cas d'espèce, s'agissant d'un traitement figurant dans l'OPAS obligatoirement à la charge de l'assurance. Par conséquent, elle ne peut valablement refuser la prise en charge de cette prestation et du traitement y relatif au motif que ces critères ne seraient pas remplis même en raison de l'âge de la recourante.

c) S'agissant de l'arrêt AM 32/12 rendu par la Casso le 20 novembre 2012, il n'est d'aucun secours à l'intimée. D'une part, il n'y est pas fait mention de valeurs hormonales significatives d'un pronostic favorable de grossesse. D'autre part, une précision de jurisprudence peut se justifier notamment lorsqu'il apparaît que les circonstances ou les conceptions juridiques ont évolué ou qu'une autre pratique respecterait mieux la volonté du législateur. Les motifs du changement doivent être objectifs et d'autant plus sérieux que la jurisprudence est ancienne afin de ne pas porter atteinte sans raison à la sécurité du droit (ATF 136 III 6 consid. 3; 135 II 78 consid. 3.2). Dans l'arrêt AM 32/12, le principe jurisprudentiel selon lequel la stérilité a valeur de maladie n'a pas été exposé. Par ailleurs, il n'a pas été tenu compte du fait que l'efficacité,

l'adéquation ou le caractère économique avaient déjà été examinés par la Commission de prestations s'agissant de l'insémination artificielle, dès lors que cette prestation figure dans l'OPAS et que, dans cette mesure, ces critères ne devraient pas faire l'objet d'un nouvel examen. Dans la présente cause, la Cour de céans considère que ses constatations juridiques précisent davantage la volonté du législateur au motif qu'elles tiennent compte des deux éléments précités. Ce motif est objectif et suffisant au regard de la sécurité du droit dans la mesure où seul un arrêt, en l'occurrence l'arrêt dont se prévaut l'intimée, a été rendu dans un cas similaire à celui de la recourante par la même autorité.

d) Compte tenu des considérants qui précèdent, le traitement contre la stérilité de la recourante doit être pris en charge par O. _____ au titre de l'assurance obligatoire des soins.

Vu l'admission du recours, il n'y a pas lieu d'examiner le grief soulevé par la recourante relatif à la protection de sa bonne foi.

5. a) Il résulte de ce qui précède que le recours, bien fondé, doit être admis, et la décision sur opposition attaquée réformée en ce sens que l'intimée devra prendre en charge le traitement relatif aux inséminations intra-utérines effectuées les 28 mars et 31 août 2012.

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

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est admis.

- II. La décision sur opposition rendue le 26 février 2014 par O._____ est réformée en ce sens que l'assureur-maladie devra prendre en charge le traitement relatif aux inséminations intra-utérines effectuées les 28 mars et 31 août 2012.

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

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- L._____,
- O._____,
- 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 :