

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 10 juin 2016

Composition : Mme DESSAUX, présidente
M. Métral, juge, et M. Gutmann, assesseur
Greffière : Mme Barman Ionta

Cause pendante entre :

L. _____, à [...], recourante,

et

Z. _____ **ASSURANCES SA**, à Lausanne, intimée.

Art. 3 LPGA ; 25 al. 1 LAMal

E n f a i t :

A. L._____ (ci-après : l'assurée), née en 1995, est affiliée au titre de l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal (loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 ; RS 832.10) auprès d'Z._____ Assurances SA (ci-après : Z._____ Assurances SA).

Dans un rapport du 17 septembre 2014 adressé à Z._____ Assurances SA, la Dresse P._____, spécialiste en médecine interne générale, en endocrinologie et diabétologie, a indiqué avoir été consultée par l'assurée pour un bilan d'hirsutisme ; l'intéressée présentait une abondante pilosité depuis l'enfance, nécessitant une épilation quotidienne des moustaches, une décoloration régulière de la barbe et un rasage chaque deux semaines au niveau de la poitrine. La Dresse P._____ suspectait un syndrome des ovaires polykystiques au vu de l'association d'un hyperandrogénisme clinique sous forme d'hirsutisme et d'une spanioménorrhée. Elle transcrivait les résultats d'analyses faites en laboratoire en mai et juillet 2014, soulignant d'une part, qu'au vu d'un taux de 17-OH progesterone légèrement élevé en phase folliculaire, elle avait réalisé un test au Synacthen® qui s'était révélé dans la norme et, d'autre part, qu'ensuite d'un premier bilan hormonal montrant une élévation de la prolactine, elle avait procédé à un bilan hypophysaire complet le 23 mai 2014, montrant une normalisation du taux de prolactine et des taux normaux de IGF-I et cortisol. Elle précisait que l'assurée souffrait d'une obésité de classe I selon l'OMS et que la perte pondérale de 23 kg en une année (ensuite de changements alimentaires et de la pratique régulière d'une activité physique) n'avait pas apporté d'amélioration de l'hirsutisme. La Dresse P._____ demandait la prise en charge d'un traitement d'épilation au laser, clairement indiquée selon elle, au vu de l'importance de l'hirsutisme qui engendrait des problèmes d'intégration sociale et professionnelle.

Par courrier du 13 octobre 2014, Z._____ Assurances SA a informé la Dresse P._____ qu'elle avait soumis sa demande de prise en

charge d'une épilation au laser à son médecin-conseil, lequel avait estimé que le cas de l'assurée ne relevait pas de l'assurance obligatoire des soins, ce qui justifiait le refus de toute prestation.

Par lettre du 24 novembre 2014 à Z._____ Assurances SA, l'assurée a renouvelé sa demande de prise en charge du traitement d'épilation au laser de toutes les parties du corps ; à défaut, elle requérait une décision de refus motivée. Elle a relaté souffrir d'hirsutisme et d'obésité depuis l'enfance, ce qui avait toujours créé des barrières dans ses activités sociales et professionnelles, précisant que son cas ne relevait pas seulement de l'esthétisme mais bien d'une maladie, aucun traitement médicamenteux n'existant pour éliminer la pilosité excessive, les médicaments ayant pour seul but de la freiner.

Le 5 décembre 2014, Z._____ Assurances SA a fait savoir à l'assurée qu'après réévaluation de son dossier par le médecin-conseil, elle acceptait la prise en charge du traitement à hauteur de cinq séances de laser IPL à 180 fr. maximum. Elle a en outre précisé que le traitement devait être effectué par un médecin et que la garantie précitée n'était accordée qu'une seule fois dans la mesure où l'épilation ne représentait pas une prestation obligatoire.

Par courrier du 7 janvier 2015 à Z._____ Assurances SA, l'assurée a souligné que la participation accordée était « quasi insignifiante » dans la mesure où sa demande concernait toutes les parties du corps. Elle a produit une liste de prix d'un centre de médecine esthétique, attestant que le montant de 180 fr. ne permettrait de traiter, à titre d'exemple, que le menton, zone qui nécessitait au demeurant en moyenne dix séances. Elle a ainsi requis un nouvel examen de sa demande, avec accord d'une participation aux coûts du traitement au laser sans limite, jusqu'à ce que les signes significatifs ne soient plus visibles.

Par décision du 26 janvier 2015, Z._____ Assurances SA a confirmé les termes de son courrier du 5 décembre 2014, singulièrement

son accord quant à la seule prise en charge de cinq séances d'épilation au laser à 180 fr. maximum la séance. A l'appui de sa décision, elle a indiqué que son médecin-conseil ne pouvait pas attribuer une valeur de maladie à ce cas et préavisait défavorablement pour la prise en charge d'une épilation définitive au laser sans limitation et sur tout le corps, ne s'agissant pas d'une prestation obligatoire des soins.

Par lettre adressée le 2 février 2015 au médecin-conseil d'Z._____ Assurances SA, le Dr R._____, spécialiste en gynécologie et obstétrique, a demandé la prise en charge d'un traitement hormonal par Diane®-35, soulignant que sa patiente souffrait d'un syndrome des ovaires polykystiques avec pour conséquences un hirsutisme et des troubles du cycle menstruel. Il a ajouté qu'une épilation définitive ferait également partie du traitement.

Le 12 février suivant, Z._____ Assurances SA a répondu au Dr R._____ qu'elle ne pouvait rembourser les coûts du médicament Diane®-35 au titre de l'assurance obligatoire des soins et ne pouvait par ailleurs octroyer cette prestation - bien que la Diane®-35 soit reconnue pour le traitement d'une légère formation d'hirsutisme notamment - en l'absence de souscription, par l'intéressée, d'une assurance complémentaire.

Par lettre du 25 février 2015, l'assurée a fait opposition à la décision du 26 janvier 2015. En substance, elle mentionnait présenter un dérèglement hormonal attesté par les résultats de prises de sang figurant sur le rapport de la Dresse P._____ (taux d'hormone androstènedione supérieur à la norme) ainsi qu'un syndrome des ovaires polykystiques confirmé par le diagnostic gynécologique du Dr R._____, syndrome qui avait pour conséquence son hirsutisme, son acné, son surpoids, son alopecie et ses règles irrégulières. Elle exposait que l'hirsutisme engendrait une souffrance psychique, un mal être, des phobies et angoisses, des barrières dans ses activités sociales et « une atteinte au sentiment de [son] identité personnelle en tant que femme », l'ayant amenée à consulter la psychiatre S._____. Elle précisait encore que le

traitement médicamenteux n'éradiquait pas les problèmes mais les accentuait, que la pilule Diane®-35 lui était prescrite à des fins thérapeutiques, non contraceptives, et qu'un autre traitement (Estrofem® et Androcur®), avec dosage beaucoup plus élevé, lui était proposé, lequel aiderait certes à la diminution de la pilosité excessive mais n'éradiquerait pas le problème.

Z. _____ Assurances SA a sollicité l'avis de son médecin-conseil, la Dresse Q. _____, spécialiste en médecine interne générale, laquelle s'est exprimée le 12 mars 2015 en ces termes :

« L'assurée susmentionnée souffre d'une hypertrichose, voire d'un hirsutisme éventuel. La différence entre ces deux termes est la répartition des poils sur le corps. L'hypertrichose se situe sur les zones comme les bras, les jambes et sous forme de duvet sur le visage. L'hirsutisme se manifeste par l'apparition de poils dans des zones habituellement imberbes. Des poils durs et noirs poussent sur des parties habituellement non poilues telles que la lèvre supérieure, le menton, le cou, le sillon inter mammaire et la ligne ombilico-pubienne.

La cause principale pour expliquer cet excès de poils est le syndrome des ovaires polykistiques (SOPK) qui concerne 70 à 80% des cas d'hirsutisme. Cette maladie d'origine hormonale associe une augmentation du volume des ovaires, des signes d'hyperandrogénie et une absence d'ovulation. Elle est liée à un excès de sécrétion par l'ovaire des hormones mâles. Cependant, en évaluant les courriers de la Dr P. _____, elle ne parle que d'une suspicion de SOPK. En effet, l'hyperandrogénisme ne s'est pas laissé vérifier, le taux des hormones analysé le 12 mai, le 23 mai et le 9 juillet 2014 est tout à fait normal. Il n'y a donc pas d'élément qui prouve le SOPK.

En résumé, nous n'avons aucune preuve que cet excès de poils se base sur une pathologie des ovaires ou une dérégulation hormonale. A défaut de preuve d'une pathologie, l'anomalie consiste en une hypertrichose d'origine génétique selon toute vraisemblance. Par conséquent, un vrai état maladif n'existe pas et l'épilation au laser est à visée esthétique. Les conditions de l'annexe 1 OPAS ne sont pas remplies.

Je maintiens donc mon refus de prise en charge de l'épilation au laser sur la totalité du corps. »

Par décision sur opposition rendue le 31 mars 2015, Z. _____ Assurances SA a rejeté l'opposition au motif que l'assurée n'apportait aucun élément médical susceptible de remettre en cause l'avis exprimé par son médecin-conseil. Elle a relevé que la Dresse P. _____ n'avait pas

été à même de prouver une pathologie initiale engendrant l'hirsutisme et que suspectant un syndrome des ovaires polykystiques, elle avait fait réaliser des analyses laboratoires dont les résultats quant aux taux d'hormones s'étaient révélés dans la norme. Elle a ajouté, s'agissant du Dr R._____, que ce dernier affirmait l'existence d'un syndrome des ovaires polykystiques sans avancer un quelconque début de preuve ou d'analyse objective. La prise en charge de l'épilation au laser devait ainsi être refusée au titre de l'assurance obligatoire des soins, sans qu'il ne soit procédé à des mesures d'instruction supplémentaires auprès du psychiatre de l'assurée.

B. Par acte du 2 mai 2015, L._____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à sa réforme en ce sens que la caisse intimée doit prendre en charge les frais d'une épilation au laser sur tout le corps sans limitation. Elle reproche en substance à Z._____ Assurances SA d'avoir procédé à une appréciation inexacte et incomplète des faits et d'avoir retenu à tort qu'elle ne présentait pas de pathologie ayant valeur de maladie. Elle critique l'avis de la Dresse Q._____, dont elle met en doute l'impartialité, laquelle sous-estimerait le diagnostic d'hirsutisme engendré par le syndrome des ovaires polykystiques, soulignant que ce syndrome est attesté par des spécialistes en endocrinologie, en gynécologie et en dermatologie. A cet égard, elle précise avoir consulté la Dresse X._____, dermatologue, laquelle a posé un diagnostic clair (*sic*) d'hirsutisme. Elle fait valoir que deux symptômes sur trois étaient visibles lorsque la Dresse P._____ suspectait le syndrome des ovaires polykystiques, soit l'hyperandrogénie clinique et les menstruations irrégulières, et que le troisième symptôme a été mis en évidence par le Dr R._____ lors de l'ultrason du 2 février 2015. Elle rappelle en outre que contrairement aux allégations de l'intimée, les résultats d'examens en laboratoire révélaient un taux d'andostérone (hormone androgène précurseur de la testostérone) supérieur à la norme, confirmé par le rapport de consultation du Dr R._____ du 2 février 2015 et la demande de remboursement de la Diane®-35, reprochant de surcroît à Z._____ Assurances SA de ne pas s'être prononcée sur la demande de

remboursement de la pilule dans sa décision. Elle ajoute que l'obstination du médecin-conseil à ne pas vouloir admettre sa pathologie est une atteinte à son identité personnelle, lui reprochant de porter un jugement de valeur sur son état de santé psychique sans avoir pris contact avec sa psychiatre. Elle expose encore que le mal-être procuré par l'hirsutisme - provoquant quotidiennement des souffrances psychiques et des phobies - l'a conduite à entreprendre un traitement psychiatrique, mentionnant souffrir en sus d'obésité - en partie liée au syndrome des ovaires polykystiques - et d'une perte des cheveux, un autre signe d'hyperandrogénie.

A l'appui de son recours, L. _____ produit des photographies de différentes parties de son corps ainsi que des documents médicaux dont le rapport relatif aux examens en laboratoire des 12 mai, 23 mai et 9 juillet 2014. Il figure également une note manuscrite du 28 avril 2015 de la Dresse X. _____, faisant référence à des examens cutanés pratiqués le jour-même et démontrant une pilosité de type masculin (visage, cou, thorax, ligne blanche, régions fessières et lombaires) ; la Dresse X. _____ conclut qu'« il s'agit d'un hirsutisme vraisemblablement lié à [son] syndrome d'ovaire polykystique » pour lequel l'assurée était en traitement chez le Dr R. _____. Il figure encore un rapport du 14 avril 2015 du Dr R. _____ adressé à la recourante, à la teneur suivante :

« Le 2.2.2015, j'ai pratiqué un ultrason pelvien montrant un utérus en position avF, l'endomètre est fin de 2 mm d'épaisseur (trop fin pour 26^{ème} jour du cycle, reflétant une probable absence d'ovulation), les ovaires montrent de nombreux petits follicules en surface avec un stroma dense. Tout ceci est compatible avec un syndrome d'ovaire polykystique tenant compte du fait d'une élévation d'androstènedione, des troubles du cycle sous forme de spanioménorrhée et de métrorragies alternant avec des épisodes d'aménorrhée, ainsi qu'un hyperandrogénisme clinique. »

Dans sa réponse du 2 juin 2015, l'intimée conclut au rejet du recours. Elle soutient que les avis de la Dresse Q. _____ ont pleine valeur probante, produisant à cet égard un avis du 22 mai 2015 rédigé en ces termes :

« En réévaluant le dossier de l'assurée susmentionnée ainsi que ta demande du 13 mai dernier, je peux te répondre de la manière suivante :

Les critères de Rotterdam sont remplis si deux des trois conditions suivantes existent :

1. anovulation chronique
2. ovaires polykystiques
3. hyperandrogénémie clinique et prouvée par analyse sanguine

L'anovulation chronique est prouvée en mesurant le taux des gonadotrophines, de l'œstrogène et du progestérone ainsi que par ultrason des ovaires au moment de l'ovulation estimée. Un indice indirect est l'infertilité, voire l'impossibilité de tomber enceinte spontanément dans un délai d'une année, ainsi que des irrégularités du cycle. Madame L._____ souffre de cette dernière condition (cycles irréguliers), cependant des règles irrégulières ne sont pas spécifiques du syndrome des ovaires polykystiques (SOPK).

Contrairement à ce que dit l'assurée, l'hyperandrogénémie n'est pas du tout prouvée. Les seules analyses sanguines élevées étaient l'androstènedione et le DHEA. En date du 9 juillet 2014 ils étaient de 15,30 nmol/L (valeur de référence <14.6 nmol/L) et de 11,90 µmol/L (valeur de référence 3.88 - 11.86 µmol/L). Puisque les autres hormones, surtout le SHBG (sex hormone binding globuline) étaient normaux, l'augmentation de ces deux hormones est encore normale et dans les fluctuations normales journalières.

L'échographie des ovaires du 2 février dernier effectuée par le Dr R._____ décrit de nombreux petits follicules en surface avec un stroma dense, mais pas une hypertrophie des ovaires. En outre, ce syndrome existe même avec des ovaires normaux, donc l'anomalie de multiples kystes n'est pas une condition *sine qua non*. Cela va de même avec la chute des cheveux et l'alopecie. Ce symptôme est subjectif et difficile à être objectivé.

Je maintiens mon avis médical initial du 12 mars 2015 selon lequel le SOPK n'est pas prouvé, il s'agit d'une hypertrichose génétique. L'épilation au laser est à visée esthétique et par conséquent pas à la charge de l'AOS. »

S'agissant de l'avis de la Dresse X._____, l'intimée mentionne l'inutilité des arguments avancés par la dermatologue dans la mesure où ils se fondent sur des diagnostics qui n'ont pas été établis par des procédés objectifs. Au surplus, elle confirme renoncer à l'interpellation de la psychiatre traitante, considérant que l'existence ou non d'un problème psychique n'est pas relevant en l'espèce en l'absence de maladie dont l'hirsutisme serait une affection secondaire.

Dans son écriture du 6 juillet 2015, la recourante soutient que le syndrome des ovaires polykystiques est prouvé médicalement,

notamment par le rapport d'ultrason d'un spécialiste en gynécologie et obstétrique, spécialité dont ne dispose probablement pas le médecin-conseil de l'intimée (*sic*). Elle rappelle que la Dresse Q._____ différenciait l'hypertrichose de l'hirsutisme dans son avis du 12 mars 2015, retenant le premier alors que le second correspond mieux aux constatations de la Dresse X._____. Elle reprend pour le surplus ses précédents arguments.

Le 28 juillet 2015, la caisse intimée produit un nouvel avis de la Dresse Q._____ du 23 juillet 2015, à la teneur suivante :

« En réévaluant le dossier de l'assurée susmentionnée, je te communique que je n'ai rien à ajouter à mon dernier mémo du 22 mai 2015.

Je maintiens mon avis que le SOPK n'est pas prouvé. Les symptômes décrits par l'assurée ne sont pas spécifiques. Surtout l'hyperandrogénémie n'est pas prouvée par les analyses sanguines. La légère augmentation de l'androstènedione et du DHEA est encore dans la limite de la norme, il s'agit de fluctuations tout à fait normales. Cela va de même pour l'ultrason des ovaires effectué par le Dr R._____. Il visualise de multiples kystes sur la surface des ovaires. Les ovaires en soit ne sont pas hypertrophiés et le stroma est normal. En plus, ce syndrome existe même lorsque l'on ne trouve pas de kystes multiples à l'aide de l'échographie. »

L'intimée précise qu'aucun médecin traitant n'a fourni d'avis médical motivé, contraire à celui de son médecin-conseil et tendant à prouver l'existence d'un syndrome des ovaires polykystiques.

Aux termes de ses déterminations du 10 août 2015, la recourante maintient que trois spécialistes - œuvrant dans des domaines différents - ont prouvé le diagnostic de syndrome des ovaires polykystiques au travers d'avis médicaux motivés. Elle produit en outre une nouvelle demande de prise en charge d'épilation au laser de la Dresse P._____, adressée le 7 août 2015 au médecin-conseil d'Z._____ Assurances SA.

Le 18 août 2015, l'intimée adresse à la Cour des assurances sociales un article libellé : « Le point sur le Syndrome des ovaires

polykystiques : quoi de neuf ? », publié le 3 juin 2015 dans la Revue Médicale Suisse, lequel définit notamment les critères diagnostiques de Rotterdam du syndrome des ovaires polykystiques. De l'avis de l'intimée, aucun des critères n'est réellement rempli dans le cas de la recourante, arguant que la prise en charge d'une épilation au laser n'entre pas en ligne de compte.

Le 7 décembre 2015, la recourante soutient que les critères de Rotterdam sont remplis et maintient ses conclusions.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-maladie, sous réserve de dérogations expresses (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 (art. 56 al. 1 LPGA) auprès du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 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 devant le tribunal compétent, vu le domicile de la recourante dans le canton de Vaud. Il satisfait en outre aux conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond.

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).

2. Le litige est circonscrit à la prise en charge des frais d'une épilation au laser de tout le corps au titre de l'assurance-obligatoire des soins. Il n'y a pas lieu de se prononcer sur la prise en charge d'un traitement hormonal par Diane®-35, dont la question n'a pas été tranchée par la caisse intimée dans une décision formelle, pas plus que dans la décision sur opposition litigieuse (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1, 125 V 413 consid. 2c, 110 V 48 consid. 4a).

3. a) L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles (art. 25 al. 1 LAMal). 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 (Gebhard Eugster, Krankenversicherung, in : Schweizerisches Bundesverwaltungs-recht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2^e éd., p. 477 ch. 248). La prise en charge des conséquences d'une maladie suppose également que celles-ci relèvent d'une altération de la santé et puissent ainsi être qualifiées de maladie (ATF 129 V 32 consid. 4.2.1).

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. Un traitement ou un examen médical est nécessaire lorsque l'atteinte à la santé limite à ce point les fonctions physiques ou mentales que le patient a besoin d'un soutien médical ou que le processus de guérison n'est plus possible sans un tel

appui ou du moins pas avec de réelles chances de succès, ou encore qu'on ne saurait exiger du patient qu'il vive sans avoir pu essayer au moins un type de traitement. Quant au traitement médical, il ne comprend pas uniquement les mesures médicales qui servent à la guérison de la maladie, mais il englobe aussi les thérapies seulement symptomatiques, de même que les mesures qui servent à l'élimination d'atteintes secondaires dues à la maladie (TF 9C_465/2010 du 6 décembre 2010 consid. 1.2 et les références citées).

b) Conformément à la jurisprudence, les défauts esthétiques en tant que conséquence d'une maladie ou d'un accident n'ont pas valeur de maladie. La jurisprudence reconnaît cependant que l'assurance obligatoire des soins est tenue de prendre en charge un traitement chirurgical lorsque, servant à l'élimination d'une atteinte secondaire due à la maladie ou à un accident, il permet de corriger des altérations externes de certaines parties du corps - en particulier le visage - visibles et spécialement sensibles sur le plan esthétique ; aussi longtemps que subsiste une imperfection de ce genre due à la maladie ou à un accident, ayant une certaine ampleur et à laquelle une opération de chirurgie esthétique peut remédier, l'assurance doit prendre en charge cette intervention, à condition qu'elle eût à répondre également des suites immédiates de l'accident ou de la maladie. La jurisprudence et la doctrine réservent également les situations où l'altération, sans être visible ou particulièrement sensible ou même sans être grave, provoque des douleurs ou des limitations fonctionnelles qui ont clairement valeur de maladie, telles des cicatrices qui provoquent d'importantes douleurs ou qui limitent sensiblement la mobilité (TF 9C_465/2010 *op. cit.* consid. 4.2 ; Gebhard Eugster, *op. cit.*, p. 481 ch. 262).

Soulignons encore que la question de la prise en charge, par l'assurance-maladie obligatoire, de corrections chirurgicales a donné lieu à une abondante jurisprudence. Dans ce contexte, le Tribunal fédéral des assurances s'est surtout attaché à délimiter les cas qui relèvent de la chirurgie esthétique - où le but principal de l'intervention est de rendre une partie du corps plus belle ou plus conforme aux mensurations idéales -

de ceux qui - bien que l'aspect esthétique n'en soit pas absent - doivent être considérés comme ayant valeur de maladie d'après la loi et, par conséquent, être couverts par l'assurance-maladie (cf. TFA I 457/03 du 11 novembre 2003 consid. 6, dans lequel, après avoir examiné la problématique des oreilles décollées sous l'angle des mesures médicales de l'assurance-invalidité, le Tribunal fédéral des assurances a confirmé les principes jurisprudentiels précités). A titre d'exemple, le Tribunal fédéral a jugé que l'opération de réduction du sein constitue une prestation à la charge des caisses-maladie si l'hypertrophie mammaire est à l'origine de troubles physiques ou psychiques ayant eux-mêmes valeur de maladie au sens juridique et que le but de l'intervention est d'éliminer ces atteintes secondaires ; la présence de troubles pathologiques n'est pas en soi déterminante, mais bien le point de savoir si les troubles sont importants et que d'autres raisons, en particulier d'ordre esthétique, peuvent être écartées (ATF 121 V 211 consid. 4 et 5a ; RAMA 1996 n° K 972 p. 3 consid. 4 ; TFA 171/00 du 29 janvier 2001 consid. 2b).

4. Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 135 V 39 consid. 6.1, 126 V 353 consid. 5b et les références citées ; voir également ATF 133 III 81 consid. 4.2.2 et les références citées).

Le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (principe de la libre appréciation des preuves ; cf. art. 61 let. c LPGA). En

cas de rapports médicaux contradictoires, il ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. Pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a et la référence citée). Ce dernier constat a récemment été précisé par le Tribunal fédéral, lequel a relevé en substance que l'appréciation de la situation médicale d'un assuré ne se résume pas à trancher, sur la base de critères formels, la question de savoir quel est parmi les rapports médicaux versés au dossier, celui qui remplit au mieux les critères jurisprudentiels en matière de valeur probante. La valeur probante d'une expertise dans une discipline médicale particulière dépend également du point de savoir si l'expert dispose d'une formation spécialisée dans le domaine concerné. L'administration et les tribunaux devant pouvoir se reposer sur les connaissances spécialisées de l'expert, cela suppose des connaissances correspondantes bien établies de la part de l'auteur du rapport médical ou à tout le moins du médecin qui le vise (TF 9C_53/2009 du 29 mai 2009 consid. 4.2 et les arrêts cités).

Par ailleurs, le Tribunal fédéral a encore précisé que lorsqu'une décision administrative - portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales - 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 suffisants, 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 et les références citées; TF 8C_465/2010 du 19 avril 2011 consid. 3).

5. En l'occurrence, la recourante tire argument d'une appréciation erronée de sa situation médicale. Elle soutient en substance qu'elle souffre d'une atteinte à la santé ayant valeur de maladie sous la forme d'un hirsutisme non seulement disgracieux mais douloureux psychologiquement. Elle estime que le syndrome des ovaires polykystiques est dûment attesté sur le plan médical, en particulier par les rapports médicaux des Drs P._____ et R._____, les avis des spécialistes devant au demeurant l'emporter sur celui, selon elle, contradictoire et partiel du médecin-conseil de l'intimée.

L'intimée observe pour sa part qu'aucun des critères du syndrome des ovaires polykystiques n'est réellement rempli. Elle soutient que son médecin-conseil retient l'existence d'une hypertrichose d'origine génétique et atteste d'une problématique purement esthétique, de sorte qu'un traitement d'épilation au laser de tout le corps ne saurait être mis à la charge de l'assurance obligatoire des soins.

a) Dans sa demande de prise en charge d'un traitement d'épilation au laser du 17 septembre 2014, la Dresse P._____ mentionne une suspicion de syndrome des ovaires polykystiques au vu de l'association de l'hirsutisme et de la spanioménorrhée. En avril 2015, le Dr R._____ relate les observations faites à l'ultrason pelvien pratiqué le 2 février 2015, lesquelles sont compatibles, selon ses dires, avec un syndrome des ovaires polykystiques. La Dresse X._____ énonce quant à elle une pilosité de type masculin et conclut à un hirsutisme vraisemblablement lié au syndrome des ovaires polykystiques diagnostiqué par le Dr R._____.

Selon la Revue Médicale Suisse, édition du 3 juin 2015, le diagnostic de syndrome des ovaires polykystiques se base sur au moins

deux des trois critères de Rotterdam, à savoir l'hyperandrogénie clinique (hirsutisme, acné, alopecie androgénique) ou biologique, l'oligo- ou anovulation (cycles de < 21 jours ou de > 35 jours ou des cycles anovulatoires de durée normale documentés par un dosage de la progestérone en phase lutéale) et l'aspect morphologique des ovaires à l'échographie par voie vaginale. La Dresse Q._____ réfute l'existence du syndrome des ovaires polykystiques en l'absence de deux des trois critères permettant de prouver cette maladie. Dans son avis du 12 mars 2015, elle souligne qu'il n'existe aucune preuve que l'excès de poils ait pour origine une pathologie des ovaires ou une dérégulation hormonale.

Cela étant, les éléments médicaux au dossier sont insuffisants pour apprécier, selon la règle de la vraisemblance prépondérante, si le diagnostic de syndrome des ovaires polykystiques peut ou non être retenu.

Il appert en effet que l'hyperandrogénie biologique ne s'est pas laissée vérifier, le taux des hormones analysé en mai et juillet 2014 se révélant dans la norme, comme l'énonce par ailleurs la Dresse P._____. La Dresse Q._____ reconnaît que les analyses sanguines de l'androstènedione et le DHEA sont élevées, mais estime que l'augmentation de ces deux hormones est encore normale, dans les fluctuations normales journalières, puisque les autres hormones sont dans la norme. Soulignons par ailleurs qu'aucun élément médical au dossier ne fait état d'acné et d'alopecie, symptômes allégués par la recourante et permettant d'attester que le critère d'hyperandrogénie clinique serait réalisé. S'agissant du critère de l'oligo- ou anovulation, on ne dispose pas de renseignements médicaux exhaustifs et précis à son sujet. La Dresse P._____ évoque une spanioménorrhée, le Dr R._____ énonce des troubles du cycle menstruel et la Dresse Q._____ souligne que des irrégularités du cycle sont un indice indirect de l'anovulation chronique mais ne sont pas spécifiques du syndrome des ovaires polykystiques. S'agissant enfin du dernier critère, aucune échographie par voie vaginale, indispensable à l'examen de l'aspect morphologique des ovaires, n'a été réalisée ; seul un ultrason pelvien a été pratiqué, dont les résultats sont

appréciés de façon divergente par les Dr R._____ et Q._____. Cela étant, la question de l'exigibilité de cet examen peut rester ouverte.

En effet, il ne s'impose pas, en l'état, de statuer sur la question de savoir si l'on est ou non en présence d'un syndrome des ovaires polykystiques, puisque suivant l'avis de son médecin-conseil, l'intimée retient l'existence d'une hypertrichose d'origine génétique.

b) L'hypertrichose figure dans la catégorie « Autres malformations congénitales de la peau et des phanères », sous le code Q 84.2 de la CIM-10 (Classification internationale des maladies selon l'Organisation mondiale de la santé [OMS]). Il s'agit d'une augmentation de la pilosité, localisée ou généralisée, de forme congénitale ou acquise, siégeant en des endroits normalement pourvus de poils à la différence de l'hirsutisme (Le petit Larousse de la médecine, éd. 2010, p. 478 ; voir également B. Brand/C. U. Brand, Hypertrichose, in : Forum Med Suisse du 12 septembre 2001, n° 37, p. 908 ss). Le Tribunal fédéral a en outre mentionné qu'en tant qu'effet secondaire d'un dérèglement hormonal, l'hypertrichose correspond, chez une personne de sexe féminin, à un défaut esthétique, davantage qu'à un dysfonctionnement pathologique ayant valeur de maladie (TF 9C_465/2010 *op. cit.* consid. 6.1).

La caisse intimée considère que la recourante ne présente pas un état pathologique provoquant des douleurs ou des limitations fonctionnelles ayant clairement valeur de maladie, ni une atteinte à la santé mentale ayant valeur de maladie. Comme mentionné *supra* (cf. consid. 3a), 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 atteignent une certaine ampleur ou intensité et rendent nécessaires des soins médicaux ou provoquent une incapacité de travail. Ainsi, il y a lieu d'admettre que la pilosité excessive que constitue cette hypertrichose n'a en soi pas valeur de maladie. Elle n'entraîne par ailleurs ni douleur ni limitation fonctionnelle. En présence d'un seul défaut esthétique, les frais de traitement d'épilation au laser ne devraient pas être pris en charge au titre de l'assurance obligatoire des soins.

Cela étant, la recourante soutient que son cas ne relève pas uniquement de l'esthétisme, exposant que la pilosité excessive sur les parties de son corps constitue une altération visible d'une caractéristique de l'appartenance au sexe féminin, propre à toucher et altérer le sentiment profond d'identité personnelle. Elle allègue que cette pilosité excessive lui crée des barrières dans ses activités sociales et professionnelles, engendrant des phobies et empêchant l'exercice d'activités sportives qui pourraient aider à combattre son obésité. Les effets de l'hirsutisme sur son état psychique l'ont amenée à consulter la psychiatre S. _____, ce dont elle a fait part à l'intimée dans le cadre de la procédure d'opposition. Il n'est dès lors pas exclu que ce défaut esthétique ait conduit à l'apparition d'un trouble psychique ayant lui-même valeur de maladie au sens juridique (cf. consid. 3b *supra*).

L'évocation d'un suivi psychiatrique et de la présence éventuelle d'une atteinte à la santé psychique auraient dû inciter l'intimée à solliciter l'avis de la psychiatre traitante, aux fins d'apprécier la nature du trouble et son origine.

c) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment établis a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (cf. DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à

l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; *a contrario*, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 139 V 99 consid. 1.1 ; 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

En l'occurrence, l'intimée a délibérément renoncé à interpeller la psychiatre traitante, considérant que l'existence d'un trouble psychique n'était pas relevante en l'espèce (cf. réponse à l'autorité de céans du 2 juin 2015). Cette appréciation est erronée et le renvoi de la cause à Z. _____ Assurances SA - à laquelle il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, selon l'art. 43 al. 1 LPGA - apparaît comme étant la solution la plus opportune. Il se justifie par conséquent de lui renvoyer l'affaire pour qu'elle en complète l'instruction en questionnant la psychiatre traitante - et éventuellement des spécialistes en psychiatrie et psychothérapie - sur la cause et l'importance du trouble psychique, et sur les mesures de traitement adéquates, avant qu'elle ne se prononce dans une nouvelle décision.

6. a) Au vu de ce qui précède, il convient d'admettre le recours, d'annuler la décision attaquée et de renvoyer la cause à l'intimée pour qu'elle établisse les faits nécessaires pour trancher l'objet litigieux, en mettant en œuvre les mesures d'instruction complémentaires utiles. Après quoi seulement, il conviendra de se prononcer sur le droit à la prise en charge de l'épilation au laser sur tout le corps.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir des frais de justice, la procédure étant en principe gratuite (art. 61 let. a LPGA).

La recourante, qui obtient gain de cause mais en ayant procédé sans l'assistance d'un mandataire professionnel, n'a pas droit à

des dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD par renvoi de l'art. 99 al. 1 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I. Le recours est admis.

- II. La décision sur opposition rendue le 31 mars 2015 par Z._____ Assurances SA est annulée, la cause étant renvoyée à cet assureur pour instruction complémentaire et nouvelle décision, au sens des considérants.

- 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._____
- Z._____ Assurances SA
- Office fédéral de la santé publique

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :