

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 25 octobre 2019

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
Mme Dessaux et M. Piguet, juges
Greffière : Mme Berseth

Cause pendante entre :

F. _____, à [...], recourante,

et

O. _____, à [...], intimée.

Art. 25 al. 1 et al. 1 let. a et b ; 32 al. 1 LAMal

E n f a i t :

A. F._____ (ci-après : l'assurée ou la recoursante), née le [...] 1968 et affiliée pour l'assurance obligatoire des soins auprès d'O._____, (ci-après : O._____, la caisse ou l'intimée ; anciennement I._____), a demandé à la caisse le 23 mai 2011 de prendre en charge un traitement par stimulation ovarienne et inséminations intra-utérines visant à remédier à des troubles de la fertilité.

Par décision du 16 décembre 2011, la caisse a admis la prise en charge des traitements des 9 juillet et 27 août 2011, en raison de la grossesse de l'assurée. L'intéressée a toutefois fait une fausse couche à la 9^{ème} semaine.

B. Le 14 mars 2012, l'assurée a demandé la prise en charge d'un nouveau traitement par stimulation ovarienne et insémination intra-utérine. O._____ a requis des renseignements auprès de la Dre K._____, spécialiste en reproduction et endocrinologie gynécologique, et médecin traitante. Cette docteure a indiqué que selon elle, les chances de succès d'un tel traitement étaient bonnes. La caisse a également sollicité l'avis de son médecin-conseil, le Dr B._____, spécialiste en médecine interne générale. Ce dernier a indiqué qu'à l'âge de 44 ans, la baisse de la fécondité ne pouvait plus être considérée comme une maladie, quel que soit l'environnement hormonal de la patiente ; il mentionnait à cet égard une réserve ovarienne diminuée et un risque de fausse couche augmenté.

Par décision du 9 septembre 2013, confirmée sur opposition le 26 février 2014, la caisse a refusé de rembourser le traitement des inséminations intra-utérines des 28 mars et 31 août 2012 et des stimulations ovariennes. Elle a en particulier considéré qu'en raison de l'âge de l'assurée, la stérilité ne constituait plus une maladie mais relevait d'un problème physiologique. Le traitement prévu n'était en conséquence pas efficace, les chances de tomber enceinte et de mener une grossesse à terme étant trop faibles.

C. Par arrêt du 15 mai 2015, la Cour de céans a admis le recours déposé par l'assurée contre la décision sur opposition du 26 février 2014. Se fondant sur les rapports de la Dre K._____, le tribunal a considéré que les troubles de la fertilité que présentaient l'assurée avaient de bonnes chances de s'amender par le traitement effectué et que, dans la mesure où ni le législateur ni la science médicale n'avait fixé une quelconque limite d'âge en matière de fertilité, il n'appartenait pas au médecin-conseil d'en fixer une. Le traitement devait en conséquence être pris en charge par la caisse.

Saisi d'un recours d'O._____, le Tribunal fédéral a considéré que le dossier en mains de la juridiction cantonale ne contenait pas les éléments cliniques nécessaires à l'évaluation de l'état de santé de la patiente et à l'appréciation de l'efficacité du traitement litigieux. Il a annulé l'arrêt du 15 mai 2015 et renvoyé la cause à la Cour de céans pour instruction complémentaire, l'invitant à réclamer le dossier de la recourante à la Dre K._____ et, cas échéant, à mettre en œuvre une expertise judiciaire (arrêt du 10 mai 2016 dans la cause 9C_435/2015, publié aux ATF 142 V 249).

D. A la requête de la juge instructrice, l'Unité de médecine reproductive (UMR) du W._____ (ci-après : W._____) a fait parvenir au tribunal le dossier de la recourante, tout en précisant que la Dre K._____ exerçait désormais ses compétences spécialisées auprès du S._____ (ci-après : S._____).

Du dossier communiqué, il ressort notamment un échange de correspondances entre la Dre K._____ et le médecin-conseil d'O._____, relatif aux premiers traitements pris en charge, ainsi qu'aux seconds dont la prise en charge est à ce stade litigieuse, soit :

- un courrier de la Dre K._____ du 14 mars 2012 faisant état de la fausse couche ayant malheureusement suivi les premières inséminations et l'indication posée de pratiquer une induction à la

maturation folliculaire par gonadotrophines, hors FIV pendant 12 cycles, ainsi que 3 cycles d'inséminations intra-utérines,

- une lettre du 11 juin 2012 de la Dre K. _____ à O. _____ indiquant que la fausse couche était intervenue à 9 semaines de grossesse et que l'hystérocopie (HSC) pratiquée le 20 janvier 2012 était normale,
- un courrier du 27 juillet 2012 d'O. _____ à la Dre K. _____ refusant la prise en charge des traitements des 28 mars et 31 août 2012, en raison de l'âge de la patiente, les critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité étant trop contestables pour le traitement prévu,
- une lettre du 17 août 2012 de la Dre K. _____ au médecin-conseil rédigée en ces termes :

« Il est sûrement juste que la fertilité baisse après 40 ans, mais l'âge exact auquel il y a cette baisse varie quand même de femme à femme. Ainsi, il y a des femmes chez qui la fertilité baisse déjà à l'âge de 35 ans et il y a d'autres qui ont des valeurs hormonales qui, à l'âge de 40 ou 42 ans, sont équivalentes à un âge de 35 ans. Ceci veut dire qu'il faut regarder les chances de fertilité individuellement.

La patiente susnommée 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 (TSH) sont également parfaites.

En date du 16 décembre 2012, vous acceptez de prendre en charge les inséminations ainsi que les stimulations ovariennes. Mme F. _____ a malheureusement fait une fausse couche suite à l'insémination du 27 août 2011. Il serait donc logique que vous preniez en charge 3 nouvelles inséminations, comme cela se fait habituellement selon la LAMal. »,

- la réponse du 25 septembre 2012 du Dr B. _____ indiquant qu'il avait préavisé positivement la prise en charge d'inséminations en décembre 2011, la patiente étant enceinte au moment où le dossier lui avait été soumis, mais que la situation actuelle était différente, puisqu'elle illustre que la fécondité ne pouvait se résumer à la seule fonction ovarienne, tout en admettant qu'il ne disposait pas du taux d'AMH. Ce médecin relevait encore qu'à 44 ans, quel que soit l'environnement hormonal, il ne pensait pas que l'on puisse considérer la baisse de fécondité comme une maladie au sens de la LAMal,
- un courrier du 28 septembre 2012 d'O. _____ à la Dre K. _____, lui indiquant qu'elle maintenait sa décision de refus conformément à l'avis de son médecin-conseil du 25 septembre 2012,

- l'indication du 21 décembre 2012 de la Dre K._____ à O._____ du dosage de l'hormone antimüllérienne le 18 mars 2012, à 5.2 pmol/L, ainsi que celui de la FSH à 7.6,
- la réponse du 18 février 2013 de la Dre K._____ à O._____, indiquant un dosage d'hormone antimüllérienne effectuée le 26 novembre 2012 à 3.5 pmol/L.

Du dossier de la patiente transmis par le W. _____ ressortent encore des relevés sérologiques et hématologiques, ainsi que des rapports médicaux relatant les différentes interventions subies par la patiente d'un point de vue gynécologique et obstétrique, dont notamment :

- un courrier du 22 mars 2011 du Planning familial du W. _____ à la Dre K. _____, dont il ressortait les éléments d'anamnèse suivants :

« Mme F. _____ et M. [...] sont ensemble depuis 2004. Ils ont un fils, né en 2008, et Madame a fait une fausse-couche en septembre 2010. Ils ont été orientés à l'UMR à cause de l'âge de Madame.

[...] Elle travaille à 80% ([...]). Elle a très bien vécu sa grossesse et la suite, et se trouve, comme toute femme à son niveau, partagée entre son rôle de mère et un métier qui la passionne. Son compagnon vit le même tiraillement, et tous deux essaient de trouver un équilibre satisfaisant pour bien s'occuper de leurs fils, mettre en route une nouvelle grossesse, et assumer leurs engagements professionnels. Ils sont également aidés par les grands-parents des deux côtés, qui leur permettent d'avoir quelques moments en couple. »

- un rapport du 18 novembre 2014 de la Dre K. _____ à la Dre C. _____, spécialiste en gynécologie et obstétrique, posant les diagnostics suivants :

« (...)

Infertilité secondaire.

Césarienne en novembre 2008 (conception spontanée).

Fausse-couche à 7 SG en août 2010 avec curetage (conception spontanée).

Fausse-couche à 8 SG en octobre 2011 avec Cytotec (conception après insémination intra-utérine).

Grossesse biochimique en septembre 2012 (conception après insémination intra-utérine).

Fausse-couche à 8 SG (semaines de grossesse) après conception spontanée diagnostiquée le 18.11.2014.

Age biologique (46 ans).

(...) »

Une expertise judiciaire a été mise en œuvre auprès du Prof. P. _____, spécialiste en gynécologie-obstétrique opératoire ainsi qu'en médecine de la reproduction et endocrinologie obstétrique auprès de J. _____. De son rapport du 29 novembre 2017, il ressort les conclusions suivantes :

« L'infertilité est donc fréquente après l'âge de 40 ans. Dans la plupart des cas, elle est liée à une baisse de la réserve ovarienne, observée de manière physiologique à partir de cet âge.

Les résultats observés par les techniques d'Assistance Médicale à la Procréation, chez les patientes de plus de 40 ans, dans les différentes études publiées retrouvent les éléments suivants :

- *Les taux de succès en Inséminations Intra-Utérines sont en moyenne de 8%, mais pas nulles.*
- *Dans les pays où les traitements d'aide à la procréation sont pris en charge, La FIV/ ICSI permet d'obtenir des taux de naissance vivante entre 10 et 15%, à condition qu'il ne soit pas observé d'altération majeure de la réserve ovarienne.*

La technique de FIV/ICSI a donc une place de première intention chez les femmes de plus de 40 ans et l'insémination intra-utérine ne peut être retenue que dans l'impossibilité de bénéficier de la FIV/ICSI. Ceci étant pratiqué et admis dans les pays où le traitement par fécondation in-vitro est pris en charge par les assurances.

La situation en Suisse a fait que les traitements par FIV ne sont pas remboursés par les assurances, et ceci à 2 impacts. Le premier est qu'il n'y a pas d'autres choix thérapeutiques à offrir aux couples qui n'ont pas les moyens financiers, ce qui conduit au deuxième point qui est celui de la discrimination des couples pour l'accès au traitement par FIV/ICSI.

En général, nous sommes devant les faits suivants :

1. *L'infertilité reste une maladie comme définit par l'OMS, d'autant plus que ce besoin n'a jamais été assouvi.*
2. *La fertilité baisse avec l'âge et ceci est accentué par l'âge de la femme en Suisse au premier enfant, soit 32.4 ans selon l'office fédéral des statistiques.*
3. *La valeur de l'AMH nous renseigne sur la réserve ovarienne mais pas du tout sur les chances d'obtenir une grossesse. En effet, dans la littérature scientifique on retrouve plusieurs grossesses qui ont été obtenues avec des valeurs d'AMH basses voire indétectables. A noter que les dosages hormonaux varient en fonction des laboratoires d'analyses.*
4. *Le taux de fausses couches augmente avec l'âge et ce à partir de 37 ans. Ainsi dans la bonne pratique médicale un bilan de fausse couche à répétition est inutile à cet âge.*
5. *Le fait qu'une patiente ait obtenu une grossesse antérieure est un facteur de bon pronostic en cas d'une indication de traitement d'aide à la procréation.*
6. *Lors de tout traitement par stimulation ovarienne, on augmente les risques de grossesses multiples et ceci quel que soit l'âge de la patiente, le risque de fausses couches et aussi le risque d'hyperstimulation.*
7. *La loi Suisse ne fixe pas de limite d'âge pour les traitements par insémination.*
8. *Le non remboursement des traitements par fécondation in-vitro nous met devant une attitude discriminatoire. Car, seuls les couples qui ont les moyens financiers peuvent se permettre une telle prise en charge.*

En particulier et pour conclure, pour cette tranche d'âge de patientes, une information éclairée concernant les chances de grossesses, les risques de fausse-couches spontanées, les

complications au cours de la grossesse ainsi que l'éventuel coût financier est nécessaire ».

Sur interpellation de la juge en charge de l'instruction lui demandant de répondre aux questions des parties, l'expert a complété son rapport le 17 janvier 2018, répondant dans un premier document aux questions de l'intimée et dans un second à celles de la recourante, la Cour de céans ayant renoncé à établir un questionnaire distinct.

Dans ses déterminations du 21 mars 2018, accompagnées d'un bordereau de pièces composé essentiellement de littérature médicale scientifique, la recourante a critiqué les rapports du Dr P. _____ en ce sens qu'ils portaient sur des considérations générales relatives à la fertilité des femmes au-delà de 40 ans, alors que les éclaircissements requis par le Tribunal fédéral devaient se rapporter au cas particulier de la patiente elle-même. Elle a relevé le manque de clarté des termes utilisés pour définir les éléments du débat général et évoqué les omissions et contradictions que faisaient naître les compléments d'expertise répondant aux questions des parties.

Se déterminant à son tour le 22 mars 2018, l'intimée a rappelé que la diminution de la fertilité pour des raisons physiologiques n'était pas considérée par le Tribunal fédéral comme une maladie, de sorte que le problème de fertilité de la recourante, essentiellement dû à son âge conformément aux conclusions de l'expertise, n'avait pas à être pris en charge par l'assureur maladie. O. _____ a en outre relevé que l'efficacité du traitement ne pouvait être admise compte tenu des facteurs individuels de la recourante et que son adéquation avec la problématique de l'intéressée était infirmée par l'expert en l'état de la science médicale.

Une audience a été tenue en présence des parties le 5 février 2019, au cours de laquelle la conciliation a été tentée sans succès.

Le 25 mars 2019, la Dre K. _____ a été invitée à répondre aux questions du tribunal et des parties, ce qu'elle a fait le 21 juin 2019.

En réponse aux questions du tribunal, elle a notamment indiqué ce qui suit :

« 1. Compte tenu du dossier de la patiente, quelles étaient les indications médicales aux deux stimulations ovariennes et inséminations intra-utérines des 28 mars et 31 août 2012 ?

Il s'agit d'une infertilité secondaire de couple. Selon les guidelines internationales, les investigations et traitements d'un désir d'enfant inassouvi à > 38 ans sont indiqués déjà à partir d'une durée de 6 mois.

Malheureusement, les résultats des investigations chez le conjoint de la patiente ne sont pas joints au dossier du W._____. Si je me rappelle bien, il y avait une légère asthénozoospermie (= légère diminution de la mobilité des spermatozoïdes) et/ou tératozoospermie (= légère diminution des formes normales des spermatozoïdes) comme facteur masculin (à vérifier). De légères diminutions de la qualité du sperme (comme par exemple une asthénozoospermie) indiquent des inséminations intra-utérines.

Chez Madame, les investigations ont mis en évidence comme seul facteur féminin de l'infertilité l'âge de la patiente. L'âge de la patiente est une cause pour laquelle il n'existe pas de traitement en soi, parce qu'il n'existe à l'état actuel pas de traitement pour rajeunir l'âge biologique des ovocytes propres à la patiente (pas de traitement par cellules souches par exemple).

Le seul traitement symptomatique avec d'excellents taux de grossesse dans le cas d'une femme d'âge avancé est le don d'ovocytes. Mais le don d'ovocytes n'est pas un traitement de la cause, il est uniquement un traitement symptomatique dans le but d'obtenir une grossesse. Dans le cas d'un don d'ovocytes, les ovules d'une jeune femme sont fécondés par les spermatozoïdes du conjoint et l'embryon est transféré dans l'utérus de la femme qui désire la grossesse. Les chances de grossesse après don d'ovocytes sont excellentes en raison du jeune âge de la donneuse. Ce traitement est illégal en Suisse ; seulement le don de sperme est autorisé par la loi suisse (LPMA). En plus, dans ce cas de traitement, la femme qui porte l'enfant, qui l'accouche et qui est la mère officielle de l'enfant selon la loi suisse, n'est pas la mère génétique, ce qui peut poser différents problèmes psychologiques, éthiques, religieux, etc. (pas abordés dans ce contexte). Par contre, il existe des traitements autorisés en Suisse qui peuvent augmenter les chances de grossesse dans le cas d'une patiente d'âge élevé, traitements avec les propres ovocytes de la patiente. Malgré que les chances de grossesse restent dans ce cas bien inférieures aux chances de grossesse après don d'ovocytes, elles sont supérieures comparées à un état sans traitement d'infertilité, d'autant plus si un facteur masculin s'ajoute encore aux diagnostics d'infertilité.

Le traitement de choix dans ce cas est la fécondation in-vitro, traitement qui n'est pas remboursé par les caisses maladie en Suisse (contrairement à la plupart des pays Européens), malgré que ce traitement soit internationalement reconnu pour son efficacité depuis plus que 40 ans. Les chances de grossesse par transfert sont en moyenne de 33% par transfert selon l'ancienne LPMA ; selon la loi actuelle, avec la possibilité de culture prolongée des embryons

jusqu'au stade de blastocystes, les taux de grossesse par transfert se situent en moyenne probablement entre 40 et 50%. Des chiffres officiels (taux de grossesse après transfert d'un embryon au stade de blastocyste) vont être publiés au printemps 2020. Le traitement de fécondation in-vitro était discuté avec le couple, mais pas souhaité.

L'autre option pour améliorer les chances de grossesse est la stimulation ovarienne (hors-FIV) avec une insémination intra-utérine (sperme du conjoint), traitement effectué chez ce couple. Les chances de grossesse sont améliorées dans ce cas d'une part par l'optimisation de la maturation folliculaire (et de l'ovocyte) grâce à la stimulation ovarienne (injections de gonadotrophines) et, d'autre part, par le fait que la stimulation ovarienne parvient fréquemment à stimuler deux follicules (ovules) et non pas seulement un follicule (ovule) comme dans le cycle spontané.

Voici encore quelques informations importantes concernant la biologie de la reproduction chez l'humain, parce que ce processus est très complexe et multidimensionnel et c'est important d'en comprendre les étapes et leur complexité. On sait que

- pas chaque ovule arrive à bien mûrir (= devenir mature, entrer dans le stade biologique de la méiose) et que
- pas chaque ovule mature arrive à être fécondé correctement, et que
- pas chaque ovule fécondé arrive à former un embryon, et que
- pas chaque embryon va continuer son développement jusqu'au stade de blastocyste, au jour 5 du développement embryonnaire, juste avant l'implantation, et que
- pas chaque blastocyste a la capacité de sortir de sa coque (= éclosion embryonnaire), et que
- pas chaque blastocyste éclos va s'implanter dans la muqueuse de l'utérus (un embryon est un « corps étranger » pour la femme, parce qu'il provient à moitié du père génétique et devrait être systématiquement rejeté). L'implantation (= acceptation de ce corps étranger pour pouvoir envahir le tissu propre à la femme) est un processus très délicat et compliqué immunologiquement et que
- pas chaque embryon implanté va continuer son développement (il y a des fausses couches à différents moments de l'évolution embryonnaire respectivement foetale).

En considérant tous ces faits de la biologie de la reproduction humaine, il est évident que les chances d'avoir une grossesse ne sont pas très élevées chez l'humain, ceci malgré la surpopulation dans notre monde et les grossesses non-désirées. La fertilité dans le cas idéal, c'est-à-dire chez un couple parfaitement fertile, avec des rapports sexuels réguliers, avec un âge idéal de 25 ans, est seulement de 20% par cycle (conception spontanée avec en général un follicule par cycle et un enfant par grossesse). Autrement dit : si 5 couples fertiles de 25 ans essaient d'avoir une grossesse pendant un cycle, il y a seulement un couple qui obtiendra une grossesse. Et une grossesse n'est pas synonyme avec « un bébé dans les bras » ; même chez un couple jeune et fertile, il existe un petit risque de fausse couche. Un taux de grossesse dans le cas optimal est alors de 20%. Ce n'est pas beaucoup, et toutes les attentes des couples (et

aussi des assurances caisse maladie) concernant les chances de grossesse après les traitements d'infertilité doivent être relativisées en tenant compte de ces faits, surtout en considérant que la procréation médicalement assistée (PMA) peut bien améliorer et augmenter les chances de grossesse, mais elle ne peut pas corriger toutes les pathologies (par exemple l'âge de Madame et de Monsieur).

Selon ce qui précède, il est logique que les chances de grossesse augmentent si le nombre de follicules (ovules) augmente. C'est une des raisons pour lesquelles la fécondation in-vitro (FIV) est le traitement offrant les meilleures chances de grossesse. Pendant un traitement de FIV, on stimule les ovaires avec un dosage relativement élevé pour pouvoir récolter environ 10 ovocytes lors du prélèvement des ovocytes. Ainsi, on gagne du temps (10 ovocytes correspondent à 10 cycles = 10 mois). Et dans ce pool de 10 ovocytes, il devrait en général y avoir en tout cas un ou deux ovocytes qui arrivent à donner une grossesse évolutive. Un autre point fort du traitement de la fécondation in-vitro est la possibilité d'appliquer en plus la technique appelée ICSI (injection intracytoplasmique d'un spermatozoïde) afin de traiter symptomatiquement une infertilité masculine (problème de fécondation à cause d'une anomalie (nombre, mobilité, etc. du sperme.)

Une stimulation hors-FIV permet également d'accroître les chances de grossesse par rapport à un cycle sans traitement, en augmentant souvent le nombre de follicules (ovules) à deux (au lieu de 1) et en optimisant le processus de maturation du follicule. L'insémination intra-utérine peut augmenter les chances de grossesses en cas de légère infertilité masculine ou de problèmes de glaire.

2. Quels sont dans le cas de Mme F. _____ les facteurs et les valeurs cliniques que vous avez pris en considération pour évaluer les chances de succès des inséminations précitées ?

J'ai pris en considération :

- Son anamnèse :
- Elle a accouché à 40 ans d'un enfant en bonne santé, sans complications de la grossesse, ni de l'accouchement ni dans les suites de couches.
- Elle présente toujours des cycles très réguliers et sans anomalie.
- Elle n'a jamais présenté d'anomalies gynécologiques (pas de myomes, ni kystes, endométriose, etc.)
- Elle avait eu une deuxième grossesse spontanée sans difficulté après son désir d'avoir un deuxième enfant (grossesse qui s'est malheureusement terminée par une fausse couche).
- Les résultats des investigations d'infertilité :
- Bilan hormonal très favorable en considérant l'âge de la patiente : Le 18.3.2011 (âge de la patiente juste encore 42 ans, bientôt 43 ans), l'analyse des hormones a montré une excellente valeur de FSH à 7.6, les autres valeurs étaient également parfaitement normales (LH à 4.2, estradiol à 120, TSH à 1.08), et une valeur d'AMH de 5.2 pmol/L, ce qui peut être également évalué comme bonne valeur, surtout au vu de l'âge. Sa valeur de la prolactine était légèrement élevée, en raison des médicaments qu'elle prend. Ceci pouvait être parfaitement corrigé par une stimulation ovarienne.

- L'ultrason gynécologique confirme l'absence d'anomalies au niveau de l'utérus, des trompes et des ovaires des deux côtés et montre un compte folliculaire (= réserve ovarienne) de 8 follicules. C'est un excellent résultat pour l'âge chronologique de la patiente.
- Perméabilité tubaire intacte.
- Résultat du spermogramme chez son conjoint : si je me rappelle bien, il y avait une légère asthéo-tératozoospermie (diminution de la mobilité et des formes normales), ce qui peut être amélioré par une insémination intra-utérine.

3. Quels éléments ressortant de son dossier vous permettraient-ils de poser un pronostic favorable au traitement ?

Tous les éléments décrits sous question 2 étaient de très bons résultats respectivement de très bonnes conditions, surtout en considérant l'âge de la patiente. Ainsi, le pronostic (tenant compte de l'âge de la patiente) était favorable. Il arrive régulièrement que des patientes bien plus jeunes ont des valeurs moins favorables que cette patiente.

En plus de ces bonnes valeurs des investigations de base, la patiente a très bien répondu à la stimulation ovarienne, avec un dosage standard, comme une patiente <40 ans. A chaque cycle de stimulation, nous avons pu diagnostiquer régulièrement la croissance de 1 à 2 follicules. C'est aussi une preuve que la réserve ovarienne était très bonne. La patiente avait fait encore un cycle de stimulation ovarienne en mars 2013 (elle avait à ce moment 44 ans, bientôt 45 ans), et avec le même dosage standard, ses ovaires ont répondu avec la croissance de deux follicules (ovules).

4. S'agissant des inséminations pratiquées le 28 mars et le 31 août 2012, quels éléments médicaux ressortant des documents du dossier de Mme F. _____ transmis par le W. _____ vous permettraient-ils, au moment de ces inséminations, de pronostiquer favorablement une grossesse ?

Les éléments médicaux suivants :

- Son anamnèse :
- Elle a accouché à 40 ans un enfant en bonne santé, sans complications de la grossesse, ni de l'accouchement, ni après l'accouchement.
- Elle présente toujours des cycles très réguliers et sans anomalie.
- Elle n'a jamais présenté d'anomalies gynécologiques (myomes, kystes, endométriose, etc.).
- Elle avait eu une deuxième grossesse spontanée sans difficulté après son désir d'avoir un deuxième enfant (grossesse qui s'est malheureusement terminée par une fausse couche).
- Les résultats des investigations d'infertilité :
- Bilan hormonal très favorable en considérant l'âge de la patiente : Le 18.3.2011 (âge de la patiente juste encore 42 ans, bientôt 43 ans), l'analyse des hormones a montré une excellente valeur de FSH à 7.6 ; les autres valeurs étaient également parfaitement normales (LH à 4.2, estradiol à 120, TSH à 1.08) avec une valeur de AMH de 5.2 pmol/L, ce qui peut être également évalué comme bonne valeur, surtout au vu de son âge. Sa valeur de la prolactine était légèrement élevée, en raison des médicaments qu'elle

- prend. Ceci pouvait être parfaitement corrigé par une stimulation ovarienne.
- L'ultrason gynécologique confirme l'absence d'anomalies au niveau de l'utérus, des trompes et des ovaires des deux côtés et montre un compte folliculaire (= réserve ovarienne) de 8 follicules. C'est un excellent résultat pour l'âge chronologique de la patiente.
 - Perméabilité tubaire intacte.
 - Résultat du spermogramme chez son conjoint : si je me rappelle bien, il y avait une légère asthéo-tératozoospermie (diminution de la mobilité et des formes normales), ce qui peut être amélioré par une insémination intra-utérine.
 - Ainsi le pronostic, considérant l'âge de la patiente, était favorable. Il arrive régulièrement que des patientes bien plus jeunes ont des valeurs moins favorables que cette patiente.
 - En plus de ces bonnes valeurs des investigations de base, la patiente a très bien répondu à la stimulation ovarienne, avec un dosage standard, comme une patiente <40 ans. A chaque cycle de stimulation, nous avons pu diagnostiquer régulièrement la croissance de 1 à 2 follicules. C'est aussi une preuve que la réserve ovarienne était très bonne. La patiente avait fait encore un cycle de stimulation ovarienne en mars 2013 (elle avait à ce moment 44 ans, bientôt 45 ans) ; avec le même dosage standard ses ovaires ont répondu avec la croissance de deux follicules (ovules).
 - En plus, rapidement après le début du traitement (stimulation hors-FIV et insémination), la patiente a présenté une grossesse gémellaire en août 2011. Une grossesse est un premier succès d'un traitement d'infertilité (le bébé dans les bras est le succès final). Tous ces éléments montrent que la fertilité relative chez cette patiente était bien supérieure comparée à la moyenne dans cette tranche d'âge.

5. La seconde insémination du 27 août 2011, prise en charge par O._____, qui a permis une grossesse gémellaire, a malheureusement abouti à une fausse couche. Existait-il des éléments médicaux objectifs, compte tenu du dossier de votre patiente, permettant d'expliquer cette fausse couche ?

L'âge de la patiente représente, même en présence de sa bonne réserve ovarienne, un risque de fausse couche. Le risque de fausse couche chez une patiente de 43 ans se situe entre 35% et 40%.

6. Qu'en est-il en particulier du fibrome sous muqueux (découvert de l'hystérocopie diagnostique du 23 novembre 2011), du traitement neuroleptique, de l'herpès génital et des polypes ?

Fibrome sous-muqueux : cette suspicion ne s'est pas confirmée. La patiente n'avait pas de fibrome sous-muqueux.

Traitement neuroleptique : ce traitement peut augmenter la valeur de l'hormone prolactine ce qui peut empêcher la croissance folliculaire. Ceci peut être traité par la stimulation ovarienne ou directement par un médicament dopaminergique. Chez la patiente, il n'y avait pas un grand effet de sa médication sur le taux de l'hormone prolactine, les valeurs étaient seulement légèrement élevées ou même dans la norme.

Herpès génital : Un herpès génital n'est pas une cause d'infertilité. À l'accouchement, par contre, un herpès génital actif peut être une indication à une césarienne.

Polypes : Des polypes endométriaux peuvent parfois diminuer les chances de grossesse et augmenter le risque de fausse couche. Les hystérosopies effectuées chez la patiente ont permis d'exclure un diagnostic de polypes.

7. Ces derniers peuvent-ils avoir une incidence sur les difficultés de Mme F._____ à tomber enceinte et les difficultés pour cette dernière de mener une grossesse à terme ?

Les polypes peuvent être une cause d'infertilité. Les polypes peuvent diminuer les chances de grossesse et augmenter le risque de fausses couches.

8. Quels éléments vous permettaient-ils d'envisager raisonnablement un tel traitement compte tenu des valeurs cliniques, de l'âge de la patiente et de son histoire obstétricale ?

L'indication pour une hystérocopie diagnostique étaient les fausses couches à répétition. Même si l'âge de la patiente était la cause la plus probable de la fausse couche, la patiente avait subi plus de fausses couches que la probabilité statistique (100% - toutes les grossesses s'étant terminées par des fausses couches - au lieu d'environ 40%). Ainsi, il était clairement indiqué d'exclure des obstacles mécaniques par une hystérocopie.

Les éléments pour un pronostic favorable chez la patiente étaient :

- Son anamnèse :
- Elle a accouché à 40 ans d'un enfant en bonne santé, sans complications de la grossesse, ni à l'accouchement, ni après l'accouchement.
- Elle a toujours présenté des cycles très réguliers et sans anomalie.
- Elle n'a jamais présenté d'anomalies gynécologiques (ni des myomes, ni des kystes, ni de l'endométriose, etc.).
- Elle avait eu une deuxième grossesse spontanée sans difficulté après son désir d'avoir un deuxième enfant (grossesse qui s'est malheureusement terminée en fausse couche).
- Les résultats des investigations d'infertilité :
- Bilan hormonal très favorable en considérant l'âge de la patiente : Le 18.3.2011 (âge de la patiente juste encore 42 ans, bientôt 43 ans), l'analyse des hormones a montré une excellente valeur de FSH de 7.6, les autres valeurs étaient également parfaitement normales (LH à 4.2, estradiol à 120, TSH à 1.08) et une valeur d'AMH de 5.2 pmol/L, ce qui peut être également évalué comme bonne valeur, surtout au vu de son âge.
- L'ultrason gynécologique confirme l'absence d'anomalies au niveau de l'utérus, des trompes et des ovaires des deux côtés et montre un compte folliculaire (= réserve ovarienne) de 8 follicules. C'est un excellent résultat pour l'âge de la patiente.
- Perméabilité tubaire intacte.
- Résultat du spermogramme chez son conjoint : si je me rappelle bien, il y avait une légère asthénospermie (légère diminution de la mobilité et des formes normales), ce qui peut être traité par une insémination intra-utérine.

- La patiente a très bien répondu au traitement : Avec un dosage standard de 75 IU, la patiente a réagi à la stimulation ovarienne comme une patiente < 40 ans. A chaque cycle de stimulation, nous avons pu diagnostiquer la croissance de 1 à 2 follicules ! C'est la preuve que la réserve ovarienne était très bonne. Même en mars 2013 (elle avait à ce moment 44 ans), avec le même dosage, ses ovaires ont répondu avec la croissance de deux follicules (ovules) !
- Survenue de grossesses : En plus, la patiente a présenté rapidement après le début du traitement (stimulation hors-FIV et insémination) une grossesse gémellaire (en août 2011). Une grossesse est un premier succès d'un traitement d'infertilité (le bébé dans les bras est le succès final). Elle a eu par la suite d'autres grossesses. Tous ces éléments montrent que la fertilité relative chez cette patiente était bien supérieure comparée à la moyenne dans cette tranche d'âge.

9. Que signifient et que permettent d'évaluer les valeurs : LH, FSH, AMH, prolactine ?

La FSH et la LH sont des gonadotrophines, hormones secrétées par l'hypophyse (centrale hormonale dans le cerveau). La FSH stimule la croissance et la maturation du follicule/ovule et la LH déclenche l'ovulation. L'AMH est une hormone secrétée dans les follicules (situés dans les ovaires). La prolactine est également une hormone secrétée par l'hypophyse (centrale hormonale dans le cerveau), sa fonction propre est la régularisation de l'allaitement.

Les hormones FSH, LH, estradiol et AMH aident à évaluer la réserve ovarienne.

Le dosage de l'hormone prolactine aide à évaluer un éventuel excès de production de cette hormone, ce qui pourrait empêcher la croissance folliculaire en inhibant l'hormone FSH.

10. Sachant que l'objectif d'une insémination intra-utérine est de créer les conditions favorables à une fécondation naturelle, était-il raisonnable de penser, compte tenu des valeurs cliniques propres à Mme F. _____ au moment où les inséminations intra-utérines des 28 mars et 31 août 2012 ont été pratiquées, que ce traitement avait des chances de favoriser une grossesse ? Pour quelles raisons ? Merci d'objectiver médicalement votre réponse.

Le pronostic chez Madame F. _____ était nettement meilleur comparé à une autre patiente de 43 ans. Les éléments favorables chez la patiente étaient :

- Son anamnèse :
- Elle a accouché à 40 ans d'un enfant en bonne santé, sans complications de la grossesse, ni à l'accouchement, ni après l'accouchement.
- Elle présente toujours des cycles très réguliers et sans anomalie.
- Elle n'a jamais présenté d'anomalies gynécologiques (ni des myomes, ni des kystes, ni de l'endométriose, etc.).
- Elle avait eu une deuxième grossesse spontanée sans difficulté après son désir d'avoir un deuxième enfant (grossesse qui s'est malheureusement terminée par une fausse couche).
- Les résultats des investigations d'infertilité :
- Bilan hormonal très favorable en considérant l'âge de la patiente : Le 18.3.2011 (âge de la patiente juste encore 42 ans, bientôt

43 ans), l'analyse des hormones a montré une excellente valeur de FSH de 7.6, les autres valeurs étaient également parfaitement normales (LH à 4.2, estradiol à 120, TSH à 1.08), avec une valeur d'AMH de 5.2 pmol/L, ce qui peut être également évalué comme bonne valeur, surtout tenant compte de son âge.

- L'ultrason gynécologique confirme l'absence d'anomalies au niveau de l'utérus, des trompes et des ovaires des deux côtés et montre un compte folliculaire (= réserve ovarienne) de 8 follicules. C'est un excellent résultat pour l'âge chronologique de la patiente.
- Perméabilité tubaire intacte.
- Résultat du spermogramme chez son conjoint : si je me rappelle bien, il y avait une légère asthéo-tératozoospermie (diminution de la mobilité et des formes normales), ce qui peut être traité par une insémination intra-utérine.
- La patiente a très bien répondu au traitement : Avec un dosage standard, la patiente a réagi à la stimulation ovarienne comme une patiente < 40 ans. A chaque cycle de stimulation, nous avons pu diagnostiquer la croissance de 1 à 2 follicules ! C'est la preuve que la réserve ovarienne était très bonne. Même en mars 2013 (elle avait à ce moment 44 ans), avec le même dosage standard, ses ovaires ont répondu avec la croissance de deux follicules (ovules) !
- Survenue de grossesses : En plus, la patiente a présenté rapidement après le début du traitement (stimulation hors-FIV et insémination) une grossesse gémellaire en août 2011. Une grossesse est un premier succès d'un traitement d'infertilité (le bébé dans les bras est le succès final). Elle a eu par la suite d'autres grossesses. Tous ces éléments montrent que la fertilité relative chez cette patiente était bien supérieure comparée à la moyenne dans cette tranche d'âge.

11. Le traitement par insémination intra-utérine était-il selon vous adéquat pour envisager une grossesse compte tenu de la situation médicale personnelle de la patiente ? Cas échéant quel autre traitement aurait-il pu être envisagé ?

Comme déjà abordé sous point 1, la meilleure solution dans le cas de la patiente aurait été un traitement de fécondation in-vitro (FIV). Ce traitement n'est par contre pas toujours facile à accepter pour les couples, ceci pas seulement en raison des coûts (traitement pas du tout pris en charge par les caisses maladie en Suisse). En général, un traitement FIV-ICSI est plus facile à accepter par un couple avec un diagnostic d'obstruction des deux trompes chez Madame ou d'absence de spermatozoïdes dans l'éjaculat chez Monsieur parce que, dans ces cas, il n'y a pas d'autre choix qu'un traitement de FIV pour avoir un enfant biologique. Par contre, un couple qui a déjà un enfant par conception spontanée et qui a eu d'autres grossesses par la suite, a en général beaucoup plus de difficultés à accepter une autre conception que la conception « in vivo » (dans le corps de la femme).

Le choix / la décision du traitement, après une parfaite information concernant toutes les possibilités, les chances, les risques et les coûts de chaque traitement, est toujours prise par le couple.

La requérante et l'intimée se sont déterminées sur les réponses de la Dre K. _____ les 21 et 22 août 2019.

E n d r o i t :

1. La présente cause est portée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par renvoi du Tribunal fédéral pour complément d'instruction et nouvelle décision. Les questions relatives à la recevabilité n'ont plus à être examinées.

2. a) Le litige porte sur la prise en charge par O._____ des traitements d'inséminations intra-utérines avec stimulations ovariennes dont a bénéficié F._____ les 28 mars et 31 août 2012.

b) Dans son arrêt de renvoi (ATF 142 V 249), le Tribunal fédéral a d'abord rappelé que la loi (LAMal [loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.10] ou LPMA [loi fédérale du 18 décembre 1998 sur la procréation médicalement assistée ; RS 810.11]) ne fixait aucune limite d'âge à partir de laquelle une femme ne pourrait plus tomber enceinte ni mener une grossesse à terme, ce seul critère ne justifiant dès lors pas en soi de nier le caractère efficace du traitement contre la stérilité et les troubles de la fertilité. Il a en outre considéré que les constatations médicales étant actuellement divergentes quant au moment à partir duquel une femme ne serait plus en capacité de procréer, il fallait procéder à une évaluation individualisée fondée sur les composantes cliniques propres à chaque patiente.

c) Dans la présente cause, le Tribunal fédéral a reproché aux premiers juges d'avoir statué sans disposer des éléments cliniques nécessaires pour évaluer l'état de santé de l'assurée et se déterminer sur l'efficacité du traitement. Il a en conséquence exigé que la Cour de céans réclame l'entier du dossier médical de la patiente et fasse procéder à une expertise, confiée en l'occurrence au Prof. P._____. Les parties ont encore été entendues lors d'une audience et la Dre K._____ interpellée.

3. a) Aux termes de 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) et les analyses, médicaments, moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques prescrits par un médecin ou, dans les limites fixées par le Conseil fédéral, par un chiropraticien (art. 25 al. 2 let. b LAMal). Les prestations mentionnées aux arts. 25 à 31 LAMal doivent de surcroît être efficaces, appropriées et économiques ; l'efficacité devant être démontrée selon des méthodes scientifiques (art. 32 al. 1 LAMal).

b) La maladie se définit comme une 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 [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1]). 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 Bundes-verwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit*, 2^e éd., p. 477 ch. 248).

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 soit considéré 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 (sur ces notions, voir Andreas Traub, *Krankheitswert und Behandlungsbedürftigkeit: Rechtsprechungsübersicht*,

in: Rechtsfragen zum Krankheitsbegriff, 2009, p. 47 ss et Myriam Schwendener, Krankheit und Recht, thèse 2008, p. 105 ss, en particulier p. 110). 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 (TF 9C_465/2010 ; TFA K 1/05 du 16 août 2005 consid. 1.2 ; Eugster, Bundesgesetz über die Krankenversicherung [KVG], 2010, ad art. 1a LAMal, n° 15 p. 10). 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 134 V 83 consid.3.1 ; 129 V 32 consid. 4.2.1).

c) Selon le Tribunal fédéral, les troubles liés à la fertilité, notamment la stérilité, constituent une maladie à laquelle il peut être remédié au moyen d'un traitement par inséminations intra-utérines. Un tel traitement est alors obligatoirement à charge de la caisse-maladie, le but étant l'induction d'une grossesse et la naissance d'un enfant (cf. ATF 121 V 302 consid. 3, 121 V 289 consid. 5 et 6). Il a en revanche précisé que l'état corporel lié au développement naturel de l'être humain n'est pas compris dans cette définition. La diminution de la fertilité due uniquement à l'âge est un phénomène physiologique naturel qui ne constitue pas une maladie. C'est pourquoi les mesures médicales visant l'amélioration de la capacité à procréer en cas de baisse de la fertilité liée exclusivement à l'âge ne constituent pas le traitement d'une maladie (Gebhard Eugster, Krankenversicherung, in Soziale Sicherheit, SBVR vol. XIV, 3^e éd. 2016, p. 495 n. 299), pas plus qu'une dysfonction érectile due à l'âge n'entre dans la définition de la maladie (ATF 129 V 32 consid.4.3.2 ; Stéphanie Perrenoud, La protection de la maternité, édition 2015 p. 105 et ss).

4. a) La question de l'âge peut également entrer en ligne de compte dans l'évaluation du caractère efficace d'une prestation, à condition qu'elle repose sur des critères médicaux (ATF 131 V 271 consid.

4 et les références citées). A cette fin, il faut pouvoir se référer à des données médicales largement admises. Une distinction valable relative à l'âge doit se fonder sur un motif d'ordre clinique convaincant qui constituerait une justification objective et raisonnable (ATF 136 I 121 consid. 5.2 et les références citées).

b) Comme l'a rappelé le Tribunal fédéral dans son arrêt de renvoi publié aux ATF 142 V 249, consid 6.2.3, aucune distinction en fonction de l'âge ne peut être trouvée dans la LAMal ni dans la LPMA. Dans le cadre de l'adoption de cette loi, le Conseil fédéral avait par ailleurs expliqué que la procréation médicalement assistée (PMA) était notamment réservée aux couples qui, en considération de leur âge et de leur situation personnelle, paraissaient être à même d'élever un enfant jusqu'à sa majorité (art. 3 al. 2 let. b du projet). Dans ce cadre, il a précisé que le projet de loi ne contenait pas de limite d'âge déterminée. D'une part, la fixation d'une telle limite aurait renfermé le danger qu'elle soit interprétée comme un droit à bénéficier d'un traitement et que celui-ci soit régulièrement effectué aussi longtemps que le seuil d'âge limite ne serait pas atteint. D'autre part, interdire l'accès à la PMA à une personne pour le motif qu'elle a dépassé d'un jour ou de quelques jours la limite d'âge légale n'était pas satisfaisant. Le Conseil fédéral avait préconisé de donner la préférence à la solution consistant à laisser la Commission nationale d'éthique pour la médecine humaine (CNE) la tâche de clarifier l'art. 3 al. 2 let. b LPMA dans une directive. Il avait également expliqué que la ménopause fixait par exemple une limite naturelle à la possibilité de procréer mais que dans la mesure où cette limite variait d'une femme à l'autre, il existait une relativement grande différence entre les âges auxquels les femmes l'atteignaient au sein de la population, créant ainsi une inégalité, ce qui était une raison supplémentaire pour ne pas fixer de limite d'âge (Message du 26 juin 1996 relatif à l'initiative populaire "Pour la protection de l'être humain contre les techniques de reproduction artificielle [Initiative pour une procréation respectant la dignité humaine", PPD] et à la loi fédérale sur la procréation médicalement assistée [LPMA], FF 1996 III 197, 245 ch. 322.112).

c) Ainsi, s'il est généralement admis qu'au fur et à mesure de l'avancement de l'âge de la femme, les chances de procréer diminuent, aucune limite n'étant prévue par la loi, ce seul critère ne saurait en soi justifier la négation du caractère efficace du traitement contre la stérilité et les troubles de la fertilité. Par ailleurs, il n'appartient pas au Tribunal fédéral de fixer un âge maximum. Les constatations médicales étant actuellement divergentes quant à l'éventuel moment à partir duquel une femme ne serait plus en mesure de procréer, il s'agit plutôt de procéder à une approche individualisée fondée sur les composantes cliniques propres à chaque patiente (ATF 142 V 249, consid 6.3 et 6.4).

5. a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance 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 ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

b) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les

lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

c) En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références citées). Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références citées ; TF 9C_719/2016 du 1^{er} mai 2017 consid. 5.2.1 et les références citées).

d) Dans la présente cause, le Prof. P._____ a fait porter son expertise essentiellement sur des principes généraux tirés de la littérature médicale, sans suivre les considérations du Tribunal fédéral, qui exigeait une approche individualisée fondée sur les composantes cliniques propres à la patiente. Ce n'est au demeurant que sur interpellation de la juge en charge de l'instruction que l'expert a répondu aux questions des parties, dans une seconde étape, se fondant à nouveau sur des principes généraux théoriques, négligeant de se référer au dossier médical de la recourante. En outre, le rapport d'expertise ne fait nullement état des documents sur lesquels l'expert se serait fondé. Ainsi, on ignore si ce dernier s'est appuyé sur le dossier de la patiente pour rédiger son rapport. On peut cependant

en douter dans la mesure où il indique par exemple en réponse à la question 10 de la recourante : « (...) *Il existe bien sûr d'autres étiologies de fausses-couches que seul un bilan complémentaire peut explorer, comprenant en particulier une évaluation de la cavité utérine par un examen dénommé hystéroscopie, un prélèvement endométrial afin d'éliminer une infection chronique et la réalisation d'un caryotype chez les deux membres du couple* ». Or, la lecture du dossier transmis par le W._____ montre que ces examens ont été effectués, soit une première hystéroscopie diagnostique en novembre 2011, à la suite de la fausse couche gémellaire, un rapport anatomo-pathologique du 24 janvier 2012 évoquant les résultats d'une biopsie d'endomètre sans signe d'endométrite chronique et un courrier du 9 février 2015 évoquant un échec de culture sur le matériel de la dernière fausse couche ne permettant pas la réalisation du caryotype. De même en réponse à la question 4 posée par O._____, le Prof. P._____ indique : « (...) *On peut donc supposer que la patiente a été reçue en février 2011, dans le cadre de cette prise en charge, soit 6 mois après la grossesse suivie d'une fausse couche obtenue en septembre 2010* ». Or, le dossier de la patiente transmis par le W._____ contient un courrier du 8 février 2011 de la Dre C._____ qui devait permettre à l'expert d'affirmer, et non de supposer, que la prise en charge avait eu lieu en février 2011. A la question 6 de l'intimée, l'expert indique les facteurs dont il faut tenir compte pour l'obtention d'une grossesse (notamment le dosage de l'hormone antimüllérienne et compte des follicules), sans se référer aux résultats hormonaux de la recourante elle-même, figurant pourtant au dossier. On constatera encore que l'expert n'a relevé ni le fait que la patiente était sous traitement neuroleptique (...), ni celui qu'elle souffrait d'herpès génital (rapport du 2 mars 2011 de la Dre K._____ à la Dre C._____) ni encore qu'elle présentait des condylomes (bilan d'infertilité du 23 juillet 2011), autant d'éléments qui ressortent pourtant du dossier de la recourante. A cet égard, en réponse à la question 10 de la recourante, le Dr P._____ n'exclut nullement d'autres étiologies de fausses couches que seul un bilan complémentaire permettrait d'explorer. Or conformément à ce qui précède, on constate que certains de ces examens ont été faits sans que l'expert ne s'y réfère ni n'en tire les conclusions

utiles. De même, si l'expert admet qu'un accouchement est un facteur favorable en termes de fertilité du couple, il indique que l'évaluation de la réserve ovarienne de la patiente est nécessaire pour pouvoir dire que cet accouchement est un facteur pronostic favorable d'une stimulation et insémination. Pourtant il ne prend pas en considération les valeurs présentes au dossier. Enfin, il n'a pas pris la peine de contacter le W._____ ou encore la Dre K._____, pas plus qu'il n'a spécifié les raisons médicales objectives qui lui permettraient dans le cas particulier de s'éloigner des conclusions de la Dre K._____, au demeurant médecin traitante.

Ainsi, les conclusions du rapport d'expertise du Dr P._____ et ses réponses aux questions des parties sont par trop générales pour être utilisées et l'expertise ne répond pas aux exigences du Tribunal fédéral. En fondant son rapport essentiellement sur une partie de la littérature médicale relative aux troubles de la fertilité et mettant en avant le fait que celle-ci diminue et le taux de fausses couches augmente avec l'âge, l'expert ne fait que réitérer une vérité d'ores et déjà admise et tente de poser une limite générale à la prise en charge d'un traitement prévu par l'OPAS (Ordonnance du 29 septembre 1995 sur les prestations de l'assurance des soins ; RS 832.112.31), ce que tant le législateur que le Tribunal fédéral ont précisément voulu éviter.

Compte tenu de ce qui précède, ce rapport d'expertise, auquel on ne peut reconnaître la valeur probante nécessaire ne permet pas à la Cour de céans de se déterminer de manière définitive dans la présente cause, raison pour laquelle la Dre K._____ a été interpellée également.

6. Considérant que seuls les phénomènes pathologiques altérant la santé d'un assuré entrent en considération dans une prise en charge au sens de la LAMal (cf. consid. 3 supra), il convient d'abord d'examiner la cause sous cet angle.

a) Dans le cas particulier, il ressort du dossier de la recourante qu'elle a donné naissance à un garçon en [...] 2008 après une première

grossesse spontanée harmonieuse, et qu'en 2010, à la suite d'une seconde grossesse spontanée qui s'est soldée par une fausse couche, la recourante s'est adressée à la Dre K._____ qui exerçait alors son activité à l'Unité de médecine de reproduction (UMR) du W._____. Ce qui précède, contrairement aux allégations de l'intimée, ne signifie pas encore que seuls des phénomènes physiologiques influençaient sa fertilité.

Le courrier du 22 mars 2011 du Service de planning familial du département de gynécologie obstétrique et génétique du W._____ indique cependant que la recourante et son conjoint, parents d'un premier enfant, ont été orientés à l'UMR à la suite d'une fausse couche en septembre 2010, en raison de l'âge de la patiente. Les courriers adressés par la Dre K._____ à l'intimée, figurant au dossier transmis par le W._____, ne mentionnent pas non plus que la recourante aurait été porteuse d'une pathologie au sens juridique du terme, susceptible d'influencer le début d'une grossesse. Au contraire, dans son courrier du 23 mai 2011, la Dre K._____ indique être consciente de l'âge de sa patiente (43 ans) tout en admettant que cette dernière dispose encore de bonnes valeurs hormonales, ce qui permet plutôt de penser que l'insémination est requise pour des raisons uniquement liées à son âge. Cette idée est encore renforcée par le courrier adressé le 18 août 2011 par la Dre K._____ au médecin conseil de l'intimée, lorsqu'elle indique: *« il est sûrement juste que la fertilité baisse après 40 ans, mais l'âge exact auquel il y a cette baisse varie quand même de femme à femme. Ainsi, il y a des femmes chez qui la fertilité baisse déjà à l'âge de 35 ans et il y a d'autres qui ont des valeurs hormonales qui, à l'âge de 40 ou 42 ans, sont équivalentes à un âge de 35 ans. Ceci veut dire qu'il faut regarder les chances de fertilité individuellement »*. A la question 1 du tribunal relative à l'indication des inséminations artificielles litigieuses, la Dre K._____ a répondu que les investigations avaient mis en évidence comme seul facteur féminin de l'infertilité, l'âge de la patiente. L'absence d'une pathologie au sens juridique du terme a encore été confirmée, lorsque la Dre K._____ a indiqué au tribunal que la suspicion de fibrome sous muqueux ne s'était pas confirmée, que le traitement neuroleptique, susceptible d'empêcher la croissance folliculaire, n'avait que peu voire pas

d'effet sur les valeurs hormonales de la patiente, qu'un herpès génital n'était pas cause d'infertilité et que les hystéroscopies effectuées avaient permis d'exclure le diagnostic de polypes pouvant parfois diminuer les chances de grossesse et augmenter le risque de fausse couche. Tous les autres éléments pris en considération, notamment les valeurs hormonales, la réponse positive à la stimulation ovarienne, la bonne réserve ovarienne, l'absence d'anomalie au niveau de l'utérus et la perméabilité tubaire intacte, étaient particulièrement favorables pour une patiente de près de 44 ans et les chances de réussite d'une insémination artificielle en l'occurrence bonnes.

Enfin, s'agissant des fausses couches à répétition, bien que la recourante les considère comme autant d'éléments pathologiques, rien au dossier ne permet de s'en convaincre. A cet égard, on relèvera que la Dre K._____, qui a reçu l'assurée à la suite de sa première fausse couche après une grossesse spontanée, n'a pas jugé utile d'investiguer davantage et d'effectuer un bilan de fausse couche à répétition, donnant vraisemblablement à penser que, comme elle l'indiquait dans ses différents courriers à l'intimée, la problématique liée à l'âge de la patiente était la cause la plus vraisemblable de ses difficultés à débiter une grossesse et à la maintenir. A la question du tribunal à ce sujet, elle a au demeurant indiqué comme seul élément objectivé du risque de fausse couche, l'âge de sa patiente.

Ainsi, il convient d'admettre au degré de la vraisemblance prépondérante que dans le cas particulier de la recourante, la cause la plus vraisemblable de ses difficultés à tomber enceinte était son âge au moment des inséminations litigieuses, ainsi que cela ressort de son dossier. Il n'existait donc pas d'altération de la santé de la recourante ayant valeur de maladie. Or, comme l'a rappelé le Tribunal fédéral (cf. consid. 3c supra), la diminution de la fertilité due uniquement à l'âge est un phénomène physiologique naturel qui ne constitue pas une maladie. C'est pourquoi les mesures médicales visant l'amélioration de la capacité à procréer en cas de baisse de la fertilité liée exclusivement à l'âge ne constituent pas le traitement d'une maladie.

b) Compte tenu de ce qui précède, la question de l'examen de l'efficacité et de l'adéquation des traitements d'insémination artificielle litigieux peut rester ouverte à ce stade, dans le cas particulier.

Sur la base des motifs qui précèdent, c'est à juste titre que l'intimée a refusé la prise en charge des inséminations pratiquées les 28 mars et 31 août 2012, la cause du recours à ces dernières n'étant vraisemblablement pas d'origine pathologique au sens de la LAMal.

7. **a)** Sur le vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition entreprise confirmée.

b) La procédure étant gratuite, il n'est pas perçu de frais judiciaires (art. 61 let. a LPGA). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, ni à la recourante qui succombe (art. 55 al. 1 LPA-VD et 61 let. g LPGA), ni à l'intimée, qui n'y a pas droit en sa qualité d'assureur social (ATF 128 V 323).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition du 26 février 2014 est confirmée.
- 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 :

- F. _____,
- 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 :