

# VD\_FINDINFO Arrêt / 2019 / 999 vom 25. Oktober 2019

VD Tribunal cantonal, 2019-10-25, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2019\\_\\_999](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2019__999)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2019 / 999 du 25 octobre 2019

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2019 / 999 del 25 ottobre 2019

## Regeste

INSÉMINATION ARTIFICIELLE{ÊTRE HUMAIN}, CAS DE MALADIE | 25 al. 1 LAMal, 25 al. 2 let. a LAMal, 25 al. 2 let. b LAMal, 32 al. 1 LAMal, 3 LPGA

## Erwägungen

### E. 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.

### E. 3

Quels éléments ressortant de son dossier vous permettaient-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).

#### **E. 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 permettaient-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

#### **E. 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 asthéo-tératozoospermie (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.

#### **E. 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.

#### **E. 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'endométriase, 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.

#### **E. 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 recourante 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'écarter 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 asséculologique. 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<sup>er</sup> 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 hystérocopie, 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 hystérocopie 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 hystérosopies 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).

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