

GE_GERICHTE A/1762/2018 vom 17. Januar 2019

GE Cour de justice, 2019-01-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1762_2018

FR: GE_GERICHTE A/1762/2018 du 17 janvier 2019

IT: GE_GERICHTE A/1762/2018 del 17 gennaio 2019

Erwägungen

E. 4

ème Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée au PETIT-LANCY, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Marc MATHEY-DORET recourante contre HELSANA ASSURANCES SA, sise Droit & Compliance, avenue de Provence 15, LAUSANNE intimée EN FAIT 1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1991, est assurée auprès de Helsana Assurances SA (ci-après : l'assurance) pour l'assurance obligatoire des soins.![endif]>![if> 2. En date du 26 septembre 2016, le docteur B_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, a répondu à un questionnaire de l'assurance relatif au traitement de physiothérapie dispensé entre le 18 avril et le 11 août 2016. Le médecin traitant a retenu les diagnostics de « hernie discale L4-L5 / spondylarthrose » et de « cypho-scoliose connue », et indiqué que sa patiente avait bénéficié de différentes thérapies. En raison de l'échec de deux infiltrations, la physiothérapie, à sec et en piscine, ainsi que la prise de morphine et d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (ci-après : AINS) avaient été intensifiées. Les séances de physiothérapie se déroulaient à raison d'une fois par semaine, parfois deux fois en cas de crise, et l'assurée faisait des exercices de physiothérapie chez elle (« école du dos à domicile »), environ 30 minutes par jour.![endif]>![if> Le Dr B_____ a annexé les documents suivants : - un rapport du 26 février 2015 du docteur C_____, spécialiste FMH en radiologie, suite à une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) de la colonne lombaire réalisée le jour même ; le radiologue a décrit, au niveau des disques, une dessiccation discale en L4-L5 avec la présence d'une protrusion discale à base large médiane et paramédiane, discrètement luxée vers le bas, sans conflit disco-radiculaire nette, ainsi qu'un pincement intersomatique de la partie postérieure de l'espace, sans herniation discale en L5-S1 ; au niveau des vertèbres, il a relevé une anomalie de signal du plateau supérieure de L5 (« L1 » noté dans la conclusion) compatible avec un trouble dégénératif inflammatoire de type Modic I ; ![endif]>![if> - un rapport du docteur D_____, radiologue FMH, relatif à une infiltration périurale sous contrôle fluoro-CT réalisée le 19 mars 2015 ;![endif]>![if> - un rapport d'arthrographie épurale sous contrôle fluoro-CT du 1 er juin 2015 du Dr D_____, duquel il ressort que l'infiltration du 19 mars 2015 avait eu un très bon effet, de sorte qu'un nouvel essai d'infiltration était pratiqué dans le cadre d'une résurgence de la symptomatologie douloureuse.![endif]>![if> 3. En date du 13 octobre 2016, la doctoresse E_____, spécialiste FMH en médecine interne générale et médecin-conseil de l'assurance, a recommandé la prise en charge du traitement de physiothérapie à raison de 36 séances par année civile. ![endif]>![if> 4. Le 17 octobre 2016, l'assurance a informé le Dr B_____ qu'elle acceptait la prise en charge des traitements déjà prodigués, ainsi que 36 séances de physiothérapie générale, à sec ou en piscine, jusqu'au 31 octobre 2017.![endif]>![if> 5. L'assurée s'est opposée à la limitation de la prise en charge, au motif qu'elle souffrait de deux pathologies qui nécessitaient chacune 36 séances, soit un

total de 72 séances, afin que son traitement soit bénéfique (cf. courriers des

E. 9

décembre 2016, 20 février, 13 mars et 25 avril 2017). Dans un avis du 22 mai 2017, la Dresse E_____ a considéré que 36 séances étaient suffisantes pour bénéficier de l'analgésie et d'une amélioration de l'état de santé, au vu du jeune âge de l'assurée et du traitement médicamenteux concomitant. Elle a ajouté que l'assurée pourrait en outre effectuer des exercices sportifs elle-même, comme du fitness ou de l'aquafit.

Par courrier du 29 mai 2017, l'assurance a exposé à l'assurée la position de la Dresse E_____. Le 15 juin 2017, l'assurée a requis la notification d'une décision formelle, relevant que l'avis du médecin-conseil n'était nullement motivé.

Dans un rapport du 6 juillet 2017, la Dresse E_____ a exposé que l'assurée souffrait de lombalgies chroniques, étant précisé que le terme de lombalgie était un symptôme désignant des douleurs en rapport avec la colonne vertébrale. Les structures lombaires atteintes étaient, d'une part, une dessiccation discale sans conflit disco-radulaire et, d'autre part, des troubles dégénératifs inflammatoires du plateau supérieur de L1. Il s'agissait donc de lombalgies communes où les structures vertébrales atteintes étaient en voisinage immédiat. Cette anatomie ne requérait pas une intensification de la physiothérapie avec une augmentation à 72 séances. En l'état, il n'y avait d'ailleurs « pas de preuve scientifique de la kinésithérapie générale pour soulager, voir guérir les douleurs du dos d'après l'EBM (Evidence Base Medecine) ». Partant, 36 séances de kinésithérapie étaient suffisantes pour traiter les lombalgies de l'assurée.

Par décision du 7 juillet 2017, l'assurance a accepté la prise en charge de 36 séances.

Le 13 juillet 2017, l'assurée, par l'intermédiaire d'un conseil, a formé opposition, rappelant qu'elle souffrait de deux atteintes nécessitant 36 séances chacune, comme attesté par le Dr B_____.

En date du 15 août 2017, l'assurance a répondu à l'assurée que le Dr B_____ avait certes posé deux diagnostics, mais n'avait prescrit des séances de physiothérapie qu'à raison d'une fois par semaine, deux fois en cas de crise. Il n'avait nullement prescrit ou justifié la nécessité de 72 séances annuelles. L'assurée était donc invitée à retirer son opposition ou à en compléter la motivation.

Le 17 août 2017, l'assurée a persisté dans les termes de son opposition et produit les pièces suivantes :

- un courrier du Dr B_____ daté du 18 juillet 2017, mentionnant que sa patiente présentait deux pathologies différentes ; d'une part, elle souffrait de lombalgies sur une discopathie protrusive L4-L5 avec des sciatiques à bascule, une souffrance osseuse du plateau supérieur de L5 appelé Modic 1 ; ces douleurs pouvaient perdurer un à trois ans et la protrusion devenait une hernie vraie si elle se latéralisait ; d'autre part, l'assurée présentait une hypercyphose dorsale maquée (50°) créant des dorsalgies hautes ; ces deux pathologies nécessitaient « 2 x 36 » séances de physiothérapie pour « 2017 », « à diminuer en fonction de l'état de santé en 2019 » ;
- un rapport du docteur F_____, spécialiste FMH en radiologie, suite à une IRM du rachis lombaire du 28 avril 2017 ; le médecin a conclu à une stabilité des discopathies L4-L5 et L5-S1 sans conflit radulaire, rétrécissement canalaire ou sténose foraminale, à une stabilité d'une atteinte inflammatoire du plateau supérieur droit de L5 sur une hernie intraspongieuse de Schmorl, et à une apparition d'une image ovoidale liquidienne d'allure géodique de la jonction de la tête – col fémorale droite d'allure non spécifique et sans corrélation clinique d'après l'assurée ;
- un rapport de la doctoresse G_____, radiologue FMH, suite à une radiographie de la colonne en totalité le 23 mars 2017 ; la spécialiste a conclu à l'absence de trouble statique scoliose, à une

bascule postérieure du rachis avec une version antérieure du sacrum et à une discopathie L4-L5. 14. Dans un avis du 24 août 2017, la Dresse E_____ a affirmé qu'il ne s'agissait pas de deux pathologies osseuses distinctes, mais de variantes de la norme. S'agissant de la cyphose, le Dr B_____ avait fait état d'une « hypercyphose dorsale maquée (50°) créant de hautes dorsalgies ». Cependant, un angle entre 40° et 50°, comme présenté par l'assurée, était tout à fait dans la norme. Quant à l'atteinte lombaire, elle était discrète car le plateau supérieur de la vertèbre L5 ne présentait qu'une dégénérescence de Modic 1. Cette pathologie, bien que légère, pouvait provoquer des dorsalgies et lombalgies car les vertèbres se chevauchaient et la douleur pouvait irradier vers la colonne thoracale. Cette amplification ne justifiait pas de parler de deux pathologies distinctes et encore moins de revendiquer 72 séances de physiothérapie. Partant, elle maintenait que 36 séances étaient amplement suffisantes pour améliorer les douleurs de l'assurée. 15. Par mémo du 11 septembre 2017, le docteur H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin-consultant pour l'assurance, a exposé que l'hypercyphose dorsale induisait forcément un trouble statique de la colonne. Cette mauvaise posture obligeait les parties cervicales et lombaires à corriger l'ensemble pour qu'il reste équilibré. Il n'était donc pas surprenant qu'il y ait une surcharge lombaire. Dans ce genre de trouble fonctionnel du rachis, les travaux scientifiques montraient le peu d'effets bénéfiques au long cours de la physiothérapie. L'exercice physique était souvent le plus efficace. En conclusion, il confirmait l'avis de la Dresse E_____, à savoir qu'il ne s'agissait pas de deux pathologies osseuses et que 36 séances de physiothérapie étaient amplement suffisantes, voire même généreuses. Il a en outre relevé que le Dr B_____ n'était pas spécialiste du rachis, mais un interniste. 16. Le 22 septembre 2017, l'assurance a transmis à l'assurée les avis de ses médecins-conseils et lui a accordé un délai pour retirer ou compléter son opposition. 17. Par courrier du 10 octobre 2017, l'assurée a contesté les conclusions des Drs E_____ et H_____, et reproché à l'assurance d'avoir recueilli, de manière non-contradictoire et unilatérale, deux avis médicaux auprès de ses médecin-conseils. 18. Par décision sur opposition du 31 octobre 2017, l'assurance a confirmé sa décision du 7 juillet 2017 et rejeté l'opposition. Cette décision est entrée en force. 19. Dans un rapport du 24 novembre 2017, le docteur I_____, spécialiste FMH en neurochirurgie, a diagnostiqué une lombalgie commune, un probable déséquilibre, des discopathies L4-L5 et L5-S1 avec un discret signal inflammatoire aigu L5 à droite, sans conflit neurologique (selon l'IRM du 28 avril 2017). L'assurée décrivait l'installation et la persistance d'une douleur rachidienne lombaire depuis deux ans et demi, à déclenchement mécanique, avec un épisode à l'époque d'irradiations radiculaires qui ne se manifestaient plus, et l'absence de réponse à un traitement médicamenteux et de physiothérapie jusqu'à présent, bien que ceci permette d'atténuer les symptômes. Elle prenait à la demande du Paracetamol, de l'Ibuprofène et du Mydocalm, faisait régulièrement de la physiothérapie depuis deux ans, avec une limitation à trois cycles par année par l'assurance. Elle faisait également de l'acupuncture qui permettait d'atténuer temporairement les symptômes, du vélo elliptique à domicile et promenait régulièrement son chien. L'examen clinique retrouvait un syndrome vertébral important, sans syndrome déficitaire ou irritatif, les IRM lombaires de 2015 et de 2017 ne montraient pas d'évolution des discopathies L4-L5 et L5-S1, sans conflit neurologique, avec un signal inflammatoire aigu persistant du plateau supérieur de L5 à droite. Il n'y avait pas d'indication chirurgicale et l'état du rachis n'était pas radiologiquement inquiétant. Il considérait qu'il fallait poursuivre le traitement de physiothérapie de façon plus intensive

que ce que préconisait actuellement l'assurance. Il suggérait que l'assurée soit évaluée dans un service de rhumatologie pour avis et éventuellement pour l'intégrer à un programme de rééducation intensive. ![/endif]>[/if> 20. Dans un courrier adressé à l'assurance le 27 novembre 2017, le Dr B_____ a sollicité la prise en charge de 72 séances de physiothérapie pour l'année 2018. Il a rappelé les difficultés de sa patiente pour obtenir le remboursement de son traitement de physiothérapie en 2017 et précisé que Pro Infirmis avait accepté d'aider l'assurée en payant, à titre exceptionnel, 36 séances. Pour l'année 2018, l'avis d'un neurochirurgien avait été requis et ce dernier avait confirmé que la physiothérapie devait être intensifiée. ![/endif]>[/if> 21. Par courrier du 15 décembre 2017, l'assurance a accordé la prise en charge de 36 séances de physiothérapie pour l'année 2018. ![/endif]>[/if> 22. En date du 19 décembre 2017, l'assurée a requis la prise en charge de 72 séances pour 2018 et, à défaut, la notification d'une décision formelle. ![/endif]>[/if> 23. Dans un courrier du 9 janvier 2018, l'assurance a rappelé à l'assurée que sa décision sur opposition du 31 octobre 2017 était entrée en force. Il n'y avait dès lors pas lieu de notifier une nouvelle décision sur le même objet, d'autant plus que la décision du 7 juillet 2017 ne fixait aucune limite de temps. Pour le surplus, les rapports du Dr I_____ du 24 novembre 2017 et du Dr B_____ du 27 novembre 2017 avaient été soumis à la Dresse E_____, laquelle maintenait sa position initiale, ces documents n'apportant aucun élément nouveau par rapport à la situation médicale à la fin de l'année 2016. ![/endif]>[/if> 24. Le 15 janvier 2018, l'assurée a répondu que la première procédure n'avait que pour objet la prise en charge de 36 séances de physiothérapie pour l'année 2017. En outre, la demande formulée pour 2018 reposait sur des éléments nouveaux, soit le rapport du Dr I_____. ![/endif]>[/if> 25. Dans une appréciation du 30 janvier 2018, la Dresse E_____ a estimé qu'il n'y avait pas de nouveaux diagnostics par rapport à ceux déjà connus. Elle a indiqué que le Dr I_____ n'avait rien noté de particulier à l'examen clinique, qu'il n'y avait « pas de signe radiculaire, un symptôme cardinal lorsqu'il y a une atteinte rachidienne, surtout des nerfs sciatiques ». Ce médecin avait décrit des lombalgies banales sans syndrome déficitaire ou irritatif. Les IRM de 2015 et 2017 étaient également sans particularité. Il n'y avait aucun « signe d'évolution maladif dégénératif ». La Dresse E_____ a conclu que l'évolution était stable et qu'aucune dégradation de l'état de santé n'était mise en évidence. Elle comprenait mal la raison pour laquelle son collègue recommandait la poursuite de la physiothérapie et même son intensification. Outre une santé stable, le Dr I_____ décrivait « une absence de réponse à un traitement médicamenteux et de physiothérapie ». ![/endif]>[/if> 26. Par décision du 5 février 2018, l'assurance a repris les conclusions de la Dresse E_____ et confirmé la prise en charge de 36 séances de physiothérapie pour l'année 2018. ![/endif]>[/if> 27. Dans un courrier du 1^{er} mars 2018, l'assurée a formé opposition contre ladite décision. Elle a contesté toute valeur probante au rapport de la Dresse E_____, médecin-conseil qui ne l'avait pas examinée personnellement, et souligné que sa requête était fondée sur les rapports des Drs B_____ et I_____. Elle a sollicité la mise en œuvre d'une véritable expertise contradictoire. ![/endif]>[/if> 28. Dans un avis manuscrit non daté, le Dr H_____ a retenu que la lombalgie commune diagnostiquée par le neurochirurgien consistait en des troubles fonctionnels sans substrat anatomique démontré, les discopathies étant banales et fréquentes. Dans ce contexte, si 36 séances ne suffisaient pas à guérir l'assurée, cela ne voulait pas dire que 72 séances permettraient d'y arriver. La preuve en était que l'assurée était toujours gênée, alors qu'elle avait bénéficié de tant de séances en 2017. En raison de l'absence de résultat et d'amélioration, le traitement intensif envisagé n'était ni

économique, ni approprié. ![/endif]>[/if] 29. Le 22 mars 2018, l'assurance a adressé copie de cette appréciation à l'assurée et lui a accordé un délai pour se déterminer sur son contenu. ![/endif]>[/if] 30. En date du 11 avril 2018, l'assurée a maintenu les termes de son opposition et contesté toute valeur probante aux rapports des médecins-conseils. ![/endif]>[/if] 31. Par décision sur opposition du 26 avril 2018, l'assurance a confirmé sa décision du 5 février 2018 et rejeté l'opposition de l'assurée. Elle a soutenu que le rapport du Dr B_____ du 27 novembre 2017 ne faisait que renvoyer à celui du Dr I_____ et n'apportait aucune justification médicale quant à la nécessité de recourir à 72 séances de physiothérapie pour l'année 2018. Ce document n'avait dès lors aucune valeur probante et pouvait être écarté, d'autant plus que ce médecin n'était pas spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. Quant au Dr I_____, il ne faisait état d'aucun nouveau diagnostic. Les pathologies présentées par l'assurée étaient toujours les mêmes, il n'y avait aucune péjoration de son état de santé et les discopathies n'avaient pas évolué. La Dresse E_____ avait relevé que les IRM étaient sans particularité et qu'il n'y avait aucun signe d'évolution d'un état maladif dégénératif. Dans ces circonstances, l'avis du Dr I_____ selon lequel il convenait de poursuivre le traitement de physiothérapie de façon plus intensive ne se justifiait nullement. D'ailleurs, ce médecin n'avait pas précisé le nombre de séances qu'il jugeait opportun ni prescrit une ordonnance pour le suivi de 72 séances. La simple proposition d'une physiothérapie plus intensive pouvait également s'entendre dans le cadre d'une rééducation avec des exercices à domicile. Partant, le rapport du Dr I_____ ne pouvait prévaloir et l'emporter sur les avis contraires des Drs E_____ et H_____. De surcroît, la législation en vigueur prévoyait que la question de la prise en charge de la prolongation d'un traitement de physiothérapie au-delà de 36 séances se posait généralement après l'accomplissement de ces 36 premières séances. Le médecin-traitant devait alors adresser un rapport au médecin-conseil de l'assureur et lui remettre une proposition dûment motivée. Or, la demande de prise en charge de la physiothérapie avait été déposée à la fin de l'année 2017, soit avant même d'avoir débuté la première séance de physiothérapie de 2018. Par ailleurs, le Dr H_____ avait considéré que les conditions de l'économicité et de l'adéquation du traitement requis n'étaient pas remplies au motif que même 72 séances de physiothérapies ne permettaient pas de guérir l'assurée, puisque cette dernière avait bénéficié de 72 séances en 2017 et était toujours gênée. La question de savoir si les atteintes présentées par l'assurée, soit une lombalgie commune, un probable déséquilibre, des discopathies L4-L5 et L5-S1 avec discret signal inflammatoire aigu L5 à droite, sans conflit neurologique, nécessitaient un traitement de physiothérapie à raison de 36 ou 72 séances pour l'année 2018 ne méritait pas d'être tranchée par expertise. ![/endif]>[/if] 32. Par acte du 24 mai 2018, l'assurée, par l'intermédiaire de son conseil, a interjeté recours contre la décision précitée. Elle a conclu, sous suite de dépens, préalablement, à l'audition des docteurs J_____, spécialiste FMH en rhumatologie, et B_____ et, au besoin, à ce qu'une expertise soit ordonnée concernant la question de l'efficacité, l'économicité et l'adéquation des traitements de physiothérapie litigieux. Principalement, elle a conclu à l'annulation des décisions des 5 février et 26 avril 2018 et à ce qu'il soit dit et constaté qu'elle avait droit à la prise en charge de 72 séances. La recourante a maintenu qu'elle souffrait de deux pathologies distinctes et suivait deux séances de physiothérapie par semaine, l'une pour traiter la première atteinte et l'autre pour traiter la seconde. Elle avait ainsi sollicité de l'intimée la prise en charge de deux fois 36 séances. Tous les spécialistes consultés, soit les Drs B_____, I_____ et J_____, avaient attesté de l'efficacité, de l'économicité et de l'adéquation de ces traitements. L'intimée ne

tenait pas compte de l'existence de deux pathologies requérant que les soins soient prodigués de manière séparée. L'efficacité et l'économicité d'un traitement ne s'analysaient pas exclusivement en fonction de sa capacité à « guérir » l'assuré, mais également afin d'éviter une péjoration de son état de santé et des interventions plus invasives. L'argument de l'intimée qui consistait à nier l'efficacité des traitements au motif que la recourante n'était pas guérie alors qu'elle avait déjà bénéficié de plus de 36 séances n'était pas relevant et contradictoire, puisque l'intimée avait déjà admis la prise en charge des séances requises « au-delà de 36 », reconnaissant ainsi implicitement l'efficacité des traitements.

La recourante a joint un rapport du Dr J _____ du 7 mai 2018. Ce rhumatologue a indiqué avoir été consulté par la recourante le 18 avril 2018 en raison de douleurs ostéoarticulaires handicapantes. Elle présentait deux problématiques distinctes, soit des cervico-dorsalgies en relation avec une cyphose dorsale relativement marquée, ainsi que des lombalgies chroniques en relation avec des discopathies L4-S1. À l'examen clinique, la cyphose dorsale était marquée avec un enroulement des épaules en avant. Les muscles cervico-scapulaires étaient tendus et douloureux, et la palpation de la colonne dorsale (D5-D9) était sensible, ainsi que les manœuvres de rotation et d'inclinaison de la colonne dorsale. On retrouvait également une sensibilité douloureuse de la charnière lombo-sacrée (L4-S1) avec des douleurs en flexion et extension du tronc, sans limitation. Les appréciations des médecins-conseils de l'intimée étaient cohérentes compte tenu des éléments à leur disposition. En effet, les atteintes objectives radiologiques montraient effectivement une cyphose dorsale marquée, mais pas sévère, et des discopathies L4-S1 modérées. Toutefois, l'on savait que les corrélations radio-cliniques au niveau du dos n'étaient pas bonnes et que certaines personnes ayant des atteintes radiologiques sévères n'avaient pratiquement pas de douleurs et que d'autres personnes ayant des atteintes modérées sur le plan radiologique étaient handicapées par les douleurs et pouvaient nécessiter plus de soins pour les tolérer. La question était donc de savoir quelle place était attribuée à la souffrance subjective du patient, à ces limitations dans les activités de la vie quotidienne, à la tolérance physique et morale à ces douleurs. Si la recourante, dans son récit et son attitude, semblait crédible et décrivait une souffrance importante qui pour être mieux tolérée nécessitait deux séances de physiothérapie par semaine, une dans la région cervico-dorsale et une au niveau du bas du dos, fallait-il remettre en question son besoin de traitement ? Une séance de physiothérapie durait 30 minutes, environ 25 minutes après déduction du temps de déshabillage et de rhabillage, et ce temps semblait juste nécessaire à traiter une région de façon correcte. Dès lors, pour traiter le bas du dos et la région cervico-dorsale, il était nécessaire de séparer les séances. La recourante, en réduisant son temps de physiothérapie, notait que ces douleurs étaient souvent moins tolérables dans son quotidien et l'amenaient même à consulter plus souvent des médecins ou à augmenter la prise de médicaments. Le rhumatologue s'interrogeait s'il n'était pas plus judicieux d'adapter le nombre de séances de physiothérapie à la gestion des douleurs de la recourante plutôt que d'attendre que la situation se détériore sur le plan physique, mais surtout moral et psychologique. 33. Dans sa réponse du 14 juin 2018, l'intimée a conclu, sous suite de frais et dépens, au rejet du recours. Elle a nié l'économicité, l'adéquation et l'efficacité du traitement, et rappelé que seul le Dr B _____, qui n'était pas spécialiste en orthopédie, reconnaissait ces critères sur la base de l'existence de deux pathologies distinctes, ce qui était contesté par le Dr H _____. Elle a soutenu que les troubles présentés par la recourante ne justifiaient pas l'octroi, d'emblée, de 72 séances de physiothérapie par année, alors que la loi en préconisait 36 au maximum, à prolonger éventuellement en fonction de l'état de

santé et après une proposition dûment motivée par le médecin traitant. En requérant la prise en charge de 72 séances pour l'année 2018, avant même de débiter le traitement 2018, les médecins de la recourante semblaient donc être déjà acquis au fait que 36 séances annuelles ne suffiraient pas, sans toutefois avancer d'argumentation convaincante. Le Dr I_____ avait confirmé que la recourante présentait des lombalgies banales, sans syndrome déficitaire ou irritatif, sans aucune évolution péjorative. Sa proposition de poursuivre un traitement de physiothérapie de façon plus invasive ne corroborait nullement ses constatations cliniques et radiologiques, d'autant plus qu'il n'avait pas attesté formellement la nécessité de 72 séances annuelles, mais une intensification qui pourrait s'entendre dans le cadre d'une rééducation avec des exercices à domicile. Quant au rapport du Dr B_____, il n'apportait aucun élément justifiant de recourir à 72 séances pour 2018. Les appréciations de ces médecins ne pouvaient prévaloir et l'emporter sur les avis contraires des Drs E_____ et H_____. Enfin, le Dr J_____ avait relevé que les arguments et les appréciations des médecins-conseils étaient cohérents. Il reconnaissait que ce n'était que sur la base de souffrances subjectives et des attentes de la recourante en matière de gestion de la douleur, tant physique que psychologique et morale, que 72 séances devraient être accordées. Or, l'assureur social n'avait pas à prendre en charge un traitement qui n'était pas efficace, adéquat et économique, uniquement en raison des attentes d'un assuré. D'ailleurs, les médecins de la recourante ne s'étaient pas prononcés spécifiquement et concrètement sur ces trois critères. L'octroi de 36 séances était donc largement suffisant et répondait entièrement à des considérations morales ou sociétales, d'autant plus que l'efficacité, l'adéquation et l'économicité d'un tel nombre de séances pourraient déjà être mises en doute. En cas d'instruction, l'intimée sollicitait l'audition du Dr H_____.! [endif]>![if> L'intimée a produit une appréciation du 10 juin 2018 du Dr H_____, lequel a derechef contesté la présence de deux pathologies distinctes. Il a relevé que le Dr J_____ avait noté que les atteintes objectives radiologiques montraient effectivement une cyphose dorsale marquée, mais pas sévère, et des discopathies L4-S1 modérées. Ce médecin avait toutefois ajouté que les corrélations radio-cliniques au niveau du dos n'étaient pas bonnes. On ne pouvait donc pas corréliser les atteintes radiologiques et/ou le status objectif avec les plaintes subjectives, concernant le rachis. Lorsque l'on pratiquait une IRM sur une population asymptomatique, on retrouvait les atteintes constatées chez la recourante au niveau d'un étage dans 75% des cas et à deux niveaux dans 66% des cas. Ce genre d'image était donc banal. De plus, les courbures du rachis étaient interdépendantes, l'arrondi dorsal était compensé par le creux lombaire et l'arrondi du sacrum par le creux cervical. Le but était que de profil, l'oreille tombe à la hauteur de la hanche. Dans un tel cas, le rachis était équilibré et les haubans musculaires le stabilisant avaient peu de travail. Si un déséquilibre survenait, comme lors d'une hypercyphose dorsale, alors les étages sus- et sous-jacents, soit cervical et lombaire, devaient le compenser. En conséquence, on ne pouvait pas, dans un tel cas, parler de deux pathologies distinctes pour justifier deux traitements de physiothérapie par semaine. Ainsi, les conclusions du Dr B_____, lequel admettait deux pathologies, ne pouvaient être suivies. Quant au Dr I_____, il s'était contenté d'affirmer que le traitement de physiothérapie devait être intensifié, sans le moindre argumentaire. Les recommandations 2017 de l'« American College of Physicians » étaient, pour les douleurs chroniques du rachis, une approche par auto-exercices physiques, gymnastiques, piscine, marche ou sport léger. La réhabilitation multidisciplinaire, l'acupuncture et la réduction du stress n'avaient qu'une relation de qualité moyenne statistiquement concernant un soulagement des plaintes. Quant à la plupart des autres traitements, ils n'avaient pas fait la

preuve d'une efficacité quelconque. Un traitement intensif de physiothérapie n'avait de sens que lors de rachialgies aiguës ou subaiguës et pour une durée limitée de quelques mois au maximum. L'efficacité du traitement ne pouvait pas être prouvée objectivement. En définitive, le Dr J_____ demandait la prise en charge d'un traitement ressenti subjectivement comme efficace, simplement pour que la recourante se sente mieux. Une expertise médicale ne serait d'aucune utilité, le problème étant juridique. 34. En date du 2 juillet 2018, la recourante a persisté et relevé que le litige portait essentiellement sur une question médicale, de sorte qu'il s'avérait nécessaire d'ordonner une expertise au vu des avis divergents figurant au dossier.![endif]>![if> 35. Copie de cette écriture a été communiquée à l'intimée le 4 juillet 2018.![endif]>![if> 36. Par courrier du 4 décembre 2018, la chambre de céans a informé les parties qu'elle entendait ordonner une expertise, laquelle serait confiée au professeur K_____, spécialiste FMH en rhumatologie.![endif]>![if> 37. En date du 20 décembre 2018, l'intimée a observé que le prof. K_____ n'était pas un expert certifié SIM (Swiss insurance medicine), de sorte que son rapport pourrait s'avérer médicalement non probant dans la mesure où il ne tiendrait pas compte des critères jurisprudentiels en vigueur, et que ce médecin avait été partiellement formé à l'étranger, ce qui pouvait poser problème pour l'évaluation de l'adéquation et de l'économicité d'un traitement selon le droit suisse. ![endif]>![if> 38. La recourante ne s'est pas manifestée dans le délai imparti. ![endif]>![if> EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 4 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10).![endif]>![if> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. Interjeté dans les formes et délais prescrits par la loi, le recours du 24 mai 2018 contre la décision sur opposition du 26 avril 2018 est recevable (art. 56 et 60 LPGA).![endif]>![if> 3. Le litige porte sur le droit de la recourante à la prise en charge de 72 séances de physiothérapie en 2018, en lieu et place des 36 séances accordées.![endif]>![if> 4. a. L'assurance-maladie sociale alloue des prestations en cas de maladie (art. 1a al. 2 let. a LAMal).![endif]>![if> Est réputée maladie toute atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou un traitement médical ou provoque une incapacité de travail (art. 3 LPGA). b. En matière d'assurance-maladie, l'entrée en vigueur de la LPGA n'a pas apporté de modification - si ce n'est d'ordre rédactionnel - au contenu des notions de maladie, d'accident et de maternité, telles qu'elles étaient définies à l'ancien art. 2 LAMal, abrogé avec l'entrée en vigueur de la LPGA au 1^{er} janvier 2003. La jurisprudence développée à leur propos jusqu'à ce jour peut ainsi être reprise et appliquée (ATF 130 V 344 consid. 2.2 ; KIESER, ATSG-Kommentar, Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrecht vom 6. Oktober 2000, Zurich 2003, n. 23 ad art. 3, n. 46 ad art. 4 et n. 13 ad art. 5). 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. La notion de maladie est une notion juridique qui ne se recoupe pas nécessairement avec la définition médicale de la maladie (ATF 124 V 118 consid. 3b et les références). Pour qu'une altération de la santé ou un dysfonctionnement du corps humain soient considérés comme une maladie au sens juridique, il faut qu'ils aient valeur de maladie (« Krankheitswert ») ou, en d'autres termes, atteignent une certaine ampleur ou intensité et rendent nécessaires des

soins médicaux ou provoquent une incapacité de travail (arrêt du Tribunal fédéral 9C_465/2010 consid. 4.1). 5. a. Conformément à l'art. 24 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations définies aux art. 25 à 31 en tenant compte des conditions des art. 32 à 34 (al. 1). Les prestations prises en charge sont rattachées à la date ou à la période de traitement (al. 2).!> Selon l'art. 25 LAMal, l'assurance obligatoire de soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles (al. 1). Ces 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 personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat d'un médecin ou d'un chiropraticien (al. 2 let. a ch. 3). b. Cela inclut la physiothérapie (art. 5 al. 1 de l'ordonnance du Département fédéral de l'intérieur du 29 septembre 1995 sur les prestations de l'assurance maladie obligatoire (OPAS – RS 832.112.31). 6. a. Aux termes de l'art. 32 LAMal, les prestations mentionnées aux art. 25 à 31 doivent être efficaces, appropriées et économiques. L'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques (al. 1). L'efficacité, l'adéquation et le caractère économique des prestations sont réexaminés périodiquement (al. 2).!> D'après l'art. 34 al. 1 LAMal, les assureurs ne peuvent pas prendre en charge, au titre de l'assurance obligatoire des soins, d'autres coûts que ceux des prestations prévues aux art. 25 à 33 LAMal. b. Une prestation est efficace lorsqu'on peut objectivement en attendre le résultat thérapeutique visé par le traitement de la maladie, à savoir la suppression la plus complète possible de l'atteinte à la santé somatique ou psychique (ATF 128 V 165 consid. 5c/aa ; RAMA 2000 n° KV 132 p. 281 consid. 2b). La question de son caractère approprié s'apprécie en fonction du bénéfice diagnostique ou thérapeutique de l'application dans le cas particulier, en tenant compte des risques qui y sont liés au regard du but thérapeutique (ATF 127 V 146 consid. 5). Le caractère approprié relève en principe de critères médicaux et se confond avec la question de l'indication médicale : lorsque l'indication médicale est clairement établie, le caractère approprié de la prestation l'est également (ATF 125 V 99 consid. 4a ; RAMA 2000 n° KV 132 p. 282 consid. 2c). Le critère de l'économicité concerne le rapport entre les coûts et le bénéfice de la mesure, lorsque dans le cas concret différentes formes et/ou méthodes de traitement efficaces et appropriées entrent en ligne de compte pour combattre une maladie (ATF 127 V 146 consid. 5 ; RAMA 2004 n° KV 272 p. 111 consid. 3.1.2). 7. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. !> Selon le principe de la libre appréciation des preuves, 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 qu'en soit la 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, ce qui est déterminant c'est 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 de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et qu'enfin, les conclusions de l'expert soient dûment 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 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.244/05 du 3 mai 2006 consid. 2.1). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). 8. Conformément au principe inquisitoire

qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence en ce sens que lorsque les instances cantonales de recours constatent qu'une instruction est nécessaire parce que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise, elles sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151 consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3). En l'espèce, la chambre de ceans relève à titre préalable que, dans sa décision du 5 février 2018 confirmée sur opposition le 26 avril 2018, l'intimée a limité sa prise en charge à 36 séances de physiothérapie pour l'année 2018. Elle a précisément exposé les raisons pour lesquelles elle considérait que la physiothérapie ne devait pas être intensifiée par rapport au traitement admis pour 2017, niant ainsi d'emblée le droit de la recourante à des séances supplémentaires, en dépit des propositions contraires et argumentées des médecins consultés. Elle ne saurait donc parallèlement soutenir que le droit à la prolongation d'un traitement de physiothérapie ne devrait être examiné qu'après l'accomplissement des 36 premières séances. En outre, il est compréhensible que la recourante ait souhaité que cette question soit tranchée au début du traitement, de manière à lui permettre d'échelonner ses séances en conséquence pour que son droit ne soit pas épuisé après quelques semaines. 10. La recourante se réfère aux rapports des Drs B_____, I_____ et J_____, et soutient qu'elle présente deux affections distinctes qui nécessitent chacune la prise en charge de 36 séances, soit un total de 72 séances. L'intimée quant à elle a retenu, sur la base des avis des Drs E_____ et H_____, que les pathologies dont souffre la recourante ne justifient pas l'octroi de plus de 36 séances de physiothérapie. 11. a. En ce qui concerne la valeur probante des rapports du Dr B_____, ce dernier a indiqué, dans son rapport du 26 septembre 2016, que sa patiente suivait une séance de physiothérapie par semaine, voire deux en cas de crise, sans préciser la fréquence de ces dernières. Par la suite, dans son rapport du 18 juillet 2017, il a retenu que ces deux atteintes présentées par la recourante, à savoir, d'une part, des lombalgies sur une discopathie protrusive L4-L5 avec des sciatiques à bascule et une souffrance osseuse du plateau supérieur de L5 appelée Modic 1 et, d'autre part, une hypercyphose dorsale maquée (50°) créant des dorsalgies hautes, nécessitaient « 2 x 36 » séances de physiothérapie. Il a indiqué que les douleurs liées à la première atteinte pouvaient perdurer « un à trois ans » et la protrusion devenir une hernie si elle se latéralisait. Enfin, dans son courrier adressé à l'intimée le 27 novembre 2017, le Dr B_____ a sollicité la prise en charge de 72 séances de physiothérapie pour l'année 2018, se référant pour l'essentiel à l'avis du Dr I_____.

Force est donc de constater que le médecin traitant n'a pas développé la moindre argumentation quant aux critères d'efficacité, d'appropriation et d'économicité du traitement qu'il a suggéré. b. Quant au Dr I_____, il a estimé, dans son rapport du 24 novembre 2017, que le traitement de physiothérapie tel que pris en charge par l'intimée, soit 36 séances par année, devait être intensifié. Il n'a cependant pas précisé à quelle fréquence les séances devaient se dérouler selon lui. On ne saurait donc déduire de son rapport que les troubles dont souffre la recourante requièrent le suivi de 72 séances annuelles de physiothérapie. De surcroît, le Dr I_____ n'a pas examiné si les exigences de l'efficacité, de l'adéquation et du caractère économique du traitement étaient remplies. S'agissant du caractère efficace, il a fait état de l'absence de réponse au traitement médicamenteux et de physiothérapie « jusqu'à présent », bien que ceci permette une atténuation des symptômes. Il n'a livré aucune explication quant au résultat thérapeutique visé par les séances de physiothérapie. Il n'a pas non plus examiné si d'autres mesures, notamment l'acupuncture qui permettait également de soulager les symptômes de façon temporaire, les exercices pratiqués à domicile, ou encore l'intégration à un programme de rééducation intensive au service de rhumatologie pourraient constituer des alternatives appropriées et plus économiques. c. À l'appui de son recours, l'intéressée a produit un rapport du 7 mai 2018 du Dr J_____, lequel a confirmé la présence de deux problématiques distinctes, soit des cervico-dorsalgies en relation avec la cyphose dorsale relativement marquée et des lombalgies chroniques en lien avec des discopathies L4-S1. Si le rhumatologue a expliqué qu'il était nécessaire de séparer les séances de physiothérapie pour traiter ces deux régions de façon correcte, il n'a toutefois pas examiné les critères qui doivent être remplis pour que l'intimée ait à prendre en charge de tels traitements. Faute de se prononcer sur les points décisifs, le rapport du Dr J_____ ne permet pas non plus de conclure que la recourante a droit à la prise en charge de 72 séances de physiothérapie pour l'année 2018. 12. a. S'agissant de la valeur probante des avis de la Dresse E_____, cette dernière a noté, dans son rapport du 6 juillet 2017, que la recourante souffrait de lombalgies et que les structures lombaires atteintes étaient une dessiccation discale sans conflit disco-radicaire et des troubles dégénératifs inflammatoires du plateau supérieur de « L1 ». Force est de constater que le médecin-conseil n'a pas pris en considération la cyphose, pourtant diagnostiquée par le Dr B_____. Cette appréciation, incomplète faute de tenir compte l'état de santé global de la recourante, n'est pas déterminante. Rendue attentive sur ce point, la Dresse E_____ a exposé, dans son avis du 24 août 2017, que l'hypercyphose dorsale qualifiée de « marquée (50%) » était dans la « norme » et que l'atteinte lombaire était « discrète » car le plateau supérieur de la vertèbre L5 ne présentait qu'une dégénérescence de Modic 1. En l'absence de tout développement à cet égard, il est difficilement compréhensible que l'hypercyphose soit considérée simultanément comme « marquée » et « normale », et que la dégénérescence de Modic 1 puisse être qualifiée de « discrète », alors que le signal inflammatoire est « aigu » et « persistant » selon le Dr I_____. Concernant l'hypercyphose, on relèvera encore que les portions concernées de la colonne ne sont pas connues, tout comme l'étiologie de la pathologie ou encore ses éventuelles répercussions sur le reste de la colonne vertébrale. De plus, le médecin-conseil n'a pas fait mention des atteintes constatées lors de l'IRM du 28 avril 2017, en particulier de la sténose foraminale et de la hernie de Schmorl, de sorte que ce nouvel avis semble lui aussi basé sur des informations lacunaires. Enfin, la Dresse E_____ a réfuté la présence de deux pathologies distinctes au motif que l'atteinte lombaire pouvait provoquer des dorsalgies et des lombalgies car les vertèbres se chevauchaient et la douleur pouvait irradier vers la colonne

thoracale. Le fait que l'atteinte lombaire soit de nature à entraîner des douleurs au niveau de la colonne dorsale ne justifie cependant pas d'écarter l'existence des deux pathologies telles que retenues par le Drs B_____ et J_____. Dans son avis du 30 janvier 2018, la Dresse E_____ a indiqué que les médecins consultés par la recourante n'avaient pas fait état de nouveaux diagnostics et que l'évolution était stable, sans dégradation de l'état de santé ni évolution de la maladie. Cet argumentaire n'est pas pertinent puisque le droit de la recourante à la prise en charge de plus de 36 séances de physiothérapie ne dépend pas d'une aggravation de son état de santé. En outre, la Dresse E_____ a considéré que les IRM de 2015 et 2017 étaient sans particularité, ce qui est surprenant dès lors que ces examens ont mis en exergue, entre autres, une dessiccation discale en L4-L5, une sténose foraminale, une hernie intraspongieuse de Schmorl ou encore un trouble dégénératif inflammatoire de type Modic 1. De plus, la Dresse E_____ a indiqué que le Dr I_____ n'avait rien noté de particulier à l'examen clinique, quand bien même ce médecin a signalé, outre des douleurs et une sensibilité à la palpation, une limitation de la mobilité lombaire dans toutes les directions. Ce médecin avait par ailleurs conclu que son examen clinique retrouvait un syndrome vertébral important, avec un signal inflammatoire « aigu persistant » du plateau supérieur de L5 à droite. Enfin, si le Dr I_____ a certes mentionné « une absence de réponse à un traitement médicamenteux et de physiothérapie », il a cependant ajouté « jusqu'à présent » et rappelé que ledit traitement atténuait les symptômes, de sorte qu'on ne saurait en déduire, comme le fait le médecin-conseil de l'intimée, qu'aucun effet bénéfique ne peut être escompté de l'intensification du traitement de physiothérapie. Dans ces conditions, les avis de la Dresse E_____, lacunaires et insuffisamment motivés, ne sauraient être considérés comme probants. b. Quant au Dr H_____, il a exclu, dans son mémo du 11 septembre 2017, la présence de deux atteintes spécifiques et a indiqué que l'hypercyphose dorsale induisait forcément un trouble statique de la colonne et qu'il n'était pas surprenant qu'il y ait une surcharge lombaire. Il semble ainsi avoir considéré, sans pourtant étayer son appréciation, que la dessiccation en L4-L5, la sténose foraminale et l'atteinte inflammatoire sur la hernie résulteraient de la courbure dorsale. De telles conclusions paraissent en l'état prématurées, faute de renseignements suffisants sur l'hypercyphose de la recourante. En outre, le Dr H_____ a estimé qu'en présence d'un tel trouble fonctionnel du rachis, l'exercice physique avait davantage d'effets bénéfiques que la physiothérapie. Il semble ne pas avoir pris en considération le fait que la recourante effectue quotidiennement des exercices de physiothérapie et du vélo elliptique à domicile. À nouveau sollicité suite à l'opposition de la recourante, le Dr H_____ a retenu que la lombalgie commune diagnostiquée par le Dr I_____ consistait en des troubles fonctionnels « sans vrai substrat anatomique démontré », les discopathies étant banales et fréquentes. Ces affirmations sont difficilement compréhensibles en l'absence de toute justification. On rappellera notamment que l'IRM du 26 février 2015 a mis en exergue une dessiccation discale en L4-L5 avec la présence d'une protrusion et une anomalie de signal du plateau supérieure de L5 compatible avec un trouble dégénératif inflammatoire de type Modic I. L'IRM lombaire du 28 avril 2017 a permis de constater la stabilité des discopathies et de l'atteinte inflammatoire du plateau supérieur droit de L5 sur une hernie intraspongieuse de Schmorl. En outre, une bascule postérieure du rachis avec une version antérieure du sacrum et une discopathie L4-L5 ont été observées lors de la radiographie de la colonne du 23 mars 2017. De surcroît, les propos du Dr H_____ quant à la banalité de telles atteintes, singulièrement chez une personne âgée de moins de 30 ans, ne sont nullement étayés. Enfin, l'argumentation du médecin-conseil selon laquelle une intensification du traitement envisagé ne serait ni

économique ni appropriée, compte tenu de l'absence d'amélioration en dépit des 72 séances de physiothérapie suivies en 2017, est manifestement insuffisante pour refuser la prise en charge préconisée par trois médecins, dont le généraliste de la recourante, un spécialiste en neurochirurgie et un rhumatologue. Dans son rapport du 10 juin 2018, le Dr H_____ a une nouvelle fois nié la présence de deux pathologies distinctes permettant de justifier deux traitements de physiothérapie par semaine. Il s'est alors référé au degré de gravité attribué par le Dr J_____ à la cyphose dorsale et aux discopathies L4-S1. Son explication n'est cependant pas convaincante, étant rappelé que la première atteinte a été considérée comme « marquée », bien que non « sévère, et que les secondes sont nombreuses et accompagnées d'un trouble inflammatoire dégénératif aigu et persistant. Le Dr H_____ a encore expliqué que les atteintes constatées chez la recourante étaient banales car lorsqu'une IRM était pratiquée sur une population asymptomatique, on retrouvait les atteintes constatées chez la recourante au niveau d'un étage dans 75% des cas et à deux niveaux dans 66% des cas. Il sied toutefois de rappeler le jeune âge de la recourante, née en 1991, élément sur lequel le médecin-conseil ne s'est pas prononcé. Le Dr H_____ a ensuite exposé, s'agissant des courbures du rachis, que le but était que de profil, l'oreille tombe à la hauteur de la hanche. Dans un tel cas, le rachis était équilibré et les haubans musculaires le stabilisant avaient peu de travail. Si un déséquilibre survenait, comme lors d'une hypercyphose dorsale, alors les étages sus- et sous-jacents, soit cervical et lombaire, devaient le compenser. Il a conclu qu'on ne pouvait pas, dans un tel cas, parler de deux pathologies distinctes pour justifier deux traitements de physiothérapie par semaine. Étant rappelé que les Drs B_____ et J_____ ont clairement fait état de deux pathologies distinctes qui requéraient selon eux deux traitements séparés, les conclusions du Dr H_____, lequel n'a pas examiné la recourante et ne disposait pas de rapports médicaux détaillés sur l'hypercyphose, n'emportent pas la conviction de la chambre de céans. 13. Au vu des conclusions contradictoires entre les médecins traitants et les médecins-conseils quant à l'existence de deux atteintes à la santé qui justifieraient d'être traitées séparément, il est indispensable d'ordonner une expertise judiciaire. [endif]>[if> 14. Dans l'ATF 137 V 210 consid. 3, le Tribunal fédéral a instauré de nouveaux principes visant à consolider le caractère équitable des procédures administratives et de recours judiciaires en matière d'assurance-invalidité par le renforcement des droits de participation de l'assuré à l'établissement d'une expertise (droit de se prononcer sur le choix de l'expert, de connaître les questions qui lui seront posées et d'en formuler d'autres) et ce afin que soient garantis les droits des parties découlant notamment du droit d'être entendu et de la notion de procès équitable (art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 - Cst. - RS 101, art. 42 LPGA et art. 6 ch. 1 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 [CEDH; RS 0.101]; ATF 137 V 210 consid. 3.2.4.6 et 3.2.4.9). L'assuré a le droit de se déterminer préalablement sur les questions à l'attention des experts dans le cadre de la décision de mise en œuvre de l'expertise (ATF 137 V 210 consid 3.4.2.9). [endif]>[if> Le Tribunal fédéral a par ailleurs précisé que l'assuré peut faire valoir contre une décision incidente d'expertise médicale non seulement des motifs formels de récusation contre les experts, mais également des motifs matériels, tels que par exemple le grief que l'expertise constituerait une seconde opinion superflue, contre la forme ou l'étendue de l'expertise, par exemple le choix des disciplines médicales dans une expertise pluridisciplinaire, ou contre l'expert désigné, en ce qui concerne notamment sa compétence professionnelle (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.7; ATF 138 V 271 consid. 1.1). Selon le Tribunal fédéral, il est de la responsabilité tant de l'assureur social que de

l'assuré de parer aux alourdissements de la procédure qui peuvent être évités, en gardant à l'esprit qu'une expertise qui repose sur un accord mutuel donne des résultats plus concluants et mieux acceptés par l'assuré (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.6). S'agissant plus particulièrement de la mise en œuvre d'une expertise consensuelle, le Tribunal fédéral a précisé dans un arrêt subséquent qu'il est dans l'intérêt des parties d'éviter une prolongation de la procédure en s'efforçant de parvenir à un consensus sur l'expertise, après que des objections matérielles ou formelles ont été soulevées par l'assuré. Ce n'est que si le consensus ne peut pas être atteint que l'assureur pourra ordonner une expertise, en rendant une décision qui pourra être attaquée par l'assuré (ATF 138 V 271 consid. 1.1). Enfin, la chambre de céans a jugé qu'indépendamment des griefs invoqués par l'assuré à l'encontre de l'expert, la désignation de l'expert par l'assureur devait être annulée et la cause lui être renvoyée lorsqu'il n'avait pas essayé de parvenir à un accord avec l'assuré sur le choix de l'expert, en violation des droits de participation de l'assuré dans la procédure de désignation de l'expert. Elle a précisé à cet égard que ce n'est pas uniquement en présence de justes motifs de récusation à l'encontre de l'expert que l'assuré pouvait émettre des contre-propositions (ATAS/226/2013 et ATAS/263/2013). Il n'en demeure pas moins qu'une partie ne saurait s'opposer à la désignation d'un expert sans donner des motifs valables, tels que des doutes sur son indépendance ou sa compétence. En effet, cela reviendrait à accorder à une partie un droit de veto sur le choix d'un expert (ATAS/1029/2017 du 16 novembre 2017). 15. En l'espèce, les griefs invoqués par l'intimée relatifs à la compétence de l'expert désigné par la chambre de céans doivent être écartés, dès lors que la certification SIM n'est pas exigée par la chambre de céans dans le cadre des expertises judiciaires (ATAS/874/2018 du 3 octobre 2018) et que celle-ci a déjà confié plusieurs expertises au Prof. K_____ (ATAS/1079/2018 du 19 novembre 2018 et ATAS/839/2018 du 24 septembre 2018, notamment), sans qu'il ait été constaté que ce médecin serait incompétent pour y procéder du fait notamment de sa formation partielle à l'étranger. 16. Le mandat d'expertise sera ainsi confié au Prof. K_____, qui devra examiner la recourante et prendre tout renseignement utile auprès des médecins, cas échéant physiothérapeutes, déjà consultés. Il lui incombera de déterminer les pathologies présentées par la recourante et d'indiquer si celles-ci atteignent une certaine ampleur ou intensité rendant nécessaires des soins médicaux. L'expert se prononcera également sur le traitement requis, soit la prise en charge de 72 séances de physiothérapie pour l'année 2018. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant préparatoirement 1. Ordonne une expertise médicale et la confie au Professeur K_____, spécialiste FMH en rhumatologie. 2. Dit que la mission d'expertise sera la suivante : a) Prendre connaissance du dossier de la cause. b) Examiner la recourante. c) Recueillir toute information médicale nécessaire, notamment auprès des docteurs B_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, I_____, spécialiste FMH en neurochirurgie, et J_____, spécialiste FMH en rhumatologie. d) Solliciter si besoin l'avis du ou des physiothérapeute(s) consulté(s). e) Établir un rapport détaillé et répondre aux questions suivantes : 1. Quelle est l'anamnèse détaillée du cas ? 2. Quels sont les diagnostics précis ? 3. S'agit-il d'une ou de plusieurs pathologies distinctes ? 4. Ces pathologies atteignent-elles une ampleur ou une intensité rendant nécessaires des soins médicaux ? 5. Cas échéant, les pathologies doivent-elles être traitées individuellement ou peuvent-elles être traitées efficacement ensemble ?

6. Est-ce qu'un traitement correspondant à 72 séances de physiothérapie répond aux conditions fixées par l'art. 32 LAMal, à savoir, est-il : a. efficace ? b. adéquat ? c. économique ? 7. Si tel n'est pas le cas, combien de séances peuvent être admises en vertu des conditions précitées ? 8. Quelles sont les autres méthodes de traitement médicalement indiquées qui pourraient être dispensées ? 3. Faire toutes autres constatations utiles. 4. Invite l'expert à déposer, dans les trois mois dès réception de la mission, un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans. 5. Réserve le sort des frais jusqu'à droit jugé. La greffière Isabelle CASTILLO La présidente Catherine TAPPONNIER Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties par le greffe le

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