

VD_FINDINFO Arrêt / 2011 / 143 vom 10. Dezember 2010

VD Tribunal cantonal, 2010-12-10, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2011__143

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2011 / 143 du 10 décembre 2010

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2011 / 143 del 10 dicembre 2010

Regeste

PHYSIOTHÉRAPIE, ASSURANCE DE BASE, LITIGE EN MATIÈRE DE TARIF, TARIF{EN GÉNÉRAL}, MÉDECIN, ÉCONOMIE DU TRAITEMENT | 32 al. 1 LAMal, 56 al. 1 LAMal, 56 al. 2 LAMal

Erwägungen

E. 10

Quel est votre pronostic? Réserve.

E. 11

Remarques Aucune. Nota bene : L'ensemble des diagnostics de cette patiente sont complètement connus de l'assurance et les raisons de la prise en charge en physiothérapie sont aussi claires que la liste des diagnostics. » d) Le 12 décembre 2007, la CSS a soumis le dossier à son médecin-conseil, la Dresse H. _____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation ainsi qu'en rhumatologie, laquelle a recommandé l'admission d'un maximum de 36 séances par année sur la base de la position 7301. Le 19 décembre 2007, la CSS a adressé au Dr D. _____ un courrier dont la teneur était la suivante: « Nous nous référons à votre rapport du 07.12.2007, relatif au traitement de physiothérapie pour notre assurée susnommée. La physiothérapie est remboursée sur la base des forfaits par séance fixés par la convention tarifaire, et ce indépendamment de la durée effective des séances et de la méthode de traitement choisie. La prise en charge se fonde généralement sur la position 7301 pour la physiothérapie générale. La position 7311 pour kinésithérapie complexe n'est applicable que si les conditions de prise en charge selon convention sont remplies, soit s'il s'agit d'une: • Kinésithérapie complexe en cas de troubles moteurs cérébraux et/ou médullaires (y compris les polyradiculonévrites telles que le syndrome de Guillain-Barré) ou de troubles fonctionnels sévères dans des conditions difficiles (âge, état général, troubles de la fonction cérébrale). • Traitement kinésithérapeutique complexe de blessés polytraumatisés et de patients ayant subi plusieurs opérations ou présentant les symptômes de plusieurs maladies concomitantes. • Thérapie respiratoire en cas de troubles graves de la ventilation pulmonaire. • Sur demande, l'assureur peut autoriser l'utilisation de la position 7311 pour d'autres indications, à condition que le surcroît de travail soit manifestement prouvé. Après avoir examiné le dossier et selon les documents en sa possession, notre médecin-conseil estime que les conditions médicales pour la prise en charge de la position 7311 ne sont pas remplies. C'est pourquoi nous devons calculer nos prestations uniquement sur la base de la position tarifaire 7301. Dès lors, nous prendrons en charge 4 séries de 9 séances de physiothérapie (position 7301) par année, par l'assurance obligatoire des soins de Mme T. _____. » e) Par courrier du 22 janvier 2008, le physiothérapeute M. _____ a fait part à la CSS de son désaccord avec le refus de la Caisse de prendre en charge les prestations sur la base de la position 7311, en faisant valoir

ce qui suit: « Cette patiente répond parfaitement au 2 ème point de la position 7311 « symptômes de plusieurs maladies concomitantes » car elle ressent des fortes douleurs au niveau des deux genoux, de son dos et de sa ceinture scapulaire, ainsi que dans ses membres supérieurs. Elle a aussi des oedèmes dans ses membres inférieurs. Je vous rappelle que Mme T. _____ a également subi plusieurs interventions au niveau de ses hanches, d'une hernie discale et des canaux carpiens. J'estime que cette malade subit une injustice de votre part de ne pas pouvoir être soignée correctement étant donné votre refus de payer un traitement complexe. D'autre part, en qualité de physiothérapeute, je me sens pénalisé dans l'accomplissement de mon travail au plus près de ma conscience et je juge votre décision arbitraire et il est de mon devoir, dans le but de la défense et du respect de notre profession, de soumettre ce cas à la Commission paritaire si vous refusez de reconsidérer votre position. Grâce au soutien médical et aux séances de physiothérapie, cette patiente peut continuer à vaquer à ses occupations quotidiennes en autonomie complète. Si, malheureusement, elle ne pouvait plus bénéficier de ce traitement complexe, son avenir pourrait s'assombrir relativement rapidement. » Après avoir soumis une nouvelle fois le dossier à la Dresse H. _____, laquelle a maintenu sa recommandation le 11 février 2008, la CSS a informé M. _____, par courrier du 12 février 2008 dont elle a adressé copie au Dr D. _____ et à l'assurée, qu'elle maintenait la position exprimée dans son courrier du 19 décembre 2007, soit la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins de 4 séries de 9 séances de physiothérapie par année sur la base de la position 7301. f) En date du 25 mars 2008, M. _____ a saisi la commission paritaire physioswiss – santésuisse/AA/AM/AI, en demandant la prise en charge du traitement de l'assurée sur la base de la position tarifaire 7311. La CSS s'est déterminée le 3 juillet 2008 en se référant à l'appréciation médicale établie le 30 juin 2008 par la Dresse H. _____, dont il ressort en particulier ce qui suit: « Madame T. _____ présente une anamnèse chirurgicale orthopédique chargée, mais composée d'affections anciennes, dont elle présenterait des séquelles douloureuses en association avec un syndrome fibromyalgique. Il s'agit aujourd'hui, chez cette patiente âgée de 62 ans d'entretenir, à titre chronique, une certaine mobilité, tonicité musculaire, mais non de soigner différentes parties du corps en "aigu". Il nous apparaît que des séances régulières se justifie, mais ne nécessite actuellement pas une position 7311 de "physiothérapie complexe", car même s'il y a des plaintes qui concernent le dos, les hanches, le genou droit, la thérapie concerne une prise en charge globale et non de manière exhaustive le dos et les hanches et les genoux et les problèmes musculo-squelettiques liés à sa fibromyalgie. » Le 28 novembre 2008, la Commission paritaire a informé les parties qu'elle n'était pas en mesure de prendre position, les représentants de physioswiss et de santésuisse n'ayant pu se mettre d'accord. En effet, selon les représentants de physioswiss, les conditions de la convention étaient remplies puisque l'assurée présentait plusieurs maladies concomitantes et que plusieurs régions du corps avaient été traitées. Au contraire, pour les représentants de santésuisse, la CSS s'était déjà montrée généreuse en acceptant la facturation de la position 7301 (physiothérapie générale), dès lors que les 40 à 50 séances de physiothérapie qui avaient eu lieu par année avaient selon eux un caractère uniquement préventif et qu'une thérapie corporelle générale, par exemple sous la forme d'une gymnastique de groupe, serait suffisante. B. a) Le 13 janvier 2010, la CSS a rendu une décision formelle aux termes de laquelle le traitement de physiothérapie était pris en charge à raison de 4 séries de 9 séances par année et la position 7311 n'était pas à la charge de l'assurance obligatoire des soins. b) L'assurée, représentée par l'avocate Laure Chappaz à Aigle, a formé opposition le 11 février 2010 contre cette décision. A l'appui de son

opposition, elle a produit le 17 mars 2010 un rapport de consilium établi le 9 mars 2010 par le Dr Z. _____, spécialiste FMH en rhumatologie, à l'attention du Dr D. _____, dont la teneur est la suivante: « Je vous remercie de m'avoir adressé en consultation de rhumatologie la patiente susnommée, que j'ai reçue le 08.03.2010. Diagnostics : • Douleurs musculo-squelettiques multiples sur atteintes ostéoarticulaires arthrosiques, rachidiennes sur spondylose, des épaules sur arthrose acromio-claviculaire, des péri-hanches avec status post prothèses et des genoux sur gonarthrose • Status après changement de cupule de prothèse totale de la hanche gauche le 23.06.2006 • Status après prothèse totale de la hanche gauche en 1994 • Status après prothèse totale de la hanche droite en juin 2000; complication par paralysie du quadriceps sur compression peropératoire du nerf crural, récupération motrice, mais troubles sensitifs persistants • Status après arthroscopie du genou droit en juin 2000 avec diagnostic de chondropathie de stade III du condyle fémoral interne et du plateau tibial interne droit • Douleurs polyinsertionnelles sur syndrome fibromyalgique • Hypothyroïdie substituée • Obésité • Status après cure de hernie discale L4-L5 en 1985 • Status après opération des tunnels carpiens ddc en 1992 • HTA Anamnèse médicale : Cette patiente de 63 ans, ancienne aide infirmière, est actuellement tributaire d'une demi-rente AI et elle bénéficiera de l'AVS à partir de juillet 2010. Elle présente des atteintes ostéoarticulaires multiples essentiellement arthrosiques avec une anamnèse chirurgicale orthopédique chargée où il faut particulièrement noter une réintervention pour changement de cupule de prothèse totale de hanche gauche en 2006 et complication de compression du nerf crural droit dans le contexte de l'opération d'arthroplastie de la hanche droite en juin 2000. La récupération motrice a pu être obtenue, mais les troubles sensitifs persistent. La patiente présente aussi des douleurs polyinsertionnelles avec des symptômes associés, notamment de fatigue permanente dans le contexte d'un syndrome fibromyalgique. La patiente mentionne deux hospitalisations en 2009 pour une angine à streptocoques et aussi un épisode de troubles digestifs liés à une diverticulite côlo-sigmoïdienne. (...)

Appréciation : Madame T. _____ présente des douleurs ostéoarticulaires multiples dans le contexte d'atteintes arthrosiques diffuses avec consécutivement des antécédents chirurgicaux orthopédiques importants. Il faut noter la nécessité d'une réintervention pour changement de cupule de la prothèse totale de hanche gauche en juin 2006 et les antécédents de compression peropératoire du nerf crural droit lors de l'intervention de PTH en juin 2000. Actuellement, les répercussions fonctionnelles des problèmes ostéoarticulaires se manifestent dans les activités de la vie quotidienne, notamment pour l'habillage et la toilette et aussi pour les déplacements et la marche. En tenant compte des éléments objectifs liés aux atteintes musculo-squelettiques, il apparaît nécessaire que la patiente puisse bénéficier de thérapies physiques régulières. La nécessité d'une telle prise en charge est reconnue par notre collègue, Madame la Dresse H. _____ et la discussion paraît porter sur l'indication à des traitements complexes plutôt qu'à des séances de physiothérapie conventionnelle. Pour trancher et donner un avis clair et objectif, je proposerai des séances régulières de physiothérapie pour prise en charge globale à raison de 4 séries de 9 traitements annuels, complétés par un traitement annuel de 3 semaines au Centre Médical de C. _____ pour des traitements quotidiens combinés de physiothérapie et d'hydrokinésithérapie fonctionnelle et ce, afin d'éviter des coûts supplémentaires d'hébergement et de séjour. Ce consilium pourrait faire l'objet d'une demande formelle à soumettre à la Dresse H. _____ pour mettre en oeuvre cette prise en charge. » c) La Caisse a alors soumis une nouvelle fois le dossier à la Dresse H. _____, qui a relevé dans un avis du 1 er avril 2010 que le Dr Z. _____ proposait le même nombre de séances

qu'elle-même et ne se prononçait pas sur la position tarifaire, de sorte qu'elle maintenait ses recommandations précédentes; par ailleurs, une cure stationnaire telle que proposée par le Dr Z. _____ ne pouvait être accordée d'office. d) Par décision sur opposition du 27 avril 2010, la CSS a rejeté l'opposition formée le 11 février 2010 par l'assurée. Après avoir rappelé les principes juridiques applicables, elle a exposé ce qui suit: « 2.5 En l'occurrence, c'est plus particulièrement la condition d'économicité qui est contestée. 2.6 Selon le rapport du 30 juin 2008 du médecin-conseil de la CSS, le but du traitement de physiothérapie est d'entretenir chez l'opposante une certaine mobilité et tonicité musculaire. 2.7 Or, plusieurs alternatives thérapeutiques peuvent atteindre ce but. 2.7.1 Selon le médecin-conseil de la CSS, 4 séries annuelles de 9 séances de physiothérapie générale sont suffisantes. 2.7.2 Les représentants de santé-suisse à la Commission paritaire estiment quant à eux que la CSS est encore généreuse, dans la mesure où une thérapie corporelle générale, sous la forme par exemple d'une gymnastique de groupe, serait tout à fait indiquée (courrier de la Commission paritaire du 28.11.2008). 2.7.3 Quant au Dr Z. _____, il préconise des séances régulières de physiothérapie pour une prise en charge globale à raison de 4 séries de 9 traitements annuels. Contrairement à ce que soutient l'opposante, le Dr Z. _____ n'indique nulle part que ces séances de physiothérapie correspondent à un traitement complexe, à facturer sous la position 7311. Ce rapport n'est donc d'aucun secours à l'opposante. Il tend au contraire à confirmer l'avis du médecin-conseil de la CSS. 2.8 Au vu de ce qui précède, il s'avère que 4 séries de 9 séances de physiothérapie générale sont efficaces et appropriées dans le cas de l'opposante. 2.9 Or, selon la jurisprudence (ATF 128 V 54, cons. 2), si plusieurs traitements sont envisageables, il y a lieu de procéder à une balance entre coûts et bénéfices du traitement. Si l'un d'entre eux permet d'arriver au but recherché en étant sensiblement meilleur marché que les autres, l'assuré n'a pas droit au remboursement des frais du traitement le plus onéreux. 2.10 Sous l'angle de la condition de l'économicité, on constate que le traitement de kinésithérapie complexe (position 7311, séance à Fr. 67.75) est 50% plus coûteux que le traitement de physiothérapie générale (position 7301, séance à Fr. 42.25). 2.11 Le traitement de kinésithérapie complexe ne répond par conséquent pas à la condition d'économicité. 2.12 Selon la jurisprudence, les assureurs-maladie sont en droit de refuser la prise en charge de mesures thérapeutiques inutiles ou de mesures qui auraient pu être remplacées par d'autres, moins onéreuses; elles y sont d'ailleurs obligées dès lors qu'elles sont tenues de veiller au respect du principe de l'économie du traitement (arrêt K 35/04 du 29.06.2004, cons. 3). Ce principe d'économie du traitement ne concerne pas seulement les relations entre caisses et fournisseurs de soins. Il est également opposable à l'assuré, qui n'a aucun droit au remboursement d'un traitement non économique (ATF 125 V 95). 2.13 Au vu de ce qui précède, c'est à juste titre que la CSS a refusé la prise en charge des factures de M. _____ avec la position 7311. » C. a) L'assurée, toujours représentée par l'avocate Laure Chappaz, a recouru contre cette décision sur opposition par acte du 27 mai 2010. Elle expose que la question litigieuse est de savoir si les séances de physiothérapie qui lui ont été prescrites doivent être facturées en position 7311 à raison de deux séances par semaine ou un traitement de physiothérapie à raison de quatre séries de neuf séances par année en position 7301. L'art. 32 al. 1 LAMal prévoit que, dans le cadre des conditions générales de la prise en charge des frais de soin, les prestations mentionnées aux art. 25 à 31 LAMaI doivent être efficaces, appropriées et économiques (ATF 125 V 95 consid. 2a). Pour prendre une décision, l'administration – ici la caisse-maladie – doit forger son opinion sur la base d'un rapport médical. Or en l'espèce, à l'examen du dossier constitué par la CSS, on trouve une seule appréciation médicale de la

Dresse H._____, soit une justification laconique de refus de prise en charge de séances hebdomadaires de physiothérapie tout comme un refus de la facturation en position 7311 par la phrase «s'il y a des plaintes qui concernent le dos, les hanches, le genou droit, la thérapie concerne une prise en charge globale et non de manière exhaustive le dos et les hanches et les genoux et les problèmes musculo-squelettiques liés à sa fibromyalgie» (cf. lettre A.f supra). Interpellée à nouveau par la Caisse à réception du rapport du Dr Z._____, la Dresse H._____ s'est bornée à constater que le Dr Z._____ était d'accord avec elle sur le nombre de séances et s'opposait à ce qu'une cure annuelle de trois semaines fût acceptée d'office (cf. lettre B.c supra). Selon la recourante, le rapport de la Dresse H._____ ne répond ainsi en rien aux exigences posées par la jurisprudence: le diagnostic retenu est incomplet, le rapport ne se base pas non plus sur une anamnèse exhaustive de l'assurée et ne retient que très partiellement l'ensemble important des plaintes de l'assurée tout comme de ses atteintes à la santé. Si le Dr Z._____ peut sembler adhérer au principe de quatre séries de neuf séances de physiothérapie arrêtées et décidées par la Dresse H._____, il veut y adjoindre trois semaines de traitement quotidien au Centre médical de C._____ en combinant des séances de physiothérapie et d'hydrokinésithérapie fonctionnelle (cf. lettre B.b supra). Selon la recourante, l'avis du Dr Z._____ correspond aux exigences arrêtées par la jurisprudence: après avoir procédé à une anamnèse complète et posé un diagnostic précis, il en tire des conclusions qui permettent de comprendre l'ensemble des atteintes à la santé et déterminer le traitement nécessaire. De surcroît, ce rapport était l'avenant I de la convention tarifaire des physiothérapeutes, qui précise que la position 7311 doit être prescrite lorsqu'il s'agit d'un traitement kinésithérapeutique complexe de blessés polytraumatisés et de patients ayant subi plusieurs opérations ou présentant les symptômes de plusieurs maladies concomitantes. Selon la recourante, on ne comprend pas comment la Dresse H._____ arrive à la conclusion que les multiples atteintes à la santé de l'assurée ne correspondent pas à la définition susmentionnée de l'avenant à la convention tarifaire. La CSS n'explique pas non plus en quoi les séances de physiothérapie limitées à trente-six par an pourraient être réellement efficaces ou appropriées au regard de l'état de santé de son assurée. Par ailleurs, quant à la fréquence des soins, la recourante souligne que l'avis du Dr Z._____ correspond au traitement donné jusqu'à ce jour, le séjour en cure remplaçant deux séances hebdomadaires. Fondée sur les moyens résumés ci-dessus, l'assurée conclut avec suite de frais et dépens à l'annulation de la décision sur opposition rendue le 27 avril 2010 par la CSS et à la prise en charge par celle-ci d'un traitement de physiothérapie à raison de deux séances hebdomadaires de physiothérapie dite complexe facturées en position 7311. b) Dans sa réponse du 16 septembre 2010, la CSS propose le rejet du recours, sans frais ni dépens. Elle estime en substance que le traitement de kinésithérapie complexe dont la recourante sollicite la prise en charge ne répond pas à la condition d'économicité et que la position tarifaire 7311 doit être refusée dès lors que la recourante ne présente pas les symptômes de plusieurs maladies concomitantes comme le prévoit la convention tarifaire. Elle se réfère à cet égard à un avis médical établi le 17 août 2010 par un autre de ses médecins-conseils, le Dr S._____, spécialiste FMH en médecine interne, dont la teneur est la suivante : « J'ai pris connaissance de la totalité du dossier qui m'a été soumis. Sur la base du rapport médical du médecin traitant, le Dr Z._____, j'ai constaté que les antécédents chirurgicaux et médicaux de l'assurée sont multiples. Cependant, l'atteinte musculo-squelettique dégénérative poly-articulaire est placée en priorité dans la liste des diagnostics et antécédents. Ceci est confirmé par le paragraphe "examen clinique" du même

rapport qui décrit les constatations objectives du médecin. Cet examen décrit des atteintes essentiellement dégénératives, diffuses, touchant le rachis, les membres supérieurs y compris les mains et les membres inférieurs, tout en mentionnant que la mobilité des articulations prothétiques est relativement bien conservée. Les signes de la fibromyalgie ne sont pas décrits lors de cet examen ni les éventuels déficits neurologiques. Le diagnostic d'obésité est retenu sur la base d'un BMI à 32,9 Kg/m². Il me paraît évident que la prescription de physiothérapie est basée sur l'état clinique objectivement constaté lors de cet examen. Il s'agit donc clairement d'une atteinte dégénérative diffuse, chronique dont le traitement par physiothérapie ne va pas apporter de guérison. Selon le rapport du Dr Z. _____ il s'agit de maintenir l'autonomie de l'assurée notamment en ce qui concerne les actes de la vie quotidienne et de prévenir une détérioration de la situation actuelle. Même s'il on peut retenir le diagnostic de fibromyalgie, cette affection paraît actuellement en retrait par rapport à l'atteinte dégénérative. Une perte de poids serait également susceptible d'améliorer la symptomatologie articulaire, notamment en ce qui concerne le dos et les membres inférieurs. En conclusion, Mme T. _____ souffre d'une atteinte chronique de type dégénératif de plusieurs articulations. Il ne me paraît pas raisonnable de segmenter en plusieurs affections une atteinte de même nature de différentes régions du corps alors qu'il s'agit bien d'un syndrome unique et diffus (donc de la même entité nosologique). En ce qui concerne l'atteinte motrice consécutive à la mise en place d'une prothèse de la hanche droite, le Dr Z. _____ précise que l'assurée a récupéré et que seule un déficit sensitif subsiste. Le diagnostic de fibromyalgie, dont l'approche physique reste controversée dans la communauté médicale, ne saurait modifier fondamentalement l'approche thérapeutique par le physiothérapeute, la stratégie de traitement de cette affection faisant plus appel à des activités en groupe et à un soutien psychothérapeutique et médicamenteux. En conséquence, seule la position 7301 me paraît convenir à la prise en charge physiothérapeutique de Mme T. _____. Cette position permet toutes les approches techniques nécessaires à l'état de cette assurée et autorise leur combinaison en sorte que Mme T. _____ ne subit aucun préjudice ni restriction en terme de technique de traitement. J'ajoute que la position 7311 n'offre pas de prestations techniques supplémentaires par rapport à celles décrites sous la position 7301. D'ailleurs, le médecin traitant ne prend pas position sur ce litige purement tarifaire, et ne fait que préciser les besoins de sa patiente sur lesquels il n'y pas de divergences particulières avec le médecin-conseil. J'ajouterai que dans des cas parfaitement similaires qui m'ont été soumis par le passé (l'association de l'arthrose à la fibromyalgie n'est pas si rare) je n'ai jamais été confronté à la requête de la position 7311. La demande de cure ou de traitement stationnaire doit faire l'objet d'une demande séparée à l'assureur. » c) Dans sa réplique du 4 novembre 2010, la recourante conclut, avec suite de frais et dépens, à ce que la décision sur opposition attaquée soit annulée et à ce que l'intimée soit astreinte à prendre en charge en faveur de la recourante quatre séries de neuf séances de physiothérapie facturées en position 7311 par année, et ce avec effet dès l'année 2007. La recourante fait d'abord valoir qu'elle souffre d'une hernie discale qui peut apparaître chez n'importe qui en dehors de toute atteinte arthrosique; l'opération des tunnels carpiens est également une atteinte indépendante de l'arthrose; la paresthésie du genou est également indépendante de l'arthrose, mais une séquelle vraisemblable de la pose de la prothèse de sa hanche. Prétendre, comme l'affirme le Dr S. _____, médecin-conseil de la CSS, que seules les atteintes arthrosiques engendrent aujourd'hui des difficultés serait ainsi faux, et l'on serait véritablement dans la situation d'une personne polytraumatisée qui mérite logiquement une facturation des

séances de physiothérapie au tarif 7311. Selon la recourante, si elle ne peut pas bénéficier des séances de physiothérapie telles que pratiquées par M. _____, à brève échéance elle se devra de faire appel à quelqu'un pour son ménage (lessive, nettoyages, repas), à une aide à domicile pour l'aider dans sa toilette et l'habillage; les conséquences de l'état de santé dans lequel elle se trouvera sans ses soins de physiothérapie coûteront alors beaucoup plus cher à l'assurance-maladie. La recourante relève ensuite que le litige porte ici sur la position tarifaire de la séance de physiothérapie. Celle classée sous 7301 est facturée 42 fr. 25; elle comprend la rééducation d'une articulation en combinant plusieurs techniques telles que massage, drainage, ultrasons, électrothérapie, rééducation active, passive, etc., le thérapeute pratiquant ce traitement environ une demi-heure. La position 7311 est facturée 67 fr. 75, le thérapeute s'occupant d'appliquer aux divers membres ou articulations atteints les techniques précitées, au cours de séances qui durent entre trois quarts d'heure et une heure. Dès 2007 en tout cas, la recourante bénéficie de quatre séries de neuf séances facturées 67 fr. 75, soit un montant total annuel de 2'439 fr. (36 x 67 fr. 75). Estimant qu'il n'existe pas chez la recourante de polytraumatisme, mais une atteinte chronique dégénérative occupant plusieurs articulations, l'intimée n'entend apparemment supporter que quatre séries de neuf séances facturées chaque séance à 42 fr. 25, soit un montant total de 1'521 fr. par an. La différence entre 36 séances complexes à la position 7311 et 36 séances à la position 7301 étant de 918 fr., la position de l'intimée conduirait ainsi à une économie de 918 fr. par an (2'433 fr. moins 1'521 fr.). Toutefois, comme l'état de santé de la recourante va rapidement se péjorer sans un soutien physiothérapeutique adéquat, les interventions du corps médical pour la soulager coûteront à coup sûr un montant largement supérieur aux 918 fr. par an que l'assurance veut économiser sur le dos (au sens propre et figuré) de son assurée. Selon la recourante, le raisonnement de la CSS serait ainsi erroné sur le plan légal, la thérapie que cette dernière veut imposer n'étant ni scientifiquement reconnue pour les atteintes à la santé de la recourante, ni appropriée à son but et encore moins économique quant à son résultat. Par ailleurs, le Dr Z. _____, consulté par la recourante pour obtenir un deuxième avis, a confirmé qu'il fallait des séances de physiothérapie globales – soit qui traiteraient toutes les parties du corps – en position 7311 et non pas 7301 (avec en plus une cure balnéaire annuelle de trois semaines prévues au Centre thermal de C. _____ avec des séances quotidiennes combinées de physiothérapie et d'hydrokinésie fonctionnelle, ce second volet ne concernant toutefois pas l'assurance-maladie de base). La recourante, qui a subi plusieurs opérations et présente les symptômes de plusieurs maladies, répondrait ainsi aux critères de la convention tarifaire des physiothérapeutes pour la position 7311. d) Dans sa duplique du 29 novembre 2010, l'intimée rappelle que les médecins-conseil qui se sont prononcés dans le dossier de la recourante l'ont fait en toute connaissance de l'anamnèse chargée de celle-ci (cf. l'appréciation médicale thérapeutique de la Dresse H. _____ du 30 juin 2008, lettre A.f supra, et l'avis médical du Dr S. _____ du 17 août 2010, lettre C.b supra). D'autre part, la recourante fait valoir que, si elle ne peut bénéficier de séances de physiothérapie avec la position tarifaire 7311, son état de santé va rapidement se péjorer; selon ses prévisions – d'ailleurs nullement étayées sur le plan médical –, ses douleurs l'entraveront rapidement dans son quotidien et entraîneront une prise de médicaments importante accompagnée d'un florilège d'effets secondaires, de sorte qu'elle devra faire appel à une aide à domicile ainsi qu'à une aide de ménage. Or par de telles allégations, la recourante semble oublier que la CSS admet la justification de séances régulières de physiothérapie (cf. l'appréciation médicale thérapeutique de la Dresse H. _____ du 30 juin 2008, lettre A.f supra) et que le litige porte uniquement sur le tarif utilisé. Or, comme

l'indique le Dr S. _____ dans son rapport du 17 août 2010, la position tarifaire 7301 « permet toutes les approches techniques nécessaires à l'état de cette assurée et autorise leur combinaison en sorte que Mme T. _____ ne subit aucun préjudice ni restriction en terme de technique de traitement. (...) La position 7311 n'offre pas de prestations techniques supplémentaires par rapport à celles décrites sous la position 7301 » (cf. lettre C.b supra). Bien que la recourante semble contester ce point de vue, elle n'apporte aucun élément médical concret susceptible de remettre en cause l'appréciation claire et dûment motivée du médecin-conseil de la CSS, de sorte qu'il y a lieu d'accorder pleine valeur probante au rapport du Dr S. _____ du 17 août 2010 et d'admettre que les séances de physiothérapie facturées sous la position tarifaire 7301 sont adéquates et efficaces dans le cas particulier. Par ailleurs, comme l'ont toujours souligné les médecins-conseil de la CSS, la physiothérapie concerne une prise en charge globale de la recourante. Cette position est d'ailleurs partagée par le médecin consulté par la recourante, le Dr Z. _____, qui propose également une physiothérapie « pour une prise en charge globale ». Il est donc absurde de prévoir des séances séparées pour chaque partie du corps, et les calculs présentés par la recourante sont par conséquent erronés. Enfin, la recourante rappelle que le Dr Z. _____ « a confirmé qu'il fallait des séances de physiothérapie globale, soit qui traiteraient toutes les parties du corps, en position 7311 et non pas 7301 ». Or textuellement, le Dr Z. _____ a indiqué ce qui suit dans son rapport médical du 29 mars 2010: « Je proposerai des séances régulières de physiothérapie pour prise en charge globale à raison de 4 séries de 9 traitements annuels, complétés par un traitement annuel de 3 semaines au Centre Médical de C. _____ » (cf. lettre B.b supra). S'agissant de la cure thermale, la recourante et l'intimée s'accordent à dire que cette question ne fait pas l'objet du présent litige; concernant la physiothérapie, force est de constater que le Dr Z. _____ propose, tout comme les médecins-conseil de la CSS, 4 séries annuelles de 9 séances de physiothérapie avec une prise en charge globale. Il n'est aucunement mentionné dans le rapport du Dr Z. _____ que la facturation de la séance de physiothérapie devrait se faire sous le couvert de kinésithérapie complexe avec la position tarifaire 7311. Au vu des éléments qui précèdent, l'intimée confirme l'intégralité de ses conclusions. e) Le 1^{er} décembre 2010, les parties ont été informées que, l'instruction apparaissant complète, la cause était gardée à juger. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-maladie (art. 1 al. 1 LAMal [loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie]; RS 832.10). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent, est donc recevable. b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). Dès lors que la valeur litigieuse est inférieure à 30'000 fr. (cf. lettre C.c supra), la cause est de la compétence du juge instructeur statuant en tant que juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD). 2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît,

dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 c. 2c p. 417; ATF 110 V 48 c. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) En l'espèce, le litige porte sur la position tarifaire de la séance de physiothérapie, l'intimée admettant la prise en charge, par l'assurance obligatoire des soins, du traitement de physiothérapie à raison de 4 séries de 9 séances par année selon la position tarifaire 7301, tandis que la recourante sollicite la prise en charge de 4 séries de 9 séances par année facturées selon la position tarifaire 7311.

3. a) Selon l'art. 24 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations définies aux art. 25 à 31 LAMal en tenant compte des conditions des art. 32 à 34 LAMaI. L'art. 32 al. 1 LAMal prévoit que les prestations mentionnées aux art. 25 à 31 LAMal doivent être efficaces, appropriées et économiques. Ces trois critères constituent les conditions générales de la prise en charge des soins (TFA K 42/00 du 21 septembre 2000 c. 2d).

aa) L'efficacité est une appréciation de fait, d'ordre médical, qui doit être démontrée selon des méthodes scientifiques (art. 32 al. 1, 2 e phrase, LAMal). Une prestation est efficace, au sens de l'art. 32 al. 1 LAMal, 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 130 V 299 c. 6.1, 532 c. 2.2; 128 V 159 c. 5c/aa; RAMA 2000 n° KV 132 p. 279 c. 2b).

bb) La question du caractère approprié de la prestation 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 130 V 299 c. 6.1, 532 c. 2.2; ATF 127 V 138 c. 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 130 V 532 c. 2.2; 125 V 99 c. 4a; RAMA 2000 n° KV 132 p. 279 c. 2c). Ces critères doivent également s'appliquer lorsqu'il s'agit de déterminer, sous l'angle de l'efficacité, laquelle de deux mesures médicales entrant alternativement en ligne de compte doit être choisie au regard de la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins (ATF 130 V 299 c. 6.1, 532 c. 2.2; TFA K 147/05 du 7 août 2006 c. 2.3; TFA K 94/04 du 26 septembre 2005 c. 3.2; TFA K 42/00 du 21 septembre 2000 c. 2d).

cc) L'exigence du caractère économique des prestations ressort également de l'art. 56 al. 1 LAMal, selon lequel le fournisseur de prestations doit limiter ses prestations à la mesure exigée par l'intérêt de l'assuré et le but du traitement. Les assureurs-maladie sont en droit de refuser la prise en charge de mesures thérapeutiques inutiles ou de mesures qui auraient pu être remplacées par d'autres, moins onéreuses (cf. art. 56 al. 2 LAMal); ils y sont d'ailleurs obligés, dès lors qu'ils sont tenus de veiller au respect du principe de l'économie du traitement (ATF 127 V 43 c. 2b et les références citées; TFA K 35/04 du 29 juin 2004 c. 3). Ce principe ne concerne pas uniquement les relations entre assureurs et fournisseurs de soins; il est également opposable à l'assuré, qui n'a aucun droit au remboursement d'un traitement non économique (ATF 127 V 43 c. 2b; 125 V 98 c. 2b et les références citées; TFA K 35/04 du 29 juin 2004 c. 3). Le critère de l'économicité concerne ainsi 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 130 V 532 c. 2.2; 127 V 138 c. 5; RAMA 2004 n° KV 272 p. 109 c. 3.1.2). Si plusieurs traitements sont donc envisageables, il y a lieu de procéder à une balance entre coûts et bénéfices du traitement; si l'un d'entre eux permet

d'arriver au but recherché en étant sensiblement meilleur marché que les autres, l'assuré n'a pas droit au remboursement des frais du traitement le plus onéreux (ATF 128 V 54 c. 2; 124 V 196 c. 3 et les références citées). b) Le tarif adopté selon la convention tarifaire conclue entre (notamment) H+ Les hôpitaux de Suisse d'une part et santésuisse – Les assureurs-maladie suisses d'autre part (voir le site internet http://www.hplus.ch/fr/tarifs_prix/autres_tarifs_ambulatoires/physiotherapie) – tarif dont la convention précise à son art. 1 al. 2 qu'il fait partie intégrante de celle-ci – prévoit sous «généralités» que le physiothérapeute est libre de choisir les méthodes de traitement en fonction de la prescription médicale et de ses connaissances professionnelles; sur la base de la prescription médicale, il choisit le traitement en tenant compte des critères d'économicité et d'efficacité; le tarif est principalement basé sur des forfaits par séance. aa) La position 7301 du tarif prévoit un forfait (de 48 points) par séance pour physiothérapie générale (par exemple kinésithérapie, massage et/ou combinaisons avec les thérapies selon position 7320); cette position tarifaire couvre tous les traitements uniques ou combinés qui ne sont pas expressément indiqués sous les positions 7311 à 7340. bb) La position 7311 du tarif prévoit un forfait (de 77 points) par séance pour kinésithérapie complexe, soit: • Kinésithérapie complexe en cas de troubles moteurs cérébraux et/ou médullaires (y compris les polyradiculonévrites telles que le syndrome de Guillain-Barré) ou de troubles fonctionnels sévères dans des conditions difficiles (âge, état général, troubles de la fonction cérébrale). • Traitement kinésithérapeutique complexe de blessés polytraumatisés et de patients ayant subi plusieurs opérations ou présentant les symptômes de plusieurs maladies concomitantes. • Thérapie respiratoire en cas de troubles graves de la ventilation pulmonaire. Le tarif précise que sur demande, l'assureur pourra autoriser l'utilisation de la position 7311 pour d'autres indications. 4. a) En l'espèce, les affections dont souffre la recourante ressortent du rapport de consilium établi le 9 mars 2010 par le Dr Z._____, spécialiste FMH en rhumatologie (cf. lettre B.b supra), qui satisfait aux exigences posées par la jurisprudence en ce qui concerne la valeur probante des rapports médicaux (cf. ATF 125 V 351 c. 3a et les références citées; 134 V 231 c. 5.1) et dont les constatations objectives sont superposables à celles du Dr D._____, médecin traitant (cf. lettre A.c supra). Le Dr Z._____ estime qu'en tenant compte des éléments objectifs liés aux atteintes musculo-squelettiques, la recourante doit pouvoir bénéficier de thérapies physiques régulières, et il relève que la nécessité d'une telle prise en charge est reconnue par la Dresse H._____. Après avoir observé que la discussion paraît porter sur l'indication à des traitements complexes plutôt qu'à des séances de physiothérapie conventionnelle, le Dr Z._____ préconise des séances régulières de physiothérapie pour prise en charge globale à raison de 4 séries de 9 traitements annuels (cf. lettre B.b supra). Il suggère que ces séances régulières soient complétées par un traitement annuel de 3 semaines au Centre Médical de C._____ avec des séances quotidiennes combinées de physiothérapie et d'hydrokinésie fonctionnelle, mais ce second volet n'entre pas dans le cadre de l'objet du présent litige, ainsi que l'admettent les deux parties. En préconisant des séances régulières de physiothérapie « pour prise en charge globale » à raison de 4 séries de 9 traitements annuels – fréquence qui correspond à la position déjà exprimée auparavant par la Dresse H._____ (cf. lettres A.d et A.e supra) et qui n'est plus contestée par la recourante (cf. lettre C.c supra) –, le Dr Z._____ ne pose nullement l'indication de séances de kinésithérapie complexe, qui font l'objet de la position tarifaire 7311, plutôt que de physiothérapie générale, qui font l'objet de la position tarifaire 7301. Comme le relève le Dr S._____ (cf. lettre C.b supra), le Dr Z._____ ne prend pas position sur ce litige

purement tarifaire et ne fait que préciser les besoins de sa patiente sur lesquels il n'y a pas de divergences particulières avec la Dresse H. _____, médecin-conseil de l'intimée. Il convient donc d'examiner, à la lumière de l'ensemble des avis médicaux au dossier, s'il y a lieu de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante usuellement requis dans le domaine des assurances sociales (cf. ATF 135 V 39 c. 6.1; 126 V 353 c. 5b p. 360 et les références), si le but recherché ne peut être atteint que par des séances de kinésithérapie complexe ou s'il peut l'être par des séances de physiothérapie générale, qui sont sensiblement meilleur marché puisque la position tarifaire 7311 est 60% plus chère que la position tarifaire 7301. b) Il ressort de manière concordante des différents avis médicaux au dossier (voir le rapport de consilium du Dr Z. _____ du 9 mars 2010, lettre B.b supra, l'appréciation médicale de la Dresse H. _____ du 30 juin 2008, lettre A.f supra, et l'avis médical du Dr S. _____ du 17 août 2010, lettre C.b supra; cf. aussi le courrier de M. _____ du 22 janvier 2008, lettre A.e supra) que le but du traitement de physiothérapie est de maintenir l'autonomie de la recourante, notamment en ce qui concerne les actes de la vie quotidienne, et de prévenir une détérioration de la situation actuelle. Il résulte du rapport de consilium du Dr Z. _____ du 9 mars 2010 que les antécédents chirurgicaux et médicaux de l'assurée sont multiples, mais que c'est essentiellement l'atteinte musculo-squelettique dégénérative poly-articulaire, laquelle est placée en priorité dans la liste des diagnostics et antécédents, qui motive la nécessité de thérapies physiques régulières et donc la prescription de physiothérapie (cf. lettre B.b supra). Comme le relève le Dr S. _____ dans son avis médical du 17 août 2010 (cf. lettre C.b supra), cela est confirmé par le paragraphe « examen clinique » du rapport de consilium du Dr Z. _____, qui décrit des atteintes essentiellement dégénératives, diffuses, touchant le rachis, les membres supérieurs y compris les mains et les membres inférieurs, tout en mentionnant que la mobilité des articulations prothétiques est relativement bien conservée. Tant le Dr S. _____, dans son avis médical du 17 août 2010 (cf. lettre C.b supra), que la Dresse H. _____, dans son appréciation médicale du 30 juin 2008 (cf. lettre A.f supra), en tirent la conclusion concordante que l'on ne saurait segmenter en plusieurs affections une atteinte de même nature de différentes régions du corps alors qu'il s'agit bien d'un syndrome unique et diffus (donc de la même entité nosologique), de sorte que la physiothérapie concerne une prise en charge globale – ce qui rejoint l'avis du Dr Z. _____ – et non le traitement complexe des symptômes de plusieurs maladies concomitantes, qui justifierait une prise en charge selon la position tarifaire 7311 (cf. consid. 3b/bb). Cette conclusion est convaincante et bien motivée, si bien qu'il n'y a pas lieu de s'en écarter. Il convient ainsi de retenir que le but recherché, qui est de maintenir l'autonomie de la recourante et de prévenir une détérioration de la situation actuelle, peut être atteint par des séances de physiothérapie générale prises en charge selon la position tarifaire 7301. Dès lors, au regard des principes exposés ci-dessus (cf. consid. 3a/cc supra), la recourante n'a pas droit à la prise en charge, par l'assurance obligatoire des soins, de séances de kinésithérapie complexe facturées 60% plus cher selon la position tarifaire 7311. Cette conclusion s'impose d'autant plus que, comme le relève le Dr S. _____ (cf. lettre C.b supra), la position 7311 n'offre pas de prestations techniques supplémentaires par rapport à celles décrites sous la position 7301 et qu'elle permet toutes les approches techniques – y compris en combinaison – nécessaires à l'état de la recourante, de sorte que cette dernière ne subit aucun préjudice ni restriction en terme de technique de traitement. 5. a) Il résulte de ce qui précède que la décision sur opposition du 27 avril 2010, par laquelle la Caisse a confirmé sa décision de prendre en charge le traitement de physiothérapie dispensé à raison de 4 séries de 9 séances par année

sur la base de la position tarifaire 7301 et non sur la base de la position tarifaire 7311, échappe à la critique, de sorte que le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) S'agissant des frais et dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 45 LPA-VD et art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 55 LPA-VD et art. 61 let. g LPGA). Par ces motifs, le juge unique prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision sur opposition rendue le 27 avril 2010 par CSS Assurance-maladie SA est confirmée. III. Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué de dépens. Le juge unique : Le greffier : Du L'arrêt qui précède est notifié à : ■ Me Laure Chappaz, avocate (pour T. _____), ■ CSS Assurance-maladie SA, - Office fédéral de la santé publique, par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral, RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). Le greffier :

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