

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 30 décembre 2019

Composition : Mme BERBERAT, présidente
M. Neu et Mme Pasche, juges
Greffière : Mme Mestre Carvalho

Cause pendante entre :

T._____, à [...], recourant, représenté par Me Laura Emonet, avocate à Lausanne,

et

S._____ **[...] SA**, à [...], intimée.

Art. 24, 25 et 32 LAMal ; art. 5 OPAS.

E n f a i t :

A. T._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1944, a été affilié pour l'assurance obligatoire des soins auprès de S._____ [...] SA (ci-après : S._____, la Caisse ou l'intimée), à compter du 1^{er} janvier 2015.

Présentant des troubles aux épaules, à la colonne lombaire, à la colonne cervicale et aux genoux dans un contexte d'obésité, de déconditionnement physique et de polyneuropathie diabétique, l'assuré a régulièrement bénéficié de séances de physiothérapie prises en charge par S._____. Notamment, par communication du 17 octobre 2016, la Caisse a validé la poursuite de la thérapie pour six mois, à raison d'une à deux séances par semaine, en position tarifaire 7301. Puis, dans une communication du 11 septembre 2017, S._____ a pris en charge une séance de physiothérapie par semaine, en position tarifaire 7301, jusqu'au 30 mars 2018.

B. Entre les mois de mai et juin 2018, sur prescriptions du Centre hospitalier [...] (ci-après : le Centre hospitalier G._____) des 14 mai et 18 juin 2018, le physiothérapeute R._____ a dispensé à l'assuré des soins de physiothérapie qu'il a répertoriés sous la position tarifaire 7311 (cf. factures n^{os} [...] et [...] du 5 juillet 2018).

Parallèlement, en date du 29 mai 2018, S._____ a écrit au Dr J._____, chef de clinique au Département de l'appareil locomoteur du Centre hospitalier G._____, concernant la poursuite de la prise en charge des coûts de la physiothérapie. La Caisse a plus particulièrement relevé que le traitement de physiothérapie suivi par l'assuré comprenait deux positions tarifaires, 7301 et 7311, et a invité le Dr J._____ à compléter un questionnaire médical dans un délai au 19 juin 2018.

Aux termes d'un courrier du 7 juin 2018 adressé au médecin-conseil de S._____, le Dr B._____, spécialiste en médecine interne

générale et pneumologie, a indiqué faire suite à une lettre de la Caisse au physiothérapeute de l'assuré, R._____, concernant la fin de la prise en charge des soins de physiothérapie. Il a expliqué que le cas était complexe chez un patient souffrant d'obésité morbide avec de nombreuses séquelles orthopédiques, à savoir un canal lombaire étroit avec hernie discale, une arthrose des genoux et une arthrose avancée de l'épaule droite. Le Dr B._____ a précisé que dans l'attente d'une éventuelle intervention chirurgicale, il était absolument nécessaire que l'assuré suive un traitement de physiothérapie pour ses diverses pathologies, afin de rester mobile à son domicile et de ne pas être institutionnalisé.

Par avis du 28 juin 2018, L._____, physiothérapeute-conseil auprès de S._____, a préconisé la prise en charge d'une séance de physiothérapie par semaine selon le point tarifaire 7301 jusqu'à la fin août 2018, puis une fois toutes les deux semaines selon le point tarifaire 7301 jusqu'à la fin mai 2019 au maximum. Il a exposé que les critères d'application de la position tarifaire 7311 n'étaient pas remplis, sous l'angle du plan tarifaire comme du droit des assurances sociales. Il a relevé, de surcroît, qu'au vu du tableau clinique actuel, l'adéquation d'une fréquence plus haute n'était pas donnée du point de vue médical. Selon L._____, des mesures adaptées à l'âge et réalisables de manière autonome s'agissant de l'entraînement et du soulagement des troubles devaient être au cœur de la démarche thérapeutique.

Aux termes d'une correspondance du 3 juillet 2018, S._____ a signifié au Dr B._____ la prise en charge d'une séance de physiothérapie par semaine en position tarifaire 7301 jusqu'à fin août 2018, puis d'une séance toutes les deux semaines en position tarifaire 7301 jusqu'à fin mai 2019 au maximum.

Par rapport du 12 juillet 2018 destiné à S._____, le Dr J._____ a exposé ce qui suit :

"1. Diagnostics : lombalgies chroniques avec
- troubles dégénératifs étagés de la colonne lombaire.

- canal lombaire étroit avec status post-hémilectomie L2-L3 et décompression du rail et des racines L3 en avril 2016.
- status post-décompression L2-L3 en 2016.
- lipomatose canalaire en L1-L2.
- Déconditionnement physique global et focal.
- Polyarthrose notamment des gonarthroses fémoro-patellaires et fémoro-tibiales internes bilatérales sévères, arthrose déformante des IPD des mains, arthrose de l'épaule droite.
- Obésité classe III.
- Hypertension artérielle.
- Diabète de type 2 avec polyneuropathie diabétique des membres inférieurs.
- Antécédent de fracture du poignet gauche, ostéosynthésée avec AMO une année plus tard.
- Lymphœdème des membres inférieurs d'origine mixte (stase veineuse sur surcharge pondérale et mobilité réduite).
- Syndrome d'apnée du sommeil appareillée.
- Emphysème sous pleural.
- Nodules pulmonaires probablement granulomateuse sur biopsies en 2014.
- Petite insuffisance cardiaque mitrale avec signe indirect d'hypertension artérielle pulmonaire (2015).
- Glaucome.
- Reflux gastro-œsophagien.

2. Déroulement de la thérapie, résultat actuel et pronostic ?

Ce patient de 73 ans réalise 2 séances de physiothérapie par semaine qui sont basées sur des thérapies manuelles des manipulations associées à du travail actif de renforcement, travail fonctionnel et travail d'équilibre et proprioceptif. Il est associé à des conseils et des exercices à réaliser à domicile ainsi qu'une stimulation pour une augmentation de son activité physique globale pour lutter contre s[on] déconditionnement physique important.

La physiothérapie permet un travail supervisé chez ce patient qui a beaucoup de mal à se mouvoir en raison des douleurs multisites principalement au niveau lombaire et au niveau de ses genoux dans un contexte de pathologie dégénérative. Il bénéficie grandement de [c]es séances avec le maintien d'une activité physique de base même si elle reste faible et un entretien articulaire musculaire et une stabilisation de ses douleurs. Il est difficile de se prononcer quant au pronostic mais ce dernier n'est relativement pas favorable car la situation peut à tout moment se péjorer.

3. Quel est le but du traitement de physiothérapie à long terme ? Le but est d'entretenir sa capacité physique globale et diminuer ses douleurs multisites, de manière beaucoup plus efficace par le mouvement que par un traitement antalgique coûteux avec de multiples effets secondaires.

4. Quelle est ta fréquence actuelle des séances ? une séance 2 fois par semaine.

5. La fréquence de ces séances peut-elle être réduite ? Si non, pourquoi ? la fréquence de ces séances ne peut pas être réduite car celle-ci est déjà le minimum nécessaire pour soutenir ce patient qui a besoin d'une supervision lors de [c]es séances. Il a

juste du mal à réaliser des exercices à la maison, malgré sa bonne volonté en raison de ses multiples comorbidités.

6. Quand est-il prévu que le traitement soit termin[é] ? je n'ai pas d'indication quant à la fin de son traitement. Cela doit être vu avec les autres médecins qui s'occupe[nt] de ce patient et notamment le Dr X._____ qui s'occupe de la prise en charge de son dos et de ses genoux."

Par avis du 30 juillet 2018, le physiothérapeute-conseil L._____ a confirmé la position exprimée dans son précédent avis. Il a en particulier retenu que moyennant la mise en œuvre rigoureuse de mesures réalisables de manière autonome pour soulager les troubles, le critère d'adéquation n'était médicalement pas rempli pour une fréquence plus élevée des séances de physiothérapie.

Toujours le 30 juillet 2018, l'assuré a écrit à S._____ pour contester la communication de la Caisse du 3 juillet 2018. Il a en particulier fait valoir que, compte tenu de son état de santé, il devait impérativement pouvoir continuer à bénéficier - sans la moindre interruption - du traitement de physiothérapie tel que prescrit par le Dr J._____, à savoir « *complexe et minimum deux séances par semaine et sans délai de temps* ».

Interpellé suite au courrier susdit de l'assuré, le physiothérapeute-conseil L._____ s'est déterminé le 7 août 2018, renvoyant à son avis du 31 [recte : 30] juillet 2018.

Par courrier du 8 août 2018 adressé au Centre hospitalier G._____, S._____ a confirmé la teneur de sa correspondance du 3 juillet 2018, reprenant les motifs exposés le 30 juillet 2018 par L._____.

Par missive du 13 août 2018, S._____ a référé l'assuré à son courrier précité, dont copie avait été communiquée à l'intéressé.

Par acte de sa mandataire du 27 août 2018, l'assuré a contesté la position de la Caisse, soutenant que ses médecins traitants s'accordaient sur la nécessité de la mise en place de deux séances de

physiothérapie par semaine pour traitement complexe, afin qu'il ne soit pas institutionnalisé - faute de pouvoir réaliser les exercices lui-même compte tenu de ses différents comorbidités. Il a demandé à ce qu'une décision motivée soit rendue.

Aux termes d'un avis du 11 septembre 2018, le Dr M._____, médecin-conseil auprès de S._____, et le physiothérapeute-conseil L._____ ont considéré que, du point de vue médico-scientifique, le critère d'adéquation n'était pas rempli pour une physiothérapie de fréquence supérieure à une séance hebdomadaire. Ils ont ajouté que l'efficacité d'une physiothérapie individuelle régulièrement encadrée n'était pas démontrée, notamment pour des mesures thérapeutiques passives. Ils ont également observé qu'il n'y avait pas d'information précise établissant que le patient n'était pas capable de réaliser un programme spécifique à domicile portant sur l'entraînement et le soulagement des troubles, et d'en assurer une mise en œuvre rigoureuse.

Par décision du 19 septembre 2018, S._____ a maintenu sa position, dans le sens de la prise en charge d'une séance de physiothérapie par semaine en position tarifaire 7301 jusqu'à fin août 2018, puis d'une séance toutes les deux semaines en position tarifaire 7301 jusqu'à fin mai. Dans sa motivation, la Caisse a en substance repris les éléments mis en avant le 11 septembre précédent par le Dr M._____ et L._____.

Les 24 septembre et 11 octobre 2018, l'assuré, sous la plume de sa mandataire, a demandé à se voir transmettre une copie du dossier.

Par acte du 19 octobre 2018 rédigé par son conseil, l'assuré a fait opposition à la décision du 19 septembre précédent. Sur le plan formel, il a invoqué une violation du droit d'être entendu dans la mesure où S._____ n'avait pas donné suite à sa requête de transmission de dossier. Sous l'angle matériel, l'intéressé a argué que plusieurs spécialistes s'accordaient à dire qu'il devait suivre un traitement de physiothérapie deux fois par semaine et que, compte tenu du nombre

important d'organes touchés, la position tarifaire 7311 était justifiée ; il s'est également prévalu de diverses prescriptions médicales établies en 2018, ainsi que de comptes-rendus dressés par les Drs B._____ et J._____ et par le physiothérapeute R._____ les 26 septembre, 1^{er} octobre et 12 octobre 2018. Il a par ailleurs fait valoir que le traitement en cause était efficace et adéquat, mais également économique comparé à des antalgiques ou, à défaut, à une institutionnalisation. Enfin, il a allégué que sa situation financière ne lui permettait pas d'assumer lui-même le traitement litigieux. En annexe, il a produit un onglet de pièces comportant notamment les documents suivants :

- six prescriptions de physiothérapie émises par le Dr J._____ les 17 janvier, 28 mars, 14 mai, 18 juin, 30 juillet et 24 septembre 2018, dites prescriptions visant des troubles dégénératifs (épaules, lombaires, genoux), l'obésité et un déconditionnement physique global et portant sur neuf séances de physiothérapie deux fois par semaine avec des exercices à faire à domicile, les prescriptions des 18 juin, 30 juillet et 24 septembre 2018 évoquant en outre un traitement complexe ;

- une prescription de physiothérapie établie le 29 janvier 2018 par le Dr C._____, spécialiste en rhumatologie, pour neuf séances en lien avec des lombalgies, un déconditionnement physique, des gonarthroses et l'obésité ;

- une prescription de physiothérapie du 24 juillet 2018 émanant du Dr X._____, médecin-cadre hospitalier au Département de l'appareil locomoteur du Centre hospitalier G._____, pour neuf séances de physiothérapie en lien avec un déconditionnement physique global et focal dans un contexte de lombalgies chroniques, de polyarthrose (avec notamment gonarthroses bilatérales, arthrose déformante des interphalangiennes distales des mains et arthrose de l'épaule droite), d'obésité, de diabète de type II, d'hypertension artérielle, de polyneuropathie diabétique des membres inférieurs et d'antécédent de fracture du poignet gauche ;

- une prescription de physiothérapie du 31 juillet 2018 du Dr F._____, spécialiste en pneumologie, pour six séances deux fois par semaine en vue d'améliorer la fonction cardio-pulmonaire ;

- une prescription de physiothérapie du 11 septembre 2018 du Dr N._____, spécialiste en neurologie, pour neuf séances visant à une « *rééducation pour l'équilibre et le dos* » ;

- une prescription de physiothérapie du 25 septembre 2018 du Dr B._____ pour neuf séances de physiothérapie respiratoire deux fois par semaine;

- un rapport de ce même médecin du 26 septembre 2018, exposant que l'assuré suivait un programme de physiothérapie à visée antalgique et de mobilisation en raison de problèmes locomoteurs sévères liés à son surpoids, que ce traitement était nécessaire pour maintenir l'indépendance du patient, que ce dernier ne pouvait en assumer la réalisation en raison de son handicap et que l'arrêt d'une prise en charge physiothérapeutique pourrait mener à une institutionnalisation ;

- un courrier électronique du physiothérapeute R._____ du 1^{er} octobre 2018, détaillant comme suite les soins prodigués :

"Thérapie manuelle des régions suivantes sur prise en charge multiple d'après divers bilans médica[ux] et bilan thérapeutique physio.

Déroulée tissulaire et Osteo articulaire de la Charnières cervico-dorsal[e] c7-d1.

Détente des muscles D et G éleveurs scapula, scalènes, sterno-cl[é]ido-masto[i]diens.

Détente espace omothoracique D et G.

Travaille des voies de passage Gl[é]no-hum[é]rales gauche[s].

Déroulé Osteo articulaire dorso-lombaires et Lombo-sacré.

Déroulé fonctionnel psoas iliaque, carré des lombes, pelvi trochant[é]riens D et G.

Crochetage myo-apon[é]vrotique cicatrice post op lombaire.

Traction d[é]coaptation et déroulé articulaire genoux D et G.

D[é]tente de la chaîne musculaire postérieur[e] D et G

D[é]coaptation talo crurale et sub-talaire D Et G.

Détente des voûtes plantaires D Et G.

Exercices de stretching :

Pelvistrochant[é]riens
Ischios jambiers
Triceps
Régions lombaires

Exercices de gainages :

Ceintures Lombo-abdomino-pelviens en décubitus dorsa[l].

Physiothérapie respiratoire :

Réalisé en décubitus dorsa[l], latéra[l] D et G.

Drainage bronchique en respiration dirigée.

Accélération du flux expiratoire.

Toux dirigé[e].

Ouverture des alvéoles pulmonaires sur inspiration contre résistance."

- un rapport du Dr J. _____ du 12 octobre 2018, exposant ce qui suit :

"Diagnostics :

- lombalgies chroniques avec :
 - troubles dégénératifs étagés de la colonne lombaire.
 - canal lombaire étroit avec status post-hémilectomie L2-L3 et décompression du rail et des racines L3 en avril 2016.
 - status post-décompression L2-L3 en 2016.
 - lipomatose canalaire en L1-L2.

- Déconditionnement physique global et focal.
- Polyarthrose notamment des gonarthroses fémoro-patellaires et fémoro-tibiales internes bilatérales sévères, arthrose déformante des IPD des mains, arthrose de l'épaule droite.
- Obésité classe III.
- Hypertension artérielle.
- Diabète de type 2 avec polyneuropathie diabétique des membres inférieurs.
- Antécédent de fracture du poignet gauche, ostéosynthésée avec AMO une année plus tard.
- Lymphœdème des membres inférieurs d'origine mixte (stase veineuse sur surcharge pondérale et mobilité réduite).
- Syndrome d'apnée du sommeil appareillée.
- Emphysème sous pleural.
- Nodules pulmonaires probablement granulomatose sur biopsies en 2014.
- Petite insuffisance cardiaque mitrale avec signe indirect d'hypertension artérielle pulmonaire (2015).
- Glaucome.
- Reflux gastro-œsophagien.

Ce patient de 73 ans, réalise deux séances de physiothérapie par semaine et j'ai appris par votre courrier, que vous souhaitez diminuer la prise en charge à une fois par semaine puis une fois toutes les deux semaines, sous l'argument qu'il peut réaliser ces

exercices à domicile. Il pratique la physiothérapie depuis une longue période, nécessaires dans le cadre de ses multiples comorbidités décrites ci-dessus. L'association de ces comorbidités empêche M. T. _____ de réaliser un programme adapté et autonome à domicile, surtout dans le cadre de ses douleurs lombaires, invalidantes et sa gonarthrose bilatérale.

Dans ce cadre, des exercices supervisés permettent de s'assurer de la bonne réalisation par le patient, limiter les mauvaises positions et les douleurs, et s'assurer qu'ils sont réalisés dans un cadre sécuritaire pour éviter les chutes ou une aggravation des lésions.

La physiothérapie (rééducation supervisée) au long cours est clairement prouvée scientifiquement dans le cadre de lombalgies chroniques et notamment de canal lombaire étroit, si l'on doit ne citer qu'une seule des pathologies de ce patient. Encore une fois, l'association des multiples comorbidités justifie cette supervision. Il est facilement concevable que 30 minutes 1x/semaine ne suffisent pas à avoir un effet satisfaisant dans le cadre de ses comorbidités. De plus, celles[-]ci sont fluctuantes et nécessite[nt] d'adapter le traitement en fonction.

Il est difficile de se prononcer quant à l'efficacité à long terme et quant au pronostic concernant l'évolution des atteintes à la santé de ce patient, mais j'estime que ces soins en physiothérapie peuvent limiter les épisodes de décompensation et de péjoration progressive au cours du temps.

Dans le rapport de physiothérapie daté du 01.10.2018, son physiothérapeute, M. R. _____ décrit l'ensemble des thérapies effectuées et cela montre la diversité et la complexité du traitement chez ce patient pour lequel 2x 30 minutes est un minimum, difficilement compressible.

A noter que certains exercices à domicile peuvent être réalisés, mais, comme dit précédemment, vu les douleurs chroniques et les multiples comorbidités, il est difficilement imaginable que le patient soit aussi à l'aise seul que de manière supervisée. De plus, il est évident que l'efficacité ne sera pas la même.

Il est très probable qu'une diminution de la fréquence d'exercices bien structurés et réalisés de façon adéquate, péjorera le pronostic chez ce patient, avec un risque de perte d'autonomie rapide et nécessité d'une hospitalisation et institutionnalisation."

S. _____ ayant donné suite le 31 octobre 2018 à la demande de transmission de dossier de l'assuré, celui-ci a complété ses objections le 5 novembre 2018, sous la plume de son conseil, faisant valoir qu'aucun élément au dossier ne permettait à la Caisse de refuser la prise en charge du traitement prescrit par les médecins traitants.

Par décision sur opposition du 5 décembre 2018, S._____ a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé sa décision du 19 septembre 2018. D'une part, se référant à la réglementation applicable au 1^{er} janvier 2018, la Caisse a relevé que la position tarifaire 7311 visait des séances individuelles de quarante-cinq minutes et était subordonnée à ce que le cas requiert effectivement plus de temps, que le traitement soit plus compliqué et que cette complexité accrue soit le fait de tableaux cliniques ou de situations énumérés dans le texte légal - notamment lors du traitement de deux parties du corps ou davantage. Or, si l'on pouvait en espèce admettre que les prescriptions de physiothérapie visaient plus d'une partie du corps, il n'était pas démontré que le traitement fût plus compliqué ni qu'il requît plus de temps ; au contraire le Dr J._____ confirmait une durée de traitement de trente minutes. S._____ a dès lors estimé que les prestations devaient être accordées selon la position tarifaire 7301. D'autre part, la Caisse a retenu que la prise en charge de deux séances de physiothérapie par semaine sans limite de temps ne satisfaisait pas aux exigences en la matière. Sous l'angle médico-scientifique, il n'était en effet pas établi qu'un traitement de physiothérapie à une fréquence plus élevée qu'une séance hebdomadaire aurait une influence sur l'état de santé de l'assuré. A cela s'ajoutait que le Dr J._____ avait exprimé des doutes quant aux effets positifs du traitement, en ce sens qu'il avait estimé difficile de se prononcer quant à l'efficacité à long terme et quant au pronostic concernant l'évolution des atteintes à la santé. Enfin, rien n'indiquait que l'assuré serait incapable de réaliser un programme à domicile portant sur l'entraînement et le soulagement des troubles. Pour S._____, les critères d'efficacité et d'adéquation n'étaient par conséquent pas remplis.

C. Agissant par l'entremise de son conseil, T._____ a recouru le 21 janvier 2019 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision sur opposition précitée, concluant principalement à ce que l'opposition du 19 octobre 2018, complétée le 5 novembre 2018, soit admise et la décision attaquée réformée en ce sens que la poursuite de la physiothérapie à raison de deux séances par semaine est prise en charge en position tarifaire 7311 pour une durée

indéterminée, subsidiairement à ce que ladite décision soit annulée. A titre de mesures d'instruction, il a requis la mise en œuvre d'une expertise pour autant que de besoin et, dans l'hypothèse de l'appointement d'une audience, l'audition en tant que témoins des Drs B._____ et J._____ ainsi du physiothérapeute R._____. Sur le fond, le recourant a fait valoir que la réglementation topique ne faisait plus mention de la durée du traitement que ce soit pour la position tarifaire 7301 ou pour la position tarifaire 7311. Par ailleurs, il rappelle que ses médecins traitants avaient renseigné l'intimée sur le caractère nécessaire et impératif du traitement complexe de physiothérapie prescrit à raison de deux séances par semaine, se référant en particulier aux avis émis le 26 septembre 2018 par le Dr B._____ et le 12 octobre 2018 par le Dr J._____. A cela s'ajoutait que, dans son rapport susdit, le Dr J._____ avait exposé en quoi l'intéressé ne pouvait lui-même effectuer les exercices à domicile. Enfin, le recourant a fait valoir que sans prise en charge physiothérapeutique, il n'aurait pour alternative que les traitements antalgiques, plus coûteux et aux effets secondaires importants, ou l'institutionnalisation, quant à elle largement plus coûteuse que « *de simples séances de physiothérapie* ». Il a encore souligné que ses moyens financiers ne lui permettaient pas d'assumer personnellement la physiothérapie et que son thérapeute R._____ avait déjà constaté une dégradation en ne procédant qu'à une séance toutes les deux semaines, selon la position tarifaire 7301. En annexe au recours, figuraient en particulier les documents suivants :

- deux certificats émis les 10 octobre 2018 et 7 janvier 2019 par le Dr B._____, attestant la nécessité d'un chauffeur « *TMRL* » pour les trajets entre le domicile et les fournisseurs de soins ;

- une prescription de physiothérapie établie le 14 décembre 2018 par le Dr J._____ en lien avec les troubles dégénératifs (épaules, lombaires, genoux), un reconditionnement physique global et l'obésité du patient, dite prescription portant sur neuf séances de physiothérapie bihebdomadaires et indiquant, sous la rubrique « *autres* », la mention « *complexe* » ;

- un certificat médical établi le 17 janvier 2019 par le Dr B._____, exposant que suite au refus de la Caisse de prendre en charge deux séances de physiothérapie par semaine, l'état de santé du patient ne s'était pas amélioré.

Appelée à se prononcer sur le recours, l'intimée en a proposé le rejet par réponse du 6 février 2019.

Par réplique du 18 février 2019, le recourant a confirmé ses précédents motifs et conclusions, tout en évoquant une problématique médicale nouvelle nécessitant un traitement de physiothérapie respiratoire en position tarifaire 7311. Pour étayer ses dires, il a produit les pièces suivantes :

- une prescription de physiothérapie émise le 31 janvier 2019 par le Dr B._____, octroyant dix-huit séances bihebdomadaires de physiothérapie respiratoire ;

- une correspondance adressée par S._____ le 11 février 2019 au physiothérapeute R._____, se référant à un rapport de celui-ci du 8 janvier 2019 et validant sur cette base la prise en charge jusqu'à fin février 2020 d'une séance de physiothérapie musculo-squelettale toutes les deux semaines en position tarifaire 7301 et d'une séance de physiothérapie respiratoire toutes les deux semaines en position tarifaire 7311 :

- un certificat médical du 12 février 2019 du Dr B._____, certifiant que le recourant avait besoin de deux séances de physiothérapie musculo-squelettale par semaine, position tarifaire 7311, ainsi que de deux séances de physiothérapie respiratoire par semaine, position tarifaire 7311.

Dupliquant le 25 février 2019, l'intimée a confirmé sa position. Elle a relevé que la problématique abordée dans la réplique était

étrangère à l'objet du litige et qu'il était loisible au recourant, en cas de désaccord avec la communication du 11 février 2019, de réclamer une décision formelle sujette à recours.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'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 peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile – compte tenu des fêtes judiciaires (art. 38 al. 4 let. c LPGA) – auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1).

b) En l'occurrence, le litige porte sur le bien-fondé de la décision sur opposition du 5 décembre 2018, validant la prise en charge des coûts de poursuite de la physiothérapie à raison d'une séance par semaine jusqu'à fin août 2018, en position tarifaire 7301, puis à raison d'une séance toutes les deux semaines jusqu'à fin mai 2019, en position tarifaire 7301.

On notera en revanche que les conclusions du recourant ne sont pas recevables en tant qu'elles visent l'admission de l'opposition du 19 octobre 2018, complétée le 5 novembre 2018. Le sort de l'opposition ressortit en effet à la procédure administrative (art. 52 LPGA) et non à la présente procédure judiciaire, subordonnée au dépôt d'un recours (art. 56 LPGA).

c) Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b ; TF 9C_719/2016 du 1^{er} mai 2017 consid. 2).

Au cas d'espèce, il convient d'admettre que les modalités de prise en charge communiquées le 11 février 2019 par S._____ sont étrangères à l'objet de la présente contestation, dès lors qu'elles reposent sur un rapport du physiothérapeute R._____ du 8 janvier 2019 et une prescription du Dr B._____ du 31 janvier 2019 pour dix-huit séances de physiothérapie respiratoire, soit des éléments postérieurs à la décision querellée du 5 décembre 2018.

3. a) Aux termes de 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 prévues aux art. 32 à 34 LAMal. Les prestations prises en charge sont rattachées à la date ou à la période de traitement.

b) Selon l'art. 25 al. 1 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles. Ces prestations comprennent notamment les traitements de physiothérapie prodigués sur prescription médicale (art. 25 al. 2 let. a ch. 3 LAMal en corrélation avec l'art. 46 al. 1 let. a OAMal [ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 ; RS 832.102] et l'art. 5 OPAS [ordonnance sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie du 29 septembre 1995 ; RS 832.112.31]).

aa) En vertu de l'art. 5 OPAS, l'assurance prend en charge, par prescription médicale, au plus les coûts de neuf séances, le premier traitement devant intervenir dans les cinq semaines qui suivent la prescription médicale (al. 2). Une nouvelle prescription médicale est nécessaire pour la prise en charge d'un plus grand nombre de séances (al. 3). Pour que, après un traitement équivalent à trente-six séances, celui-ci continue à être pris en charge, le médecin traitant doit adresser un rapport au médecin-conseil de l'assureur et lui remettre une proposition dûment motivée. Le médecin-conseil propose de poursuivre ou non la thérapie aux frais de l'assurance, en indiquant dans quelle mesure et à quel moment le prochain rapport doit être présenté (al. 4).

bb) En vertu de l'art. 2a de l'ordonnance du 20 juin 2014 sur la fixation et l'adaptation de structures tarifaires dans l'assurance-maladie (RS 832.102.5), en lien avec l'art. 43 al. 5 et 5bis LAMal, la structure tarifaire pour les prestations de physiothérapie est fixée conformément à l'annexe 3, telle que modifiée le 18 octobre 2017 et en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2018 (ci-après : l'annexe 3).

Le ch. 2 de cette annexe (« *Forfaits par séance* ») décrit comme suit les positions tarifaires 7301 et 7311 :

aaa) Position tarifaire 7301 :

"Forfait par séance individuelle pour physiothérapie générale

¹ Cette position tarifaire couvre tous les traitements simples ou combinés qui ne figurent pas expressément sous les positions 7311 à 7340.

² La physiothérapie générale comprend en particulier :

- a. les mesures relatives à l'examen et à l'évaluation physiothérapeutiques ;
- b. les mesures thérapeutiques, conseil et instruction. ;
- c. les mesures physiques dans le cadre de la physiothérapie.

³ La position 7301 comprend en outre :

- les combinaisons physiothérapie générale - électrothérapie ou thermothérapie ;
- la combinaison physiothérapie générale - instruction en cas de location d'appareils."

bbb) Position tarifaire 7311 :

"Forfait par séance individuelle pour physiothérapie complexe

¹ Cette position peut être facturée en présence de tableaux cliniques ou de situations suivantes qui compliquent le traitement :

- a. en cas atteinte du système nerveux ;
- b. pour les enfants jusqu'à 6 ans révolus;
- c. en cas de troubles de la ventilation pulmonaire
- d. en cas de troubles du système lymphatique nécessitant un traitement complexe pratiqué par des physiothérapeutes formés spécialement dans cette thérapie ;
- e. en cas de soins palliatifs ;
- f. en cas de ralentissement sensori-moteur ou de déficit cognitif. Comptent au nombre des aptitudes cognitives d'une personne pertinentes pour la physiothérapie : l'attention, la mémoire, l'apprentissage, la planification, l'orientation et la volonté. Le ralentissement sensori-moteur se manifeste par des mouvements ralentis et des enchaînements manquant de coordination ou par une perturbation de la parole ou de la déglutition résultant d'un dysfonctionnement de l'interaction des performances sensorielles et motrices du patient. Les déficits sont des réductions ou des retards dans (la poursuite du) le développement de ces capacités, qui ralentissent l'atteinte de l'objectif de la physiothérapie chez le patient ;
- g. traitement de deux parties du corps ou davantage ;
- h. traitement de deux articulations non-voisines (peuvent être dans la même partie du corps) ;
- i. en cas d'atteinte nécessitant une aide particulière (par ex. brûlures) ;
- j. en cas d'instruction nécessaire au traitement par le personnel infirmier ou d'assistance.

Sur demande, l'assureur pourra autoriser l'utilisation de la position 7311 pour d'autres indications."

c) Les prestations dont les coûts sont pris en charge par l'assurance obligatoire des soins doivent être efficaces, appropriées et économiques (art. 32 al. 1 LAMal).

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 145 V 116 consid. 3.2.1 ; 128 V 159 consid. 5c/aa). L'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques fondées sur la recherche et la pratique médicale et non sur le résultat obtenu dans un cas particulier (ATF 142 V 249 consid. 4.2 ; 131 V 271 consid. 3.1 ; 133 V 115 consid. 3 ; 125 V 95 consid. 4a). 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 145 V 116 consid. 3.2.2 ; 127 V 138 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 139 V 135 consid. 4.4.2 ; 125 V 95 consid. 4a). 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 145 V 116 consid. 3.2.3 ; 139 V 135 consid. 4.4.3 ; 127 V 138 consid. 5).

4. Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_453/2017 & 9C_454/2017 du 6 mars 2018 consid. 4.2).

5. Aux termes de la décision attaquée, l'intimée a admis la prise en charge, au titre de l'assurance obligatoire des soins, d'une séance de physiothérapie par semaine en position tarifaire 7301 jusqu'à la fin du mois d'août 2018, puis d'une séance de physiothérapie toutes les deux semaines en position tarifaire 7301 jusqu'à fin du mois de mai 2019.

Le recourant, pour sa part, a sollicité la prise en charge de deux séances de physiothérapie par semaine en position tarifaire 7311, pour une durée indéterminée.

a) Pour ce qui est tout d'abord de la position tarifaire, la Caisse a estimé que les conditions de la position tarifaire 7311 relatives à la durée et à la complexité du traitement n'étaient pas réalisées (cf. décision sur opposition du 5 décembre 2018 p. 4 s.).

A l'instar du recourant (cf. mémoire de recours du 21 janvier 2019 p. 6), la Cour constate toutefois que le critère lié à la durée des séances de physiothérapie ne figure pas dans la réglementation en vigueur. Il est vrai que dans le cadre de la procédure de consultation liée à la modification de l'ordonnance sur la fixation et l'adaptation des structures tarifaires dans l'assurance-maladie, la version mise à l'étude comportait bien une référence à la durée des traitements - soit, en particulier, 30 minutes pour une séance en position tarifaire 7301 et 45 minutes pour une séance en position tarifaire 7311 (cf. www.bag.admin.ch > Assurances > Assurance-maladie > Projets de révision en cours > Modification de l'ordonnance sur la fixation et l'adaptation de structures tarifaires dans l'assurance-maladie > Documentation se rapportant à la procédure de consultation > Structure tarifaire pour les prestations de physiothérapie [annexe 2] p. 3 s.). Toutefois, la fixation de la durée des séances a fait l'objet de critiques de la part de différents intervenants (cf. www.bag.admin.ch > Assurances > Assurance-maladie > Projets de révision en cours > Modification de l'ordonnance sur la fixation et l'adaptation de structures tarifaires dans l'assurance-maladie > Adoption de la modification de l'ordonnance, décision du 18 octobre 2017 > Rapport du 18 octobre 2017 sur les résultats de la consultation p. 28 ss) et

n'a dès lors pas été retenue dans le texte finalement entré en vigueur (cf. consid. 3c/bb). Il suit de là que, sous cet angle, les motifs retenus par l'intimée pour écarter la position tarifaire 7311 sont inopérants.

Cela posé, il reste qu'aux termes de l'annexe 3, le point de savoir si le traitement litigieux donne lieu à une facturation en position tarifaire 7311 dépend de la présence de tableaux cliniques ou de situations spécifiquement énumérés qui compliquent le traitement. A cet égard, dans la décision attaquée (p. 5), l'intimée a admis que le traitement en cause relevait de l'une des constellations visées, en tant qu'il concernait plus d'une partie du corps (annexe 3, ch. 2, position 7311, al. 1 let. g). Ce point n'étant pas disputé, il n'y a pas lieu de revenir sur le sujet. S._____ a en revanche considéré qu'il n'était pas démontré que le traitement serait plus compliqué (cf. décision sur opposition du 5 décembre 2018, loc. cit.). Toutefois, force est de constater qu'elle s'est contentée d'émettre catégoriquement cette assertion, sans développer la moindre argumentation à ce sujet. Les avis médicaux au dossier ne permettent en outre pas de se positionner clairement quant au point de savoir si la pluralité d'atteintes complique ou non le traitement. Ainsi, dans son avis du 28 juin 2018, le physiothérapeute-conseil L._____ s'est limité à affirmer que les critères n'étaient pas remplis pour admettre la position tarifaire 7311, cela sous l'angle du plan tarifaire comme du droit des assurances sociales. Ce praticien n'a cependant pas détaillé en quoi et dans quelle mesure les critères n'étaient pas réalisés. Semblable appréciation ne peut donc être tenue pour convaincante, étant de surcroît relevé que la question n'a ensuite plus été abordée dans les autres avis émis par le service médical de S._____. Quant aux avis des médecins traitants, ils n'apportent pas davantage d'éclaircissements. En effet, le Dr B._____ a certes évoqué un traitement complexe (cf. rapport du 7 juin 2018), mais sans précision. Le Dr J._____, pour sa part, s'est expressément référé à un traitement complexe dans plusieurs prescriptions de physiothérapie (18 juin, 30 juillet, 24 septembre et 14 décembre 2018), mais là encore sans réelle motivation. On notera par ailleurs que si, dans son rapport du 12 octobre 2018, le Dr J._____ a renvoyé au courriel de R._____ du 1^{er} octobre 2018 pour illustrer la

complexité du traitement, il n'a néanmoins pas détaillé son raisonnement sur le sujet, qui manque par conséquent de fondement. Cela dit, il demeure que le physiothérapeute R._____ a établi le 1^{er} octobre 2018 une liste des multiples traitements prodigués au recourant et que l'on peine à comprendre que cet élément n'ait pas été soumis au service médical de l'intimée afin de déterminer le caractère complexe ou non du traitement dans le cas particulier.

A l'aune de ces considérations, il s'impose de constater que les pièces au dossier de l'intimée ne permettent pas de trancher la question de la position tarifaire applicable au traitement litigieux.

b) La situation n'est pas plus claire pour ce qui est de la fréquence et de la durée du traitement à prendre en charge.

Il est tout d'abord constant que la prise en charge du traitement litigieux est soumise de par la loi à des exigences en termes d'efficacité, d'adéquation et d'économicité (art. 32 LAMal). Or, aux termes de la décision entreprise (p. 5 s.), S._____ ne s'est positionnée qu'à l'égard des critères d'efficacité et d'adéquation, sans aborder celui de l'économicité.

A cela s'ajoute que l'intimée a statué sur la base des avis émis par son service médical, dont la motivation superficielle n'est guère convaincante. On notera, ainsi, que le physiothérapeute-conseil L._____ n'a à aucun moment explicité son appréciation au regard des circonstances concrètes du cas de l'assuré. Il s'est contenté de retenir lapidairement que le tableau clinique actuel ne justifiait pas la prise en charge de séances plus fréquentes et qu'il y avait lieu de favoriser les mesures réalisables de manière autonome (cf. avis des 28 juin, 30 juillet et 7 août 2018). Dans leur avis émis conjointement le 11 septembre 2018, L._____ et le Dr M._____ n'ont pas davantage procédé à une réelle analyse de fond, retenant laconiquement que le critère d'adéquation n'était pas réalisé d'un point de vue médico-scientifique et considérant, sans établir la moindre corrélation avec le cas d'espèce, que l'efficacité

d'une physiothérapie individuelle régulièrement encadrée n'était pas démontrée pour des mesures thérapeutiques passives.

Pour autant, l'avis des médecins traitants n'emporte pas non la conviction de la Cour de céans. On constate en particulier que le Dr B._____, dans son rapport du 7 juin 2018, a pour l'essentiel indiqué qu'une prise en charge physiothérapeutique pour les diverses pathologies de l'assuré était indispensable dans l'attente d'une éventuelle intervention chirurgicale. Dans son rapport subséquent du 26 septembre 2018, le Dr B._____ n'a toutefois plus fait référence à une éventuelle opération, mais a exposé que le suivi physiothérapeutique était nécessaire au maintien de l'indépendance du patient pour éviter une institutionnalisation. Le Dr B._____ a, en d'autres termes, adopté une position équivoque quant à l'efficacité, l'adéquation et l'économicité de la prestation en cause. Quant au Dr J._____, il a relevé, dans son rapport du 12 juillet 2018, que le traitement en cause avait pour but d'entretenir la capacité physique globale de l'assuré et de diminuer les douleurs de celui-ci. Il a toutefois ajouté que le pronostic n'était « *relativement pas favorable* ». Ce médecin a ainsi implicitement émis des doutes quant à l'efficacité du traitement, doutes qu'il a confirmés dans son rapport du 12 octobre 2018 s'agissant de l'efficacité à long terme de la thérapie ; à cet égard, on notera que ces doutes apparaissent renforcés à la lecture du compte-rendu du Dr B._____ du 17 janvier 2019 mentionnant non pas une aggravation mais uniquement l'absence d'amélioration suite au refus de prise en charge de séances bihebdomadaires. Dans son rapport du 12 juillet 2018, le Dr J._____ a par ailleurs renvoyé à l'appréciation des autres médecins traitants pour la fin du traitement, notamment à celle du Dr X._____ concernant troubles du dos et des genoux. Or, ce faisant, il a laissé comprendre qu'il ne disposait pas d'une vue suffisamment exhaustive de l'état de santé de son patient pour pouvoir se prononcer en connaissance de cause. En tant que le Dr J._____ a de surcroît mentionné que le besoin de supervision du patient ne permettait pas de réduire la fréquence des séances et qu'il était difficilement imaginable que le recourant soit aussi à l'aise seul que de manière supervisée pour réaliser les exercices (cf. rapports des 12 juillet et 12 octobre 2018), la

Cour se doit de relever que le point de savoir si d'autres mesures – par exemple, l'intégration à un programme de rééducation intensive dans un service de rhumatologie – pourraient constituer des alternatives viables n'a à aucun moment été examiné, seul l'exercice à domicile ayant été évoqué. Force est d'admettre que de tels éléments méritaient à l'évidence d'être développés du point de vue du critère d'adéquation, voire même de celui d'économicité. Enfin, l'examen des nombreuses prescriptions de physiothérapie au dossier ne révèle pas d'indices concrets permettant de se positionner sur les exigences de l'art. 32 LAMal, en vue de définir la fréquence et la durée de la prise en charge.

Il apparaît ainsi que, sur le vu des pièces en mains du Tribunal, la fréquence et la durée du traitement litigieux ne peuvent pas être déterminées à l'aune des critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité résultant de la législation topique.

c) En l'état du dossier, l'instruction diligentée par l'intimée s'avère donc lacunaire, de sorte que la Cour de céans n'est pas en mesure de statuer à satisfaction de droit.

Cela étant, il convient de renvoyer la cause à l'intimée – à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA –, cette solution apparaissant comme la plus opportune. Il lui incombera plus particulièrement de compléter l'instruction médicale afin de déterminer la position tarifaire, la durée de la prise en charge et la fréquence du traitement de physiothérapie litigieux, en sollicitant pour cela des avis détaillés auprès des médecins traitants de l'assuré puis en les soumettant pour prise de position à son service médical selon la procédure décrite à l'art. 5 OPAS, voire au besoin en mettant en œuvre une expertise conformément à l'art. 44 LPGA. Cela fait, il appartiendra à S. _____ de rendre une nouvelle décision.

d) Pour le surplus, vu l'issue du litige, il n'apparaît pas nécessaire d'examiner plus avant les autres arguments des parties, ni de

donner suite aux réquisitions de mesures d'instruction formulées par le recourant.

6. **a)** Il découle de ce qui précède que le recours doit être admis, dans la mesure de sa recevabilité, et la décision sur opposition du 5 décembre 2018 annulée, la cause étant renvoyée à l'intimée pour complément d'instruction et nouvelle décision conformément aux considérants du présent arrêt.

b) La procédure étant gratuite, il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. a LPGA).

c) Le recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance des services d'un mandataire professionnel pour la défense de ses intérêts, peut prétendre à des dépens à la charge de l'intimée (art. 61 let. g LPGA ; 55 al. 1 LPA-VD ; art. 10 et 11 TFJDA [Tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), qu'il y a lieu de fixer en l'espèce à 1'500 fr. compte tenu de l'importance et de la complexité de l'affaire.

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

- I.** Le recours est admis dans la mesure de sa recevabilité.
- II.** La décision sur opposition rendue le 5 décembre 2018 par S._____ [...] SA est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction et nouvelle décision au sens des considérants.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

IV. S._____ [...] SA versera à T._____ une indemnité de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Laura Emonet (pour T._____),
- S._____ [...] SA,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :