RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1400/2020 **ATAS/814/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 21 septembre 2022

8ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée _____, GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Yero DIAGNE	recourante
contre	
AVENIR ASSURANCE MALADIE SA, représentée par GROUPE MUTUEL SERVICES SA, rue des Cèdres 5, MARTIGNY	intimée

Siégeant : Jean-Louis BERARDI, Président suppléant ; Anny FAVRE et Michael RUDERMANN, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée) souffre d'une pathologie dégénérative depuis son enfance, avec notamment des séquelles d'une poliomyélite.

2. Par courrier du 23 octobre 2018 adressé à AVENIR ASSURANCE MALADIE SA (ci-après : la caisse ou l'assureur), le docteur B_____, spécialiste FMH en médecine interne, maladies rhumatismales, a attesté que Madame A_____, qu'il suivait depuis novembre 2017, présentait une importante boiterie avec décompensation de la région-pelvienne. Il n'existait toutefois pas de trouble dégénératif ni des sacro-iliaques ni des coxofémorales. Malgré des séances régulières de physiothérapie, la patiente présentait des limitations fonctionnelles dans les activités de la vie quotidienne. Un séjour de réhabilitation thermale en stationnaire lui permettrait de sortir de cette ornière douloureuse et améliorerait grandement son périmètre de marche.

A une date indéterminée, la caisse lui a répondu par la négative (cf. mémoire de recours du 18 mai 2020, p. 6).

3. Le 29 juillet 2019, le Dr B_____ a réitéré sa demande de prise en charge pour une réadaptation stationnaire en faveur de sa patiente, auprès de la Clinique de Loèche-les-Bains.

Depuis quelques mois, la patiente poursuivait ses traitements de physiothérapie centrés sur le psoa et les chaînes musculaires dans le contexte de la décompensation progressive en lien avec les séquelles sévères de la poliomyélite aux membres inférieurs. Ses activités quotidiennes étaient de plus en plus limitées avec des chutes sur lâchage du membre inférieur droit, la plus sévère remontant à décembre 2018, avec fracture du plateau tibial externe du genou gauche. Dans ce contexte, les réhabilitations stationnaires effectuées par le passé avaient permis de diminuer de manière spectaculaire les symptômes douloureux et la consommation des antalgiques et permettaient de limiter et de prévenir les chutes.

4. Par courrier du 8 août 2019, l'assureur a refusé la prise en charge requise, estimant qu'un traitement ambulatoire devrait permettre à la patiente de recevoir des soins adaptés.

5. Par courriel du 5 septembre 2019, Monsieur H_____, époux de l'assurée, a demandé à l'assureur de rendre une décision motivée.

6. Dans un formulaire d'admission et demande de garantie pour prise en charge stationnaire en réadaptation musculo-squelettique, du 9 septembre 2019, le Dr B_____ a attesté que sa patiente nécessitait une telle mesure, dès que possible, pour un séjour de 21 jours, en vue d'une rééducation lombo-pelvienne des membres inférieurs, respectivement de recompensation des chaînes musculaires. Les objectifs thérapeutiques n'étaient pas atteignables sous forme

ambulatoire et il existait un risque de rechute, si bien qu'une hospitalisation était nécessaire.

A côté de la signature du médecin demandeur, le formulaire porte la mention « merci de remplir le verso ». Ce document, intitulé « validation des critères d'admission », n'a pas été fourni/rempli.

7. Le 16 septembre 2019, le Dr B_____ a précisé que, depuis son courrier du 23 octobre 2018, l'état de sa patiente s'était franchement dégradé, comme en témoignaient plusieurs chutes depuis décembre 2018, date à laquelle on avait assisté à une décompensation sévère de ses membres inférieurs. Malgré des séances régulières de physiothérapie, la patiente ne pouvait plus se passer d'une canne anglaise et il était à craindre qu'elle dût bientôt utiliser une chaise roulante. Un séjour de réhabilitation thermale en stationnaire lui donnerait encore une chance de sortir de cette ornière.

8. Par entretien téléphonique du 24 septembre 2019, le docteur D_____, spécialiste FMH en médecine générale, médecin-conseil de la caisse, a indiqué au Dr B_____ que l'assurance avait accepté de prendre charge un séjour de trois semaines selon le mode semi-stationnaire. Il s'agissait pour la patiente de séjourner à la clinique en assumant financièrement ses frais d'hébergement tout en bénéficiant des traitements quotidiens qui seraient pris en charge par le Groupe Mutuel (dont fait partie AVENIR ASSURANCE MALADIE SA). Selon une notice d'entretien établie le même jour par le médecin-conseil, le Dr B_____ a admis que cette solution conviendrait à sa patiente qui était indépendante dans ses activités de la vie quotidienne à ce moment-là.

9. Par décision du 3 octobre 2019, la caisse a maintenu son refus d'une prise en charge d'une réadaptation en stationnaire, mais a accepté de prendre en charge un traitement semi-hospitalier. Lors de l'entretien téléphonique du 24 septembre 2019, son médecin-conseil et le Dr B_____ avaient « décidé conjointement qu'un traitement stationnaire n'était pas indiqué médicalement » ; ces derniers avaient convenu qu'une cure balnéaire devrait répondre aux besoins de l'assurée et lui permettre de bénéficier des soins adéquats.

Dans sa décision, la caisse a également enlevé l'effet suspensif lié à une éventuelle opposition.

10. Par courrier séparé du même jour, l'assureur a confirmé qu'il prendrait en charge une cure de 21 jours à la station thermale de Loèche-les-Bains, dont les frais de médecin, de physiothérapie et de balnéothérapie.

Cette cure s'est déroulée du 11 au 30 novembre 2019 à Saillon.

11. Par courrier du 1er novembre 2019, l'assurée, par l'entremise de son précédent mandataire, a formé opposition contre cette décision.

Selon son médecin-traitant, l'affection dont elle souffrait nécessitait une réadaptation en milieu stationnaire et une simple cure balnéaire ne suffisait pas.

12. Dans le formulaire d'admission et demande de garantie pour prise en charge stationnaire en réadaptation musculo-squelettique, du 26 novembre 2019, le docteur E_____, spécialiste en neurologie FMH qui suit l'intéressée depuis 2014, a diagnostiqué une claudication à la marche sur canal lombaire étroit et une fracture du plateau tibial en décembre 2018. Au titre d'objectifs thérapeutiques, il a prescrit un « programme de rééducation intensif + piscine ». Une hospitalisation était nécessaire, compte tenu d'un risque de chute.

Dans le document figurant au verso (« validation des critères d'admission », ce praticien a attesté que la patiente présentait des déficits fonctionnels et rhumatologiques importants et un diabète type B. La patiente était capable physiquement et psychiquement de faire les efforts suffisants pour participer à un programme de thérapie pluridisciplinaire ciblé. Il existait un risque de passage à la chronicité. Il était impossible d'assurer en ambulatoire une intensité et une pluridisciplinarité suffisante du traitement.

13. Par courrier du 27 novembre 2019, le Dr E_____ a précisé que la patiente présentait une perte musculaire importante et des troubles de l'équilibre dans ce contexte, qui étaient aggravés par un diabète de type II sous-jacent. Les précédentes réhabilitations stationnaires avaient permis une diminution spectaculaire des douleurs (et une diminution de) la consommation de nombreux antalgiques dont des antidépresseurs qui lui avaient fait prendre significativement du poids et avaient entravé sa mobilité. Une cure stationnaire était nécessaire, avec une prise en charge globale et multimodale qui semblait impossible à assurer en ambulatoire chez une patiente se déplaçant difficilement. Il s'agissait de faire un travail intensif avec renforcement musculaire et travail de l'équilibre pour une prévention de rechute.

14. Par courriel du 28 novembre 2019, l'époux de l'assurée a signalé à l'assurance que « maintenant ma femme handicapée est en chaise roulante encore UNE fois !! Donc urgent pour éviter une opération des discs ! Jan 2019 casse de genou 3 mois en chaise roulant et après déambulateur ! » (sic).

15. Par courrier du 3 décembre 2019, l'assurée a complété son opposition.

16. Par avis du 24 mars 2020, le médecin-conseil a estimé qu'un traitement sous forme semi-hospitalière permettait une efficacité identique à une forme hospitalière, mais à des conditions économiques plus avantageuses pour l'assurance, l'assurée prenant en charge ses frais de pension et d'hébergement. Cette prise en charge paraissait adéquate, compte tenu en particulier de l'absence de facture de soins à domicile et d'éléments attestant une aggravation de la mobilité de l'assurée.

17. Le 27 mars 2020, Madame A_____ a informé la caisse qu'elle présentait des douleurs plus intenses et se trouvait désormais en chaise roulante.

18. Par décision du 15 avril 2020, reçue le 16 avril suivant, l'assureur a rejeté l'opposition, maintenu son refus d'une prise en charge d'une réhabilitation en

milieu stationnaire et confirmé qu'il prendrait uniquement en charge les frais d'un traitement semi-hospitalier (soit une réadaptation ambulatoire sous forme d'une cure balnéaire), les coûts de logement et de pension demeurant à la charge de l'assurée.

Il ressortait du dossier que l'atteinte à la santé dont l'assurée souffrait depuis l'enfance nécessitait un suivi régulier et des exercices de renforcement musculaire quotidiens, afin d'éviter une aggravation de ses douleurs, respectivement une diminution de sa mobilité.

Entre 2012 et 2015, l'assurée avait bénéficié annuellement d'un séjour en réadaptation stationnaire à la clinique de Loèche-les-Bains. Dès 2016, le service médical de l'assureur avait refusé la poursuite d'une telle prise en charge, préconisant un traitement semi-hospitalier. Selon le Dr D_____, le dossier ne permettait pas de retenir une aggravation de son état de santé, singulièrement de sa mobilité. Dans son rapport du 13 novembre 2019, le Dr E_____ avait repris les mêmes renseignements que ceux contenus dans son rapport du 27 novembre 2017, excepté la mention d'une fracture du plateau tibial survenue en décembre 2018. L'assurée n'avait toutefois pas consulté le Dr E_____ à la suite de cette fracture. Si ce praticien affirmait que les précédentes réhabilitations stationnaires avaient permis une diminution spectaculaire des douleurs et de la consommation d'antalgiques et d'antidépresseurs, les traitements médicamenteux prescrits avant et après ces séjours étaient restés stables. La seule prescription de Dafalgan 1000 mg, soit un emballage de 100 comprimés tous les trois ou quatre mois, d'Arnica et de patchs anti-inflammatoires permettait d'en déduire que l'assurée ne consommait pas d'analgésique majeur ni d'antidépresseur. Suite à sa fracture tibiale, sa consommation d'analgésiques n'avait pas augmenté de manière significative. Le diabète de type II évoqué par le Dr E_____ n'avait pas nécessité un suivi spécialisé ni aucune prescription, ce qui ne permettait pas d'étayer une « aggravation de la mobilité » de l'assurée. Le Dr B_____, qui assurait régulièrement le suivi rhumatologique de l'assurée depuis 2018 (recte : novembre 2017, selon un courrier du Dr B_____ du 23 octobre 2018, pièce 6, recourante), avait admis lors de son entretien téléphonique du 24 septembre 2019 avec son médecin-conseil, qu'un traitement semi-hospitalier était « parfaitement adapté » à la pathologie de l'intéressée. Depuis lors, le Dr B_____ n'avait plus fait de demande de séjour en milieu stationnaire.

19. Le 18 mai 2020, l'assurée a recouru contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil actuel, auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans), concluant à la prise en charge d'une réadaptation stationnaire pour l'année 2019, ainsi que pour l'année courante et « celles à venir, (…) ayant besoin de ce traitement au moins une fois par an comme c'est le cas depuis au moins 2012 ».

En substance, elle a fait valoir que les avis concordants de ses médecins traitants, qui la suivaient depuis plusieurs années, devaient prévaloir sur l'avis contraire du

médecin-conseil de l'intimée, ce d'autant que cette dernière admettait elle-même que son état de santé nécessitait des exercices de renforcement musculaire quotidiens afin d'éviter une aggravation de ses douleurs. Entre 2016 et 2018, elle avait tenté en vain d'expliquer à l'intimée qu'il était nécessaire de revenir au traitement stationnaire comme entre 2012 et 2015. Compte tenu de « l'aggravation de sa mobilité » en 2018, elle n'avait finalement pas eu d'autre choix que de recourir contre le dernier refus. Une diminution de ses douleurs après le traitement en milieu stationnaire avait bien entraîné « la diminution médicamenteuse ». Après un tel traitement, elle était davantage indépendante et pouvait effectuer certains déplacements sans aide, par exemple se rendre à la plage et entrer dans l'eau sans soutien. Les seules séances de physiothérapie étaient insuffisantes.

20. Dans sa réponse du 31 août 2020, l'intimée a conclu au rejet du recours et à la confirmation de sa décision sur opposition du 15 avril 2020.

Tout en reprenant en substance son argumentation précédente, elle a ajouté avoir pris en charge des séances de physiothérapie complexe deux fois par jour ambulatoirement au Centre médical des Bains de Saillon en 2018. Aucune facture de soins à domicile ne lui était parvenue. Suite à son refus de prise en charge de réadaptation locomotrice en mode stationnaire, elle avait pris en charge des cures ambulatoires de physiothérapie et de balnéothérapie à Saillon.

21. La recourante a répliqué le 28 octobre 2020.

Tant le Dr B_____ que le médecin-conseil étaient d'avis que des soins continus sur place étaient médicalement indiqués. La seule différence entre un traitement semi-stationnaire et stationnaire serait que la patiente devrait assumer financièrement ses frais d'hébergement. On ne voyait ainsi pas pourquoi il appartiendrait à l'assurée d'en assumer le coût. S'il avait validé des traitements stationnaires entre 2012 et 2015, l'assurée devrait logiquement en faire de même pour 2019 sachant que la situation s'était aggravée. A suivre le raisonnement de l'assureur, on pourrait, à chaque fois qu'un séjour en stationnaire était médicalement indiqué, soutenir que le même but pourrait être atteint par un séjour semi-stationnaire avec frais d'hébergement à charge de l'assurée, ce qui n'était pas le sens de la loi. Le principe d'économicité n'obligeait pas d'opter pour la mesure thérapeutique la moins chère au détriment de l'assurée, « dans sa santé comme dans son portemonnaie ».

Contrairement à ce qu'avait retenu l'intimée, elle avait vu le Dr E_____ deux fois en 2019 et non pas uniquement dans le cadre de sa demande de prise en charge, comme cela résultait d'un certificat médical du 27 octobre 2020.

Dans un courrier du 20 mai 2020, répondant à un questionnaire du conseil de la recourante, le Dr B_____ a en particulier attesté que sa patiente présentait une faiblesse du membre inférieur gauche post-poliomyélite datant de l'enfance qui entraînait une décompensation du membre inférieur droit avec en particulier un syndrome du muscle pyramidal récidivant et hyperalgique. Les troubles du rachis

étaient en partie améliorés par les séances de physiothérapie de type postural en cours. Depuis 2018, elle présentait une aggravation de ses troubles fonctionnels intéressant la mobilité qui se dégradait progressivement en lien avec les troubles musculaires du membre inférieur gauche. Une réadaptation à la Clinique de Loèche-les-Bains serait beaucoup plus efficace en stationnaire, permettant plusieurs soins par jour coordonnés. Cette prise en charge globale et multimodale n'était pas possible en ambulatoire. Lors de son entretien téléphonique du 24 septembre 2019 avec le Dr D_____, il avait admis qu'en raison du refus de prise en charge en stationnaire, il valait mieux faire un compromis pour un traitement en ambulatoire à Loèche-les-Bains durant deux à trois semaines.

22. Par courrier spontané du 13 janvier 2021, la recourante a informé la chambre de céans que, par courrier (non daté), l'intimée avait accepté, après opposition, la prise en charge en stationnaire de son traitement en réadaptation musculo-squelettique pour l'année 2020 (soit un séjour hospitalier de 21 jours dès le 6 décembre 2020), selon le formulaire d'admission et de demande de garantie du 19 novembre 2020 et son verso (« validation des critères d'admission »), signés par le Dr B_____. Une telle prise en charge avait déjà été admise entre 2012 et 2015. Si l'intimée reconnaissait ainsi que son état de santé justifiait une telle prise en charge pour l'année 2020, tel devait être également le cas pour l'année 2019, les besoins thérapeutiques étant restés les mêmes, « ce d'autant plus depuis l'aggravation de son état en 2018 ».

Il ressort de ces documents que la patiente présentait une décompensation des acquis moteurs post poliomyélite sévère. Elle souffrait d'une parésie du membre inférieur gauche avec dégradation progressive de la fonction quadricipitale à droite qui entraînait « bien sûr » une sensation d'instabilité et des chutes par moment. Il existait un risque de chute, un trouble de l'équilibre et les soins à domicile étaient impossibles. Une réadaptation ambulatoire était impossible en raison d'une mobilité insuffisante. Il était impossible d'assurer en ambulatoire une intensité et une pluridisciplinarité du traitement. La réadaptation ambulatoire était inefficace. La nécessité d'hospitalisation était avérée.

23. Par courrier du 17 février 2021, l'intimée a exposé que l'assurée avait déposé deux nouvelles demandes de prise en charge de réadaptation stationnaire les 29 juin et 19 novembre 2020. Cette prise en charge stationnaire acceptée en 2020 ne constituait toutefois pas un motif d'admission du recours, lequel portait sur une demande de prise en charge déposée en 2019, refusée par décision sur opposition du 15 avril 2020. Ses besoins thérapeutiques n'étaient pas les mêmes entre 2019 et 2020. En 2019, les éléments médicaux au dossier ne permettaient pas de mettre en évidence une réduction de la mobilité de l'assurée ni une péjoration de son état de santé, contrairement à la demande de 2020.

Dans un avis du 12 février 2021, son médecin-conseil (docteur F_____), procédant à une revue des factures reçues entre novembre 2018 et fin avril 2019, n'avait pas retrouvé la notion de moyens auxiliaires ; il n'y avait pas eu

d'hospitalisation ; au niveau pharmacologique, il avait été constaté une prolongation du traitement habituel d'antalgie et pour le cœur ainsi qu'une attelle pour le genou. Il ne figurait ainsi aucune indication quant à la nécessité d'une hospitalisation, à l'utilisation de moyens auxiliaires, à un risque de passage à la chronicité ; au fait que l'activité et l'effort ne seraient possibles que sous la surveillance de médecins, de thérapeutes ou du personnel infirmier ; à une impossibilité d'une réadaptation ambulatoire ; à l'inefficacité avérée d'une réadaptation ambulatoire ; aux besoins thérapeutiques et à la pathologie ou des déficits nécessitant une thérapie modale différenciée et du personnel infirmier. A l'issue de l'entretien téléphonique entre le médecin-conseil et le Dr B_____ le 24 septembre 2019, il avait été convenu qu'une cure pouvait permettre de répondre aux besoins de l'assurée et aux objectifs fixés.

En revanche, la demande du 19 novembre 2020 précisait, au niveau du diagnostic, une dégradation progressive de la fonction quadricipitale à droite qui entraînait une sensation d'instabilité et des chutes par moment. La demande mentionnait clairement la nécessité d'hospitalisation avérée, si bien qu'une cure n'était pas adaptée, ainsi que l'utilisation d'un déambulateur et d'une chaise roulante. Elle précisait également une décompensation des acquis moteurs en lien avec la poliomyélite sévère. Le Dr B_____ avait coché les cases ad hoc concernant la nécessité d'un traitement hospitalier.

Ces éléments, nouveaux, permettaient de comprendre une dégradation importante de l'état de santé, de la mobilité et de l'autonomie de l'assurée.

L'assurance avait réglé une facture de logement de CHF 800.- à hauteur de CHF 400.- pour une cure thermale du 10 novembre au 1er décembre 2019, ainsi que tous les autres frais, aux titres de la LAMal et de l'assurance complémentaire des soins, soit un total de CHF 3'413.20 (cf. décomptes de prestations 2019 des 9 janvier et 8 mai 2020). De ce point de vue, le recours devait être déclaré sans objet.

Dans son avis du 12 février 2021, le Dr F_____ avait conclu qu'en 2019, il n'existait pas de « notion d'aggravation subite de la situation mais plutôt progressive ». Le rapport médical du 19 novembre 2020 indiquait que le but de la réadaptation était décrit comme un besoin de ralentir la dégradation. On pouvait donc en déduire qu'il y avait eu une évolution non favorable de la pathologie depuis (la demande du) mois de juin. En outre, la patiente avait consulté le 18 novembre 2020, le docteur G_____, spécialiste en chirurgie orthopédique, qui « valide la dégradation progressive de la fonction quadricipitale à D qui se manifeste par une difficulté à verrouiller son genou qui entraîne une sensation d'instabilité et de chutes par moment. Il écrit que la vitesse de cette dégradation progressive est ralentie par les efforts de balnéothérapie, physiothérapie en piscine et un cortège d'autres mesures adjuvantes qui lui font du bien. Depuis la pandémie, elle a moins pu prendre soin d'elle et la dégradation se fait d'autant

plus ressentir. Il soutient de façon inconditionnelle un séjour en réadaptation stationnaire ». (Ndr : cet écrit du Dr G_____ ne figure pas au dossier).

24. Dans ses observations du 12 mai 2021, la recourante a indiqué qu'elle conservait un intérêt à recourir dans la mesure où le solde de « plusieurs centaines de francs » au titre de l'hébergement restait à sa charge, sans compter les frais de nourriture pendant la durée du séjour.

Les besoins thérapeutiques justifiant un séjour en stationnaire existaient déjà en 2019 puisque « l'aggravation essentielle » remontait à l'année 2018. Le médecin-conseil n'avait pas tenu compte des attestations du Dr E_____ des 26 et 27 novembre 2019, ni de la deuxième partie du rapport du Dr B_____ du 9 septembre 2019.

Dans son attestation du 13 (recte : 16) septembre 2019, le Dr B_____ avait déjà mentionné que l'assurée avait besoin de moyens auxiliaires, car elle ne pouvait se passer d'une canne anglaise et qu'il était à craindre qu'elle dût utiliser bientôt une chaise roulante. Dans le formulaire du 26 novembre 2019, le Dr E_____ avait coché la case indiquant l'existence d'un risque de passage à la chronicité/à l'invalidité. Les rapports médicaux versés en 2019 attestaient d'un risque de chute dès 2019, soit une indication laissant penser que l'activité et les efforts n'étaient pas possibles sans la surveillance de médecin, de thérapeutes ou de personnel infirmier.

En résumé, c'était uniquement un problème d'instruction et d'appréciation mal opérée d'une situation identique qui avait conduit l'intimée à refuser sa prise en charge stationnaire pour 2019. A l'inverse, c'était suite à ses demandes de précisions que l'intimée avait finalement admis une prise en charge stationnaire pour 2020.

La recourante a encore produit, à la demande de la chambre de céans, le verso du formulaire d'admission et demande de garantie du 9 septembre 2019, soit le formulaire « validation des critères d'admission », expliquant que ce document n'avait « apparemment pas été complété ». Elle a également joint un courrier du 3 mai 2021, dans lequel le Dr B_____ a attesté que l'état clinique de sa patiente montrait déjà des signes de décompensation de ses chaînes musculaires en 2019 avec un risque de passage à la chronicité et une décompensation des acquis moteur en lien avec sa pathologie de poliomyélite sévère ; la réadaptation n'était pas suffisamment efficace en ambulatoire en 2019 ; elle avait déjà recours à des cannes en 2019 et la demande pour un rollator à quatre roues et d'une chaise roulante avait été déposée en décembre 2020 ; en 2019, son activité et ses efforts en cure n'étaient possibles que sous la surveillance de médecins, de thérapeutes et du personnel infirmier ; sa situation médicale en 2020 était superposable à celle de 2019.

25. L'intimée a répliqué le 27 août 2021.

Elle avait payé l'intégralité des frais de séjour au complexe hôtelier des Bains de Saillon, soit CHF 800.-.

Dans son courrier du 29 juillet 2019, le Dr B_____ parlait uniquement d'une décompensation progressive, et non sérieuse. Il évoquait une compensation des séquelles de polio sans autres précisions. Le verso du formulaire du 9 septembre 2019 relatif aux critères d'admission, ne comportait aucune coche. Le praticien n'avait pas mentionné de récidive de chute après celle survenue en décembre 2018, ni une évolution défavorable à partir de 2018. Le Dr E_____ ne l'avait pas non plus évoquée.

On pouvait se demander pourquoi avoir attendu un an et deux mois pour demander un rollator et une chaise anglaise roulante s'il s'agissait d'une « progression sévère de la mobilité ». Si une réadaptation sous forme stationnaire était nécessaire, on ne comprenait pas pourquoi le médecin traitant avait consenti, lors de son entretien téléphonique du 24 septembre 2019, à une réadaptation sous forme ambulatoire. On ne pouvait reprocher à l'assureur des manquements imputables aux médecins de la recourante qui n'avaient pas dûment rempli des formulaires d'admission sur la base desquels le médecin-conseil de l'assurance maladie devait répondre dans les 48 heures (Ndr : faute de quoi, la demande est réputée acceptée, selon la mention figurant en bas de page du formulaire).

Les besoins thérapeutiques n'étaient pas les mêmes en 2019 et 2020 étant également entendu que l'on parlait d'une maladie évolutive.

La recourante avait bénéficié d'une cure thermale en 2019 et ses frais de séjour et les soins dispensés avaient été pris en charge par la LAMal. Il serait dès lors contraire aux principes de cette loi d'allouer, en sus, le forfait prévu en cas de réadaptation stationnaire.

26. La recourante a répliqué le 29 septembre 2021.

La facture de CHF 800.- n'avait été réglée qu'à hauteur de CHF 400.-. Elle devait être prise en charge intégralement au titre de traitement stationnaire et non pas dans les limites de l'OPAS, applicable aux cures balnéaires. Elle avait un intérêt à faire constater qu'en 2019, elle avait bien droit à la prise en charge du séjour stationnaire, sachant que cette question se pose d'année en année pour elle, qui s'était déjà vu opposer plusieurs refus.

Certes, le Dr B_____ avait omis de remplir le verso du formulaire d'admission du 9 septembre 2019, - ce qu'elle ignorait jusqu'alors -, cela n'était toutefois pas décisif vu les autres documents médicaux au dossier, dont la caisse avait dénié à tort la valeur probante. En tout état, il eût appartenu à cette dernière d'interpeller d'office son médecin traitant.

Elle conservait un intérêt à recourir dès lors qu'elle n'avait pas encore pu bénéficier du forfait prévu en cas de réadaptation stationnaire pour couvrir le solde de ses frais de logement et de nourriture.

27. Dans ses observations du 29 novembre 2021, l'intimée a maintenu que les frais de logement de CHF 800.- pour son séjour balnéaire du 10 novembre au 1er décembre 2019 avait été couverts, dès lors qu'elle avait réglé CHF 400.- à la recourante et CHF 400.- à son époux, conformément aux décomptes de prestations 2019 produits. Si la recourante avait bénéficié d'une réadaptation stationnaire, elle se serait vu facturer, selon la LAMal, une contribution aux frais de séjour de CHF 15.- par jour, sur un séjour de 24 jours, soit un montant total de CHF 360.-. L'intérêt à faire constater son droit à une prise en charge stationnaire n'était pas pertinent, car chaque nouvelle demande faisait l'objet d'un nouvel examen, indépendamment des autorisations déjà accordées.

28. Dans ses observations du 9 février 2022, la recourante a conclu à la confirmation des conclusions prises dans son recours du 18 mai 2020, « soit principalement à ce qu'il soit constaté que pour l'année 2019, elle a droit à un traitement stationnaire pris en charge par l'intimée », cette question se posant d'année en année, alors qu'elle avait déjà essuyé plusieurs refus à tort.

Elle a en outre a admis que son époux avait également reçu CHF 400.- pour ses frais de logement. Elle a toutefois contesté que la police de son époux dût pallier l'absence de prise en charge de coûts d'hébergement en stationnaire. De plus cette prise en charge devait l'être au titre de la seule LAMal et non également de la LCA. Quand bien même une contribution aux frais de repas pourrait être réclamée pendant son séjour, elle avait droit à ce qu'au moins une partie de ceux-ci fût prise en charge. Au demeurant, si les frais de repas effectifs pendant son séjour en 2019 s'avéraient inférieurs à ceux que devait prendre en charge l'assureur lors d'un traitement stationnaire, l'intimée devrait alors « opérer un remboursement en sa faveur ».

29. Dans ses observations du 28 mars 2022, la caisse a fait valoir que la recourante ne parvenait nullement à démontrer qu'elle aurait droit à des frais d'hébergement supérieurs à ceux déjà accordés. Chaque nouvelle demande faisait l'objet d'un nouvel examen, indépendamment des autorisations déjà accordées.

30. Sur quoi la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 4 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56ss LPGA ; art. 63 al. 1 let. a LPA et de l'ordonnance sur la suspension des délais dans les procédures civiles et administratives pour assurer le maintien de la justice en lien avec le Coronavirus [COVID-19] du 20 mars 2020), le recours est recevable.

3. A titre liminaire, il sied de relever que, dans son recours, la recourante a initialement conclu à la prise en charge d'une réadaptation stationnaire pour l'année 2019, ainsi que pour les années 2020, 2021 et de « celles à venir ». Dans ses conclusions finales du 22 février 2022, la recourante a uniquement conclu à ce qu'il « soit principalement constaté que, pour l'année 2019, elle a droit à un traitement stationnaire pris en charge par l'intimée ». Force est ainsi de constater que la recourante a réduit l'objet du litige à cette seule question.

4. L'action en constatation peut être intentée pour faire constater l'existence ou l'inexistence d'un droit ou d'un rapport de droit, à condition que le demandeur justifie d'un intérêt digne de protection à la constatation immédiate de la situation de droit. Il n'est pas nécessaire que cet intérêt soit de nature juridique. Il peut s'agir d'un pur intérêt de fait. La condition est remplie notamment lorsque les relations juridiques entre les parties sont incertaines et que cette incertitude peut être levée par la constatation judiciaire. N'importe quelle incertitude ne suffit pas ; encore faut-il que l'on ne puisse pas exiger de la partie demanderesse qu'elle tolère plus longtemps le maintien de cette incertitude, parce que celle-ci l'entrave dans sa liberté de décision (art. 88 et art. 59 al. 2 let. a CPC ; ATF 141 III 68 consid. 2.2 et 2.3). En outre, un litige doit en principe être soumis au juge dans son ensemble ; le demandeur ne peut pas poser une question juridique isolée par la voie d'une action en constatation, comme s'il sollicitait un avis de droit (ATF 135 III 378 consid. 2.2 i.f.).

En principe, l'objet d'une demande en justice ne peut porter que sur des questions juridiques actuelles dont les conséquences touchent concrètement le justiciable. Il est cependant admis qu'une autorité puisse rendre une décision en constatation si le requérant a un intérêt digne de protection à la constatation immédiate d'un rapport de droit litigieux (art. 49 al. 2 LPGA ; voir également l'art. 25 al. 2 PA en corrélation avec l'art. 5 al. 1 let. b PA). Selon la jurisprudence, un tel intérêt n'existe que lorsque le requérant a un intérêt actuel, de droit ou de fait, à la constatation immédiate d'un droit, sans que s'y opposent de notables intérêts publics ou privés, et à condition que cet intérêt digne de protection ne puisse pas être préservé au moyen d'une décision formatrice, c'est-à-dire constitutive de droits et d'obligations (ATF 142 V 2 consid. 1.1).

5. En l'occurrence, les échanges d'écritures postérieurs au dépôt du recours (not. la réplique de l'intimée du 27 août 2021) ont révélé que, conformément à la décision de la caisse du 3 octobre 2019, immédiatement exécutoire au vu du retrait de l'effet suspensif attaché à l'opposition, la recourante a finalement bénéficié d'une cure balnéaire de 21 jours, du 10 au 30 novembre 2019, au Centre médical des

Bains de Saillon. La caisse a, en outre, pris en charge l'intégralité des frais de logement correspondants.

5.1 Partant, et dans la mesure où elle a pu bénéficier d'une prise en charge médicale adéquate dans le cadre de cette cure balnéaire (cf. ci-dessous consid. 5c), force est de constater que la recourante ne dispose pas d'un intérêt digne de protection à faire constater qu'elle aurait dû bénéficier d'un traitement stationnaire en 2019, dans le cadre duquel ses frais d'hébergement auraient en principe été intégralement pris en charge par l'assureur. Peu importe à cet égard les modalités du remboursement en cause, du moment que l'intéressée n'a, en définitive, subi aucun préjudice.

5.2 Il en va de même de la conclusion de la recourante tendant à faire constater qu'elle a droit à la prise en charge d'une réadaptation stationnaire également pour les années « à venir » (ie : postérieures à l'année 2019), et cela « au moins une fois par an comme c'est le cas depuis au moins 2012 ». Outre que l'assurée a déjà pu bénéficier d'une telle mesure pour l'année 2020, le fait que la caisse ait pris en charge les frais d'un traitement identique par le passé n'est pas décisif, dès lors que la prise en charge des prestations médicales ne saurait être décidée une fois pour toute, mais réexaminée à chaque nouvelle demande (comp. arrêt du Tribunal fédéral K 19/05 du 24 mai 2006 consid. 2). Autrement dit, il sera toujours loisible à la recourante de faire valoir ses droits dans le cadre d'un éventuel recours en cas de refus de l'assureur de prendre en charge un séjour de réadaptation en milieu stationnaire dans « les années à venir ».

5.3 La conclusion de la recourante visant à la prise en charge de ses frais de repas durant la cure balnéaire précitée est également irrecevable, faute d'être dûment chiffrée (art. 59 et 84 al. 2 du Code de procédure civile suisse du 19 décembre 2008 – CPC - RS 272). Cette règle n'est certes pas absolue et l'art. 85 CPC prévoit que le demandeur peut ne pas prendre de conclusions chiffrées lorsqu'il lui est impossible d'articuler d'entrée de cause le montant de ses prétentions, parce que, par exemple, les informations lui permettant de l'articuler sont en mains du défendeur ou d'un tiers ou qu'il serait déraisonnable de le lui demander, notamment en raison d'investigations lourdes et coûteuses ou lorsque le dommage n'est pas clairement connu (François BOHNET, Code de procédure civile commenté, 2011n. 6, 7 et 13 ad art. 85 CPC). Néanmoins, dans ce cas, le demandeur doit tout de même tenter de chiffrer ses prétentions, puisqu'il doit indiquer une valeur litigieuse minimale, conformément à l'art. 85 al. 1 in fine CPC (BOHNET, op. cit., n. 18 ad art. 85 CPC ; David HOFFMANN/Christian LÜSCHER, Le Code de procédure civile, 2015, p. 60). La recourante, assistée d'un avocat, n'a fourni aucune indication dans ce sens tout au long de la procédure et il n'appartient pas, dans ces circonstances, à la chambre de céans de l'interpeller afin d'y remédier.

5.4 Au demeurant, la conclusion tendant à vérifier si les exigences légales en matière de réadaptation stationnaire ont été respectées, aux seules fins de réclamer

le remboursement de frais de repas encourus dans le cadre de la cure balnéaire précitée, s'avère irrecevable, dès lors qu'elle est subsidiaire à une action en paiement des frais en question.

5.5 Supposée recevable, cette conclusion aurait, en tout état, dû être écartée pour les motifs suivants.

Il est constant que le propre rhumatologue traitant de la recourante a finalement, lors de son entretien téléphonique du 24 septembre 2019 avec le médecin-conseil, donné son approbation à une réadaptation musculosquelettique ambulatoire sous la forme d'une cure balnéaire en vertu de l'art. 25 al. 2 let. c LAMal, estimant, - à tout le moins implicitement, faute de quoi celui-ci n'aurait pas manqué de s'y opposer -, que les douleurs ou limitations d'autonomie présentées alors par sa patiente lui permettaient (encore) d'entreprendre ladite cure avec succès (cf. courrier du Dr B_____ du 20 mai 2020). Dans sa réplique du 28 octobre 2020, la recourante a d'ailleurs elle-même fait valoir que le Dr B_____ avait admis avec le médecin-conseil que des soins continus dans le cadre de la cure balnéaire (ou traitement semi-stationnaire) envisagée étaient médicalement indiqués et que, dans ces circonstances, seule restait litigieuse la question des frais d'hébergement (et de nourriture). C'est le lieu de rappeler que ce type de cure, à l'instar d'une prise en charge stationnaire, comporte aussi des formes de thérapies actives telles que la physiothérapie, l'ergothérapie et la thérapie médicale d'entraînement (https://www.hirslanden.ch/fr/corporate/traitements/readaptation-musculosquelettique.html). Au demeurant, le dossier ne contient aucun élément permettant de conclure que les objectifs thérapeutiques n'auraient alors pas été atteignables sous forme ambulatoire ; il n'apparaît pas non plus qu'une telle mesure eût paru, d'emblée, inefficace en termes de bénéfice thérapeutique.

Or, contrairement à ce que semble admettre la recourante, l'examen du caractère économique d'une prestation médicale exige une comparaison des coûts des alternatives de traitement possibles présentant un bénéfice médical à peu près équivalent. Si une variante de traitement permet – comme en l'espèce - d'atteindre l'objectif thérapeutique à un coût (nettement) inférieur, il n'existe aucun droit à la prise en charge du traitement plus onéreux (arrêt du Tribunal fédéral TF K 142/2003 du 24 juin 2004, consid. 1.2 ; RAMA 1998 n° KV 988 p. 4 s. consid. 3c). Les assureurs-maladie sont ainsi en droit de refuser la prise en charge de mesures thérapeutiques qui auraient pu être remplacées par d'autres, moins onéreuses ; ils y sont d'ailleurs obligés, dès lors qu'ils sont tenus de veiller au respect du principe de l'économie du traitement. Ce principe ne concerne pas uniquement 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 127 V 46. consid. 2b).

6. En sa qualité d'institution chargée d'une tâche de droit public, et au demeurant non représentée, la caisse n'a pas droit à des dépens, sauf en cas de recours téméraire

ou interjeté à la légère par l'assuré (ATF 126 V 143 consid. 4b ; ATAS/1052/2020 du 29 octobre 2020 consid. 12), ce qui n'est pas le cas en l'occurrence.

7. La procédure est gratuite (art. 61 let. g LPGA).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours irrecevable.

2. Dit que la procédure est gratuite.

3. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110), auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	Le président suppléant
Maryline GATTUSO	Jean-Louis BERARDI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le