

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1762/2018

ATAS/973/2019

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 23 octobre 2019**

**4<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée au PETIT-LANCY, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Marc MATHEY-DORET

recourante

contre

HELSANA ASSURANCES SA, sise Droit & Compliance, avenue  
de Provence 15, LAUSANNE

intimée

**Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Dana DORDEA et Christine LUZZATTO, Juges assesseures**

---

### **EN FAIT**

1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), née le \_\_\_\_\_ 1991, est assurée auprès de Helsana Assurances SA (ci-après : l'assurance) pour l'assurance obligatoire des soins.
2. En date du 26 septembre 2016, le docteur B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale, a répondu à un questionnaire de l'assurance relatif au traitement de physiothérapie dispensé entre le 18 avril et le 11 août 2016. Le médecin traitant a retenu les diagnostics de « hernie discale L4-L5/ spondyl-arthrose » et de « cypho-scoliose connue » et indiqué que sa patiente avait bénéficié de différentes thérapies. En raison de l'échec de deux infiltrations, la physiothérapie, à sec et en piscine, ainsi que la prise de morphine et d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (ci-après : AINS) avaient été intensifiées. Les séances de physiothérapie se déroulaient à raison d'une fois par semaine, parfois deux en cas de crise, et l'assurée faisait des exercices de physiothérapie chez elle (école du dos à domicile), environ 30 minutes par jour.
3. Le 13 octobre 2016, la doctoresse C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale et médecin-conseil de l'assurance, a recommandé la prise en charge du traitement de physiothérapie à raison de 36 séances par année civile.
4. Le 17 octobre 2016, l'assurance a informé le Dr B\_\_\_\_\_ qu'elle acceptait la prise en charge des traitements déjà prodigués, ainsi que 36 séances de physiothérapie générale, à sec ou en piscine, jusqu'au 31 octobre 2017.
5. L'assurée s'est opposée à la limitation de la prise en charge, au motif qu'elle souffrait de deux pathologies qui nécessitaient chacune 36 séances, soit un total de 72 séances, afin que son traitement soit bénéfique.
6. Dans un avis du 22 mai 2017, la Dresse C\_\_\_\_\_ a considéré que 36 séances étaient suffisantes pour bénéficier de l'analgésie et d'une amélioration de l'état de santé, au vu du jeune âge de l'assurée et du traitement médicamenteux concomitant. L'assurée pourrait en outre effectuer des exercices sportifs elle-même, comme du fitness ou de l'aquafit.
7. Dans un rapport du 6 juillet 2017, la Dresse C\_\_\_\_\_ a exposé que l'assurée souffrait de lombalgies chroniques, étant précisé que le terme de lombalgie était un symptôme désignant des douleurs en rapport avec la colonne vertébrale. Les structures lombaires atteintes étaient, d'une part, une dessiccation discale sans conflit disco-radiculaire et, d'autre part, des troubles dégénératifs inflammatoires du plateau supérieur de L1. Il s'agissait donc de lombalgies communes où les structures vertébrales atteintes étaient en voisinage immédiat. Cette anatomie ne requérait pas une intensification de la physiothérapie avec une augmentation à 72 séances. En l'état, il n'y avait d'ailleurs « pas de preuve scientifique de la kinésithérapie générale pour soulager, voir guérir les douleurs du dos d'après

l'EBM (Evidence Base Medecine) ». Partant, 36 séances de kinésithérapie étaient suffisantes pour traiter les lombalgies de l'assurée.

8. Par décision du 7 juillet 2017, l'assurance a accepté la prise en charge de 36 séances.
9. Le 13 juillet 2017, l'assurée a formé opposition à cette décision.
10. Le 15 août 2017, l'assurance a répondu à l'assurée que le Dr B\_\_\_\_\_ avait certes posé deux diagnostics, mais qu'il n'avait prescrit des séances de physiothérapie qu'à raison d'une fois par semaine, et deux fois en cas de crise. Il n'avait nullement prescrit ou justifié la nécessité de 72 séances annuelles. L'assurée était donc invitée à retirer son opposition ou à en compléter la motivation.
11. Le 17 août 2017, l'assurée a persisté dans les termes de son opposition et produit un courrier du Dr B\_\_\_\_\_ daté du 18 juillet 2017 indiquant que les deux pathologies dont elle souffrait nécessitaient « 2 x 36 » séances de physiothérapie pour « 2017 », « à diminuer en fonction de l'état de santé en 2019 ».
12. Dans un avis du 24 août 2017, la Dresse C\_\_\_\_\_ a affirmé qu'il ne s'agissait pas de deux pathologies osseuses distinctes, mais de variantes de la norme. S'agissant de la cyphose, le Dr B\_\_\_\_\_ avait fait état d'une « hypercyphose dorsale marquée (50°) créant de hautes dorsalgies ». Cependant, un angle entre 40° et 50°, comme présenté par l'assurée, était tout à fait dans la norme. Quant à l'atteinte lombaire, elle était discrète car le plateau supérieur de la vertèbre L5 ne présentait qu'une dégénérescence de Modic 1. Cette pathologie, bien que légère, pouvait provoquer des dorsalgies et lombalgies, car les vertèbres se chevauchaient et la douleur pouvait irradier vers la colonne thoracale. Cette amplification ne justifiait pas de parler de deux pathologies distinctes et encore moins de revendiquer 72 séances de physiothérapie. 36 séances étaient amplement suffisantes pour améliorer les douleurs de l'assurée.
13. Le 11 septembre 2017, le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin-consultant de l'assurance, a exposé que l'hypercyphose dorsale induisait forcément un trouble statique de la colonne. Cette mauvaise posture obligeait les parties cervicales et lombaires à corriger l'ensemble pour qu'il reste équilibré. Il n'était donc pas surprenant qu'il y ait une surcharge lombaire. Dans ce genre de trouble fonctionnel du rachis, les travaux scientifiques montraient le peu d'effets bénéfiques au long cours de la physiothérapie. L'exercice physique était souvent plus efficace. En conclusion, il confirmait l'avis de la Dresse C\_\_\_\_\_, à savoir qu'il ne s'agissait pas de deux pathologies osseuses et que 36 séances de physiothérapie étaient amplement suffisantes, voire même généreuses. Il a en outre relevé que le Dr B\_\_\_\_\_ n'était pas spécialiste du rachis, mais interniste.
14. Par décision sur opposition du 31 octobre 2017, l'assurance a confirmé sa décision du 7 juillet 2017 et rejeté l'opposition. Cette décision est entrée en force.

15. Dans un rapport du 24 novembre 2017, le docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurochirurgie, a diagnostiqué une lombalgie commune, un probable déséquilibre, des discopathies L4-L5 et L5-S1 avec un discret signal inflammatoire aigu L5 à droite, sans conflit neurologique (selon l'IRM du 28 avril 2017). L'assurée décrivait l'installation et la persistance d'une douleur rachidienne lombaire depuis deux ans et demi, à déclenchement mécanique, avec un épisode à l'époque d'irradiations radiculaires qui ne se manifestaient plus, et l'absence de réponse à un traitement médicamenteux et de physiothérapie jusqu'à présent, bien que ceci permette d'atténuer les symptômes. Elle prenait à la demande du Paracetamol, de l'Ibuprofène et du Mydocalm et faisait régulièrement de la physiothérapie depuis deux ans, avec une limitation à trois cycles par année par l'assurance. Elle faisait également de l'acupuncture qui permettait d'atténuer temporairement les symptômes, du vélo elliptique à domicile et elle promenait régulièrement son chien. L'examen clinique retrouvait un syndrome vertébral important, sans syndrome déficitaire ou irritatif. Les IRM lombaires de 2015 et de 2017 ne montraient pas d'évolution des discopathies L4-L5 et L5-S1, sans conflit neurologique, avec un signal inflammatoire aigu persistant du plateau supérieur de L5 à droite. Il n'y avait pas d'indication chirurgicale et l'état du rachis n'était pas radiologiquement inquiétant. Il fallait poursuivre le traitement de physiothérapie de façon plus intensive que ce que préconisait actuellement l'assurance. Le Dr E\_\_\_\_\_ suggérait que l'assurée soit évaluée dans un service de rhumatologie pour avis et éventuellement intégration à un programme de rééducation intensive.
16. Dans un courrier adressé à l'assurance le 27 novembre 2017, le Dr B\_\_\_\_\_ a sollicité la prise en charge de 72 séances de physiothérapie pour l'assurée en 2018. Il a rappelé les difficultés de sa patiente pour obtenir le remboursement de son traitement de physiothérapie en 2017 et précisé que Pro Infirmis lui avait payé, à titre exceptionnel, 36 séances. Pour l'année 2018, l'avis d'un neurochirurgien avait été requis et ce dernier avait confirmé que la physiothérapie devait être intensifiée.
17. Par courrier du 15 décembre 2017, l'assurance a accordé la prise en charge de 36 séances de physiothérapie pour l'année 2018.
18. Le 19 décembre 2017, l'assurée a requis la prise en charge de 72 séances pour 2018 et, à défaut, la notification d'une décision formelle.
19. Le 9 janvier 2018, l'assurance a rappelé à l'assurée que sa décision sur opposition du 31 octobre 2017 était entrée en force. Il n'y avait dès lors pas lieu de notifier une nouvelle décision sur le même objet, ce d'autant plus que la décision du 7 juillet 2017 ne fixait aucune limite de temps. Pour le surplus, les rapports du Dr E\_\_\_\_\_ du 24 novembre 2017 et du Dr B\_\_\_\_\_ du 27 novembre 2017 avaient été soumis à la Dresse C\_\_\_\_\_, qui maintenait sa position initiale, ces documents n'apportant aucun élément nouveau par rapport à la situation médicale à la fin de l'année 2016.
20. Le 15 janvier 2018, l'assurée a répondu que la première procédure n'avait pour objet que la prise en charge de 36 séances de physiothérapie pour l'année 2017 et

que sa demande pour 2018 reposait sur des éléments nouveaux, soit le rapport du Dr E\_\_\_\_\_.

21. Dans une appréciation du 30 janvier 2018, la Dresse C\_\_\_\_\_ a estimé qu'il n'y avait pas de nouveaux diagnostics par rapport à ceux déjà connus. Le Dr E\_\_\_\_\_ n'avait rien noté de particulier à l'examen clinique. Les IRM de 2015 et 2017 étaient également sans particularité. La Dresse C\_\_\_\_\_ concluait que l'évolution était stable et qu'aucune dégradation de l'état de santé n'était mise en évidence. Elle comprenait mal la raison pour laquelle son collègue recommandait la poursuite de la physiothérapie et même son intensification. Outre une santé stable, le Dr E\_\_\_\_\_ décrivait « une absence de réponse à un traitement médicamenteux et de physiothérapie ».
22. Par décision du 5 février 2018, l'assurance a repris les conclusions de la Dresse C\_\_\_\_\_ et confirmé la prise en charge de 36 séances de physiothérapie pour l'année 2018.
23. Le 1<sup>er</sup> mars 2018, l'assurée a formé opposition contre la décision précitée, contestant toute valeur probante au rapport de la Dresse C\_\_\_\_\_, qui ne l'avait pas examinée personnellement. Sa requête était fondée sur les rapports des Drs B\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_ et elle sollicitait la mise en œuvre d'une expertise contradictoire.
24. Dans un avis manuscrit non daté, le Dr D\_\_\_\_\_ a retenu que la lombalgie commune diagnostiquée par le neurochirurgien consistait en des troubles fonctionnels sans substrat anatomique démontré, les discopathies étant banales et fréquentes. Dans ce contexte, si 36 séances ne suffisaient pas à guérir l'assurée, cela ne voulait pas dire que 72 séances permettraient d'y arriver. Preuve en était que l'assurée était toujours gênée, alors qu'elle avait bénéficié d'autant de séances en 2017. En raison de l'absence de résultat et d'amélioration, le traitement intensif envisagé n'était ni économique, ni approprié.
25. En date du 11 avril 2018, l'assurée a maintenu les termes de son opposition et contesté toute valeur probante aux rapports des médecins-conseils de l'assurance.
26. Par décision sur opposition du 26 avril 2018, l'assurance a confirmé sa décision du 5 février 2018 et rejeté l'opposition de l'assurée. Le rapport du Dr B\_\_\_\_\_ du 27 novembre 2017 ne faisait que renvoyer à celui du Dr E\_\_\_\_\_ et n'apportait aucune justification médicale quant à la nécessité pour l'assurée de bénéficier de 72 séances de physiothérapie pour l'année 2018. Ce document n'avait aucune valeur probante et devait être écarté, ce d'autant plus que Dr B\_\_\_\_\_ n'était pas spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. Quant au Dr E\_\_\_\_\_, il ne faisait état d'aucun nouveau diagnostic. Les pathologies présentées par l'assurée étaient toujours les mêmes, il n'y avait aucune péjoration de son état de santé et les discopathies n'avaient pas évolué. La Dresse C\_\_\_\_\_ avait relevé que les IRM étaient sans particularité et qu'il n'y avait aucun signe d'évolution d'un état maladif dégénératif. Dans ces circonstances, l'avis du Dr E\_\_\_\_\_, selon lequel il convenait

---

de poursuivre le traitement de physiothérapie de façon plus intensive, ne se justifiait nullement. D'ailleurs, ce médecin n'avait pas précisé le nombre de séances qu'il jugeait opportun, ni prescrit une ordonnance pour le suivi de 72 séances. La simple proposition d'une physiothérapie plus intensive pouvait également s'entendre dans le cadre d'une rééducation avec des exercices à domicile. Partant, le rapport du Dr E\_\_\_\_\_ ne pouvait prévaloir et l'emporter sur les avis contraires des Drs C\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_. De surcroît, la législation en vigueur prévoyait que la question de la prise en charge de la prolongation d'un traitement de physiothérapie au-delà de 36 séances se posait généralement après l'accomplissement de ces 36 premières séances. Le médecin traitant devait alors adresser un rapport au médecin-conseil de l'assureur et lui remettre une proposition dûment motivée. Or, la demande de prise en charge de la physiothérapie avait été déposée à la fin de l'année 2017, soit avant la première séance de physiothérapie de 2018. Par ailleurs, le Dr D\_\_\_\_\_ avait considéré que les conditions de l'économicité et de l'adéquation du traitement requis n'étaient pas remplies, au motif que même 72 séances de physiothérapies ne permettaient pas de guérir l'assurée, puisque cette dernière avait bénéficié de 72 séances en 2017 et était toujours gênée. La question de savoir si les atteintes présentées par l'assurée nécessitaient un traitement de physiothérapie à raison de 36 ou 72 séances pour l'année 2018 ne méritait pas d'être tranchée par expertise.

27. Par acte du 24 mai 2018, l'assurée a recouru contre la décision précitée, concluant, sous suite de dépens, préalablement, à l'audition des docteurs F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, et B\_\_\_\_\_ et, au besoin, à ce qu'une expertise soit ordonnée concernant la question de l'efficacité, l'économicité et l'adéquation des traitements de physiothérapie litigieux. Principalement, elle a conclu à l'annulation des décisions des 5 février et 26 avril 2018 et à ce qu'il soit dit qu'elle avait droit à la prise en charge de 72 séances de physiothérapie en 2018. La recourante a maintenu qu'elle souffrait de deux pathologies distinctes et suivait deux séances de physiothérapie par semaine, l'une pour traiter la première atteinte et l'autre pour traiter la seconde. Elle avait ainsi sollicité de l'intimée la prise en charge de deux fois 36 séances. Tous les spécialistes consultés, soit les Drs B\_\_\_\_\_, E\_\_\_\_\_ et F\_\_\_\_\_, avaient attesté de l'efficacité, de l'économicité et de l'adéquation de ces traitements. L'intimée ne tenait pas compte de l'existence de deux pathologies requérant que les soins soient prodigués de manière séparée. L'efficacité et l'économicité d'un traitement ne s'analysaient pas exclusivement en fonction de sa capacité à « guérir » l'assuré, mais également en fonction de sa capacité à éviter une péjoration de l'état de santé et des interventions plus invasives. L'argument de l'intimée qui consistait à nier l'efficacité des traitements au motif que la recourante n'était pas guérie alors qu'elle avait déjà bénéficié de plus de 36 séances n'était pas relevant et contradictoire, puisque l'intimée avait déjà admis la prise en charge des séances requises « au-delà de 36 », reconnaissant ainsi implicitement l'efficacité des traitements.

La recourante a joint un rapport du Dr F\_\_\_\_\_ du 7 mai 2018, dans lequel celui-ci indiquait avoir été consulté par la recourante le 18 avril 2018 en raison de douleurs ostéoarticulaires handicapantes. Elle présentait deux problématiques distinctes, soit des cervico-dorsalgies en relation avec une cyphose dorsale relativement marquée ainsi que des lombalgies chroniques en relation avec des discopathies L4-S1. À l'examen clinique, la cyphose dorsale était marquée avec un enroulement des épaules en avant. Les muscles cervico-scapulaires étaient tendus et douloureux, et la palpation de la colonne dorsale (D5-D9) était sensible, ainsi que les manœuvres de rotation et d'inclinaison de la colonne dorsale. On retrouvait également une sensibilité douloureuse de la charnière lombo-sacrée (L4-S1) avec des douleurs en flexion et extension du tronc, sans limitation. Les appréciations des médecins-conseils de l'intimée étaient cohérentes, compte tenu des éléments à leur disposition. En effet, les atteintes objectives radiologiques montraient effectivement une cyphose dorsale marquée mais pas sévère et des discopathies L4-S1 modérées. Toutefois, l'on savait que les corrélations radio-cliniques au niveau du dos n'étaient pas bonnes et que certaines personnes ayant des atteintes radiologiques sévères n'avaient pratiquement pas de douleurs et que d'autres ayant des atteintes modérées sur le plan radiologique étaient handicapées par les douleurs et pouvaient nécessiter plus de soins pour les tolérer. La question était donc de savoir quelle place était attribuée à la souffrance subjective du patient, à ces limitations dans les activités de la vie quotidienne, à la tolérance physique et morale à ces douleurs. Si la recourante, dans son récit et son attitude, semblait crédible et décrivait une souffrance importante, qui, pour être mieux tolérée, nécessitait deux séances de physiothérapie par semaine, une dans la région cervico-dorsale et une au niveau du bas du dos, fallait-il remettre en question son besoin de traitement ? Une séance de physiothérapie durait 30 minutes, environ 25 minutes après déduction du temps de déshabillage et de rhabillage, et ce temps semblait juste nécessaire à traiter une région de façon correcte. Dès lors, pour traiter le bas du dos et la région cervico-dorsale, il était nécessaire de séparer les séances. La recourante, en réduisant son temps de physiothérapie, notait que ses douleurs étaient souvent moins tolérables dans son quotidien et l'amenaient à consulter plus souvent des médecins ou à augmenter la prise de médicaments. N'était-il pas plus judicieux d'adapter le nombre de séances de physiothérapie à la gestion des douleurs de la recourante plutôt que d'attendre que la situation se détériore sur le plan physique, mais surtout moral et psychologique.

28. Dans sa réponse du 14 juin 2018, l'intimée a conclu, sous suite de frais et dépens, au rejet du recours. Elle a nié l'économicité, l'adéquation et l'efficacité du traitement et rappelé que seul le Dr B\_\_\_\_\_, qui n'était pas spécialiste en orthopédie, reconnaissait ces critères sur la base de l'existence de deux pathologies distinctes, ce qui était contesté par le Dr D\_\_\_\_\_. Les troubles présentés par la recourante ne justifiaient pas l'octroi, d'emblée, de 72 séances de physiothérapie par année, alors que la loi en préconisait 36 au maximum, à prolonger éventuellement en fonction de l'état de santé et après une proposition dûment

motivée par le médecin traitant. En requérant la prise en charge de 72 séances pour l'année 2018, avant même de débiter le traitement 2018, les médecins de la recourante semblaient donc être déjà acquis au fait que 36 séances annuelles ne suffiraient pas, sans toutefois avancer d'argumentation convaincante. Le Dr E\_\_\_\_\_ avait confirmé que la recourante présentait des lombalgies banales, sans syndrome déficitaire ou irritatif, sans aucune évolution péjorative. Sa proposition de poursuivre un traitement de physiothérapie de façon plus invasive ne corroborait nullement ses constatations cliniques et radiologiques, ce d'autant plus qu'il n'avait pas attesté formellement la nécessité de 72 séances annuelles, mais seulement d'une intensification, qui pourrait s'entendre dans le cadre d'une rééducation avec des exercices à domicile. Quant au rapport du Dr B\_\_\_\_\_, il n'apportait aucun élément justifiant de recourir à 72 séances pour 2018. Les appréciations de ces médecins ne pouvaient prévaloir et l'emporter sur les avis contraires des Drs C\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_. Enfin, le Dr F\_\_\_\_\_ avait relevé que les arguments et les appréciations des médecins-conseils étaient cohérents. Il reconnaissait que ce n'était que sur la base de souffrances subjectives et des attentes de la recourante en matière de gestion de la douleur, tant physique que psychologique et morale, que 72 séances devraient être accordées. Or, l'assureur social n'avait pas à prendre en charge un traitement qui n'était pas efficace, adéquat et économique, uniquement en raison des attentes d'un assuré. D'ailleurs, les médecins de la recourante ne s'étaient pas prononcés spécifiquement et concrètement sur ces trois critères. L'octroi de 36 séances était donc largement suffisant et répondait entièrement à des considérations morales ou sociétales, d'autant plus que l'efficacité, l'adéquation et l'économicité d'un tel nombre de séances pouvaient déjà être mises en doute. En cas d'instruction, l'intimée sollicitait l'audition du Dr D\_\_\_\_\_.

L'intimée a produit une appréciation du 10 juin 2018 du Dr D\_\_\_\_\_, lequel contestait la présence de deux pathologies distinctes. Le Dr F\_\_\_\_\_ avait noté que les atteintes objectives radiologiques montraient une cyphose dorsale marquée, mais pas sévère, et des discopathies L4-S1 modérées. Ce médecin avait toutefois ajouté que les corrélations radio-cliniques au niveau du dos n'étaient pas bonnes. On ne pouvait donc pas corréler les atteintes radiologiques et/ou le status objectif avec les plaintes subjectives, concernant le rachis. Lorsque l'on pratiquait une IRM sur une population asymptomatique, on retrouvait les atteintes constatées chez la recourante au niveau d'un étage dans 75% des cas et à deux niveaux dans 66% des cas. Ce genre d'image était donc banal. De plus, les courbures du rachis étaient interdépendantes et l'arrondi dorsal était compensé par le creux lombaire et l'arrondi du sacrum par le creux cervical. Le but était que de profil, l'oreille tombe à la hauteur de la hanche. Dans un tel cas, le rachis était équilibré et les haubans musculaires le stabilisant avaient peu de travail. Si un déséquilibre survenait, comme lors d'une hypercyphose dorsale, alors les étages sus- et sous-jacents, soit cervical et lombaire, devaient le compenser. En conséquence, on ne pouvait pas, dans un tel cas, parler de deux pathologies distinctes pour justifier deux traitements

de physiothérapie par semaine. Ainsi, les conclusions du Dr B\_\_\_\_\_, lequel admettait deux pathologies, ne pouvaient être suivies. Quant au Dr E\_\_\_\_\_, il s'était contenté d'affirmer que le traitement de physiothérapie devait être intensifié, sans le moindre argumentaire. Les recommandations 2017 de l'« American College of Physicians » étaient, pour les douleurs chroniques du rachis, une approche par auto-exercices physiques, gymnastiques, piscine, marche ou sport léger. La réhabilitation multidisciplinaire, l'acupuncture et la réduction du stress n'avaient qu'une relation de qualité moyenne statistiquement concernant un soulagement des plaintes. Quant à la plupart des autres traitements, ils n'avaient pas fait la preuve d'une efficacité quelconque. Un traitement intensif de physiothérapie n'avait de sens que lors de rachialgies aiguës ou subaiguës et pour une durée limitée de quelques mois au maximum. L'efficacité du traitement ne pouvait pas être prouvée objectivement. En définitive, le Dr F\_\_\_\_\_ demandait la prise en charge d'un traitement ressenti subjectivement comme efficace, simplement pour que la recourante se sente mieux. Une expertise médicale ne serait d'aucune utilité, le problème étant juridique.

29. En date du 2 juillet 2018, la recourante a persisté et relevé que le litige portait essentiellement sur une question médicale, de sorte qu'il s'avérait nécessaire d'ordonner une expertise au vu des avis divergents figurant au dossier.
30. Par ordonnance du 17 janvier 2019, la chambre de céans a ordonné une expertise, au vu des conclusions contradictoires entre les médecins traitants de la recourante et les médecins-conseils de l'intimée quant à l'existence de deux atteintes à la santé, qui justifieraient d'être traitées séparément. Elle précisait que l'expert devrait examiner la recourante et prendre tout renseignement utile auprès des médecins, cas échéant physiothérapeutes, déjà consultés. Il lui incomberait de déterminer les pathologies présentées par la recourante et d'indiquer si celles-ci atteignaient une certaine ampleur ou intensité rendant nécessaires des soins médicaux. Il devait également se prononcer sur le traitement requis, soit la prise en charge de 72 séances de physiothérapie pour l'année 2018. Le professeur G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie et chef du service de rhumatologie du CHUV, a été désigné comme expert.
31. Le rapport établi le 20 mars 2019 par le prof. G\_\_\_\_\_ et le docteur H\_\_\_\_\_, chef de clinique du service de rhumatologie du CHUV, contient une anamnèse détaillée du cas et les constats faits lors d'un examen clinique de l'expertisée effectué le 15 février 2019. Les experts ont complété le bilan par une IRM cervico-dorso-lombaire du 20 février 2019 et une IRM des articulations sacro-iliaques du 22 février 2019. Ils ont posé les diagnostics de cyphose thoracique avec un déconditionnement musculaire focal et de lombo-pygalgies avec :
  - discopathies L4-L5 et L5-S1 et déchirure annulaire postérieure L4-L5 ;
  - remaniements de type Modic I ;
  - dysfonction mécanique de l'articulation sacro-iliaque ;
  - insuffisance de la musculature profonde du tronc.

Il s'agissait de deux pathologies distinctes rachidiennes. Ces pathologies atteignaient une ampleur ou une intensité rendant nécessaires des soins médicaux, puisqu'elles avaient un retentissement majeur sur la qualité de vie de l'expertisée et sur son autonomie. Certains aspects (renforcement de la musculature du tronc, reconditionnement global) pouvaient être intégrés dans les traitements des deux pathologies (réponse à la question de savoir si les pathologies devaient être traitées individuellement ou pouvaient être traitées efficacement ensemble).

Un traitement correspondant à 72 séances de physiothérapie était efficace pour autant qu'il soit bien conduit, adéquat et économique. Cela évitait d'autres procédures coûteuses (infiltrations, médication au long cours) et une péjoration de l'état clinique de la patiente pouvant entraîner des coûts supplémentaires qui allaient bien au-delà de la physiothérapie. Il pourrait être utile de proposer, en plus de la physiothérapie, une approche plus globale englobant de l'ergothérapie, d'autres thérapies manuelles (ostéopathie/chiropraxie), un soutien psychothérapeutique, des conseils d'une nutritionniste, voire une hospitalisation en milieu multidisciplinaire, car ce genre de traitement avait montré ses preuves.

32. Le 26 mars 2019, la recourante a observé que le rapport d'expertise avait été réalisé dans les règles de l'art et qu'il répondait aux critères usuels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Il confirmait que le traitement litigieux correspondait aux conditions fixées par l'art. 32 LAMal, ce qui devait conduire à l'admission du recours.
33. Le 2 avril 2019, l'intimée, se fondant sur un avis établi le 1<sup>er</sup> avril 2019 par son médecin-consultant, le Dr D\_\_\_\_\_, a fait valoir que le rapport d'expertise était trop succinct et que les diagnostics différentiels étaient descriptifs ou de symptômes, mais pas objectifs (cyphose thoracique et lombo-pygalgie). À cela s'ajoutait l'absence de toute discussion pour justifier les deux diagnostics différentiels, donc les deux pathologies qui seraient distinctes, et le double de séances de physiothérapie. Cela n'était pas une argumentation probante, ce d'autant plus que les experts n'avaient pas tenu compte de son avis détaillé du 10 juin 2018. Ils ne mentionnaient d'ailleurs aucune pièce médicale prouvant qu'ils en avaient pris connaissance. Pour les diagnostics différentiels, un déconditionnement limité à la partie dorsale du rachis était surprenant. C'était soit tout le rachis, soit rien. Ceci d'autant plus qu'on parlait d'une insuffisance de la musculature profonde du tronc sous le second diagnostic différentiel. Vu les discopathies lombaires, le Modic I était normal, puisqu'il s'agissait d'une réaction inflammatoire des vertèbres par insuffisance des disques. Concernant la dysfonction mécanique sacro-iliaque, le Dr D\_\_\_\_\_ ne la comprenait pas non plus, car cette articulation bougeait peu et on n'avait pas de signe de surcharge radiologique à ce niveau. En conclusion, l'expertise était nettement insuffisante pour justifier deux fois 36 séances de physiothérapie. Elle ne respectait pas les réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître pleine valeur probante. En effet, l'anamnèse était succincte, l'analyse de la situation médicale peu claire et la description du contexte médical faisait

défaut. Les points litigieux n'avaient ainsi pas fait l'objet d'une étude circonstanciée. L'expert ne développait aucune argumentation et ses conclusions n'étaient pas motivées. En conséquence, l'intimée requérait la mise en œuvre d'une contre-expertise judiciaire et invitait, à défaut, la Cour à accorder toute valeur probante aux avis du Dr D\_\_\_\_\_ et de la Dresse C\_\_\_\_\_. L'assurance se réservait le droit, en cas de tenue de débats oraux, de requérir l'audition du Dr D\_\_\_\_\_.

En annexe de ses observations, l'assurance a transmis le rapport manuscrit du Dr D\_\_\_\_\_ résumé dans celles-ci.

34. Le 5 avril 2019, la présidente de la chambre de céans a demandé au prof. G\_\_\_\_\_ de se prononcer sur les critiques formulées par l'assurance sur son rapport.
35. Le 24 avril 2019, l'expert a indiqué à la chambre de céans que son expertise lui semblait suffisamment développée en cinq pages, car il s'agissait d'une question ciblée sur la nécessité d'un traitement physiothérapeutique et non une expertise relative à une capacité de travail. S'agissant de la critique selon laquelle les diagnostics différentiels étaient descriptifs ou de symptômes et non objectifs, il indiquait, concernant le premier diagnostic, que l'hypercyphose, selon la classification ICD-10, était bien notée comme cyphose dorsale (M40), ce qui n'était donc pas une description de symptômes, mais bien une pathologie.

Concernant le second diagnostic, les lombo-pygalgies, il s'agissait également d'un diagnostic M54.97. Les diagnostics étaient spécifiés dans les sous-points, notamment dans le diagnostic lombo-pygalgie avec des explications précises, par exemple : discopathies et remaniements de type Modic I.

S'agissant de la critique relative à l'absence de discussion pour justifier les deux diagnostics différentiels, l'expert indiquait qu'il s'agissait de deux diagnostics différents indiqués dans l'énumération des diagnostics. L'hypercyphose thoracique avec un déconditionnement thoracique musculaire focal n'était pas associée dans la littérature aux discopathies lombaires ni aux remaniements de type Modic I. Cependant une discopathie lombaire pouvait déconditionner la musculature du rachis dorsal. L'hypercyphose et la discarthrose restaient cependant deux diagnostics différents. Un déconditionnement limité à la partie dorsale du rachis dans ce cas était effectivement surprenant et probablement dû au traitement optimal par la physiothérapie.

L'interprétation du Dr D\_\_\_\_\_ selon laquelle : « vu les discopathies lombaires, le Modic est normal, puisqu'il s'agit d'une réaction inflammatoire des vertèbres par insuffisance des disques » était fautive, car les réactions Modic I inflammatoires n'étaient pas normales dans le cadre d'une insuffisance des disques. Il voyait régulièrement des discopathies sans Modic ou avec un Modic II ou III dans ces situations. La persistance du Modic I (stade inflammatoire) signifiait plutôt qu'il y avait toujours des contraintes biomécaniques. Dans le Modic I, il ne s'agissait probablement pas seulement d'une réaction à une insuffisance des disques, mais

d'un problème ostéochondral des disques et de l'os. L'expert ne trouvait pas dans la littérature d'association avec des réactions Modic I lombaires et des hypercyphoses dorsales.

Concernant la dysfonction mécanique du sacro-iliaque, l'expert ne comprenait pas le point de vue du Dr D\_\_\_\_\_ selon lequel « ... cette articulation bouge peu et nous n'avons pas de signes de surcharge radiologique à ce niveau ». Dans l'expertise, il s'agissait effectivement d'une description clinique et des troubles fonctionnels de l'articulation sacro-iliaque qui étaient notés dans l'ICD-10 sous M90.8. À ce stade précoce, on ne voyait très souvent pas de signe de surcharge radiologique (surtout pas dans les radiographies classiques). Les changements se montraient souvent après des longs délais. Comme l'articulation sacro-iliaque était une articulation mixte avec des parties enthèses et synoviales et du fibrocartilage et cartilage, les dysfonctions n'étaient effectivement pas à 100% claires dans la littérature. La description clinique ainsi que le diagnostic ICD-10 M90.8 étaient cependant très courants.

En conclusion, les points mentionnés par le Dr D\_\_\_\_\_ n'étaient pas clairs pour l'expert et les questions posées dans la lettre du 2 avril 2019 ne prenaient pas en compte la situation scientifique de la clinique actuelle des pathologies du rachis.

Si deux fois 36 séances de physiothérapie étaient finalement plus efficaces qu'une fois 36 séances, cela restait sans réponse scientifique et sans étude clinique contrôlée dans la littérature, l'indication restait donc empirique. L'absence d'une atrophie musculaire lombaire était, selon l'expert, plutôt témoin d'une bonne prise en charge physiothérapeutique, potentiellement due aux deux fois 36 séances. L'expert était convaincu que la prise en charge de ce traitement physiothérapeutique prévenait d'autres traitements (médicamenteux, infiltrations, etc.) et potentiellement des exacerbations régulières.

36. Le 7 mai 2019, la recourante a observé que la détermination de l'expert du 24 avril 2019 confirmait en tous points le bienfondé des conclusions du rapport d'expertise. Il était ainsi établi à satisfaction de droit que le traitement litigieux correspondait aux conditions fixées par l'art. 32 LAMal, ce qui conduisait à l'admission du recours.
37. Le 14 mai 2019, l'intimée a maintenu son argumentation selon laquelle le rapport du prof. G\_\_\_\_\_ ne respectait pas les réquisits jurisprudentiels, sur la base d'un rapport du Dr D\_\_\_\_\_ du 9 mai 2019. Ce dernier relevait que l'expert n'apportait aucune justification, ni discussion concernant l'utilité et la nécessité d'un traitement régulier et relativement intensif. L'expert n'expliquait pas vraiment pourquoi deux fois 36 séances de physiothérapie seraient efficaces et adéquates, si ce n'était qu'il affirmait que l'assurée présentait deux pathologies distinctes. Le Dr D\_\_\_\_\_ considérait que des troubles dorsaux et lombaires étaient toujours interdépendants et que vouloir les dissocier était une aberration. L'expert avait finalement admis que l'indication de deux fois 36 séances restait empirique, soit que l'efficacité du

traitement n'était pas prouvée. L'expert mentionnait d'ailleurs que l'absence d'une atrophie musculaire lombaire n'était que « potentiellement » et non pas certainement due aux deux fois 36 séances. En conclusion, le rapport d'expertise et l'avis subséquent de l'expert n'emportaient pas valeur probante.

L'intimée transmettait à l'appui de son écriture le rapport établi le 9 mai 2019 par le Dr D\_\_\_\_\_.

38. Sur ce 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 prescrits par la loi, le recours du 24 mai 2018 contre la décision sur opposition du 26 avril 2018 est recevable (art. 56 et 60 LPGA).
3. Le litige porte sur le droit de la recourante à la prise en charge de 72 séances de physiothérapie en 2018, en lieu et place des 36 séances accordées.
4. L'assurance-maladie sociale alloue des prestations en cas de maladie (art. 1a al. 2 let. a LAMal).

Est réputée maladie toute atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou un traitement médical ou provoque une incapacité de travail (art. 3 LPGA).

La notion de maladie suppose, d'une part, une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique dans le sens d'un état physique, psychique ou mental qui s'écarte de la norme et, d'autre part, la nécessité d'un examen ou d'un traitement médical. La notion de maladie est une notion juridique qui ne se recoupe pas nécessairement avec la définition médicale de la maladie (ATF 124 V 118 consid. 3b et les références). Pour qu'une altération de la santé ou un dysfonctionnement du corps humain soient considérés comme une maladie au sens juridique, il faut qu'ils aient valeur de maladie (« Krankheitswert ») ou, en d'autres termes, atteignent une certaine ampleur ou intensité et rendent nécessaires des soins médicaux ou provoquent une incapacité de travail (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_465/2010 consid. 4.1).

Conformément à l'art. 24 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations définies aux art. 25 à 31 en tenant compte des conditions

des art. 32 à 34 (al. 1). Les prestations prises en charge sont rattachées à la date ou à la période de traitement (al. 2).

Selon l'art. 25 LAMal, l'assurance obligatoire de soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles (al. 1). Ces prestations comprennent notamment les examens et traitements dispensés sous forme ambulatoire, en milieu hospitalier ou dans un établissement médico-social ainsi que les soins dispensés dans un hôpital par des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat d'un médecin ou d'un chiropraticien (al. 2 let. a ch. 3).

Cela inclut la physiothérapie (art. 5 al. 1 de l'ordonnance du Département fédéral de l'intérieur du 29 septembre 1995 sur les prestations de l'assurance maladie obligatoire (OPAS – RS 832.112.31).

Aux termes de l'art. 32 LAMal, les prestations mentionnées aux art. 25 à 31 doivent être efficaces, appropriées et économiques. L'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques (al. 1). L'efficacité, l'adéquation et le caractère économique des prestations sont réexaminés périodiquement (al. 2).

D'après l'art. 34 al. 1 LAMal, les assureurs ne peuvent pas prendre en charge, au titre de l'assurance obligatoire des soins, d'autres coûts que ceux des prestations prévues aux art. 25 à 33 LAMal.

Une prestation est efficace lorsqu'on peut objectivement en attendre le résultat thérapeutique visé par le traitement de la maladie, à savoir la suppression la plus complète possible de l'atteinte à la santé somatique ou psychique (ATF 128 V 165 consid. 5c/aa; RAMA 2000 n° KV 132 p. 281 consid. 2b).

La question de son caractère approprié s'apprécie en fonction du bénéfice diagnostique ou thérapeutique de l'application dans le cas particulier, en tenant compte des risques qui y sont liés au regard du but thérapeutique (ATF 127 V 146 consid. 5). Le caractère approprié relève en principe de critères médicaux et se confond avec la question de l'indication médicale : lorsque l'indication médicale est clairement établie, le caractère approprié de la prestation l'est également (ATF 125 V 99 consid. 4a; RAMA 2000 n° KV 132 p. 282 consid. 2c).

Le critère de l'économicité concerne le rapport entre les coûts et le bénéfice de la mesure, lorsque dans le cas concret différentes formes et/ou méthodes de traitement efficaces et appropriées entrent en ligne de compte pour combattre une maladie (ATF 127 V 146 consid. 5; RAMA 2004 n° KV 272 p. 111 consid. 3.1.2).

5. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte.

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et qu'enfin, les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.244/05 du 3 mai 2006 consid. 2.1). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

6. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985

p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence en ce sens que lorsque les instances cantonales de recours constatent qu'une instruction est nécessaire parce que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise, elles sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151 consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

7. En l'espèce, l'intimée a limité sa prise en charge à 36 séances de physiothérapie pour l'année 2018. La recourante soutient qu'elle présente deux affections distinctes nécessitant 72 séances de physiothérapie annuelles.

Afin de trancher cette question, la chambre de céans a estimé nécessaire de faire procéder à une expertise. Il convient de déterminer en premier lieu si l'expertise effectuée peut se voir reconnaître pleine valeur probante. Le rapport établi le 20 mars 2019 par les Drs G\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_ est fondé sur une anamnèse détaillée du cas et la prise en compte des radiographies et IRM figurant au dossier de la recourante, complétées par deux IRM requises par les experts, qui ont répondu de façon convaincante aux questions posées. Le Dr G\_\_\_\_\_ a répondu de façon détaillée aux critiques formulées par le médecin-conseil de l'assurance, dans son rapport complémentaire du 24 avril 2019. Il en résulte que le rapport d'expertise répond aux réquisits pour se voir reconnaître une pleine valeur probante.

Le rapport d'expertise établit que les 36 séances de physiothérapie supplémentaires requises par la recourante étaient appropriées, efficaces et économiques, car elles évitaient une péjoration de son état de santé et le recours à d'autres procédures coûteuses, telles que des infiltrations ou de la médication au long cours. Selon l'expert, si l'indication restait empirique, l'absence d'une atrophie musculaire lombaire témoignait d'une bonne prise en charge physiothérapeutique avec 72 séances annuelles, ce qui atteste de leur efficacité.

Les rapports du médecin-conseil de l'assurance des 24 avril et 28 mars 2019 ne répondent, quant à eux, pas aux réquisits pour se voir reconnaître pleine valeur probante et ne suffisent pas à remettre sérieusement en cause les conclusions des experts.

Sur la base du rapport d'expertise, il convient ainsi de retenir que l'assurance doit prendre en charge 72 séances de physiothérapie pour la recourante en 2018.

8. Le recours est ainsi admis et la décision rendue par l'intimée le 26 avril 2018 sera en conséquence réformée en ce sens que la recourante avait droit à 72 séances de physiothérapie en 2018.
9. La recourante obtenant gain de cause et étant assistée d'un conseil, une indemnité de CHF 2'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).
10. Les frais de l'expertise judiciaire de CHF 1'500.-, selon la facture du 1<sup>er</sup> avril 2019 du Dr G\_\_\_\_\_, seront mis à la charge de l'intimée.
11. Pour le surplus, la procédure est gratuite.

**PAR CES MOTIFS,  
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet.
3. Réforme la décision rendue par l'intimée le 26 avril 2018, en ce sens que la recourante a droit à 72 séances de physiothérapie en 2018.
4. Alloue à la recourante, à la charge de l'intimée, une indemnité de CHF 2'000.- pour ses dépens.
5. Met les frais de l'expertise judiciaire de CHF 1'500.- à la charge de l'intimée.
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. 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

La présidente

Isabelle CASTILLO

Catherine TAPPONNIER

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