

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 23 octobre 2013

Présidence de Mme PASCHE, juge unique
Greffière : Mme de Quattro Pfeiffer

Cause pendante entre :

X. _____, à [...], recourant, représenté par Me Muriel Vautier, avocate à Lausanne,

et

HELSANA ASSURANCES SA, à Lausanne, intimée.

Art. 24 et 32 al. 1 LAMal

E n f a i t :

A. X._____ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né le [...], est affilié à Helsana Assurances SA (ci-après: Helsana ou la caisse) au titre de l'assurance obligatoire des soins. Il présente différents problèmes de santé, dont une maladie de Churg-Strauss contractée en 2001, traitée notamment par corticothérapie. Il suit en outre des séances de physiothérapie depuis de nombreuses années.

Dans un rapport du 30 juin 2008 adressé au médecin-conseil d'Helsana, le Dr C._____, généraliste traitant de l'assuré, a indiqué que ce dernier était en surpoids depuis la prise de cortisone et qu'il suivait deux séances de physiothérapie hebdomadaires, dans le but de maintenir son poids le plus bas possible et, surtout, de gagner en musculature vu qu'il avait présenté des rachialgies avec sciatalgies droites depuis deux ans. Le Dr C._____ demandait par conséquent à la caisse de prendre en charge ces séances pendant une année.

Dans sa réponse du 4 juillet 2008 au médecin traitant, le Dr [...], médecin-conseil d'Helsana, a constaté que la caisse avait payé en moyenne septante-trois séances de physiothérapie par année depuis 2004 et que l'indice de masse corporelle désormais atteint ne justifiait pas, selon lui, plus de trente-six séances pour l'année 2008. Aussi Helsana a-t-elle informé le Dr C._____, le 10 juillet 2008, qu'elle prendrait en charge trente-six séances de physiothérapie générale (position 7301) pour l'année 2008.

Le 18 juillet 2008, les Drs [...] et [...], respectivement médecin adjoint et médecin assistant auprès du Service d'endocrinologie, diabétologie et métabolisme du Centre Z._____ ont avisé la caisse que l'assuré était parvenu à perdre plus de 7kg depuis le mois d'avril 2008 grâce à une activité physique intensive. Ils préconisaient le maintien du traitement physiothérapique afin de détendre ses muscles et prévenir des sciatalgies droites récentes.

Le 30 juillet 2008, Helsana a confirmé à ces médecins qu'elle prendrait à sa charge trente-six séances de physiothérapie générale (position 7301) au maximum pour l'année 2008.

Par courrier du 15 août 2008, les Drs [...] et [...], respectivement médecin adjoint et médecin assistant auprès du Service de rhumatologie et rééducation du Centre Z._____, ont prié Helsana de prendre en charge une à deux séances de physiothérapie par semaine au long cours, traitement qui avait permis à l'assuré de soulager ses lombocruralgies droites chroniques et maîtriser les effets secondaires liés à la prise de corticoïdes.

Après s'en être référée à son médecin-conseil, la caisse a répondu, le 3 septembre 2008, qu'elle ne prendrait en charge que trente-six séances de physiothérapie générale au maximum pour la période du 3 septembre 2008 au 2 septembre 2009. Nonobstant, l'assuré a finalement bénéficié de nonante-six séances de physiothérapie en 2008 et huitante-trois séances en 2009, remboursées par l'assurance-maladie de base.

B. Le 27 octobre 2009, Helsana a interrogé le Dr C._____ sur l'évolution du traitement physiothérapique de l'assuré afin d'examiner son obligation de prester. Dans un questionnaire du 12 novembre 2009, le médecin traitant a expliqué que le but de la physiothérapie était de lutter contre le déconditionnement musculaire et l'obésité, et a conseillé la poursuite du traitement à raison d'une séance hebdomadaire sur le long terme.

Par lettre du 23 novembre 2009, la caisse a informé le Dr C._____ qu'elle prendrait en charge trente-six séances de physiothérapie générale du 1^{er} décembre 2009 au 30 novembre 2010, au titre de l'assurance-obligatoire des soins. Elle précisait qu'au-delà de cette période, un nouveau rapport mentionnant le déroulement de la thérapie serait nécessaire.

C. Depuis le mois de mars 2010, les prescriptions de physiothérapie concernant l'assuré ont été émises en positions tarifaires 7311 (forfait par séance pour kinésithérapie complexe) et 7352 (supplément pour l'usage d'un bassin de marche ou d'une piscine), tandis que les séances précédentes avaient toujours été facturées et remboursées par la caisse en position tarifaire 7301.

Dans un rapport du 3 mai 2010 adressé au Dr D._____, interniste et rhumatologue à l'Unité du rachis du Centre Z._____, le Professeur [...], chef de service au Centre [...], et les Drs [...] et [...], respectivement chef de clinique adjoint et médecin assistant, ont constaté que l'assuré présentait des lombosciatalgies persistantes gauches sur hernie discale, pour lesquelles ils recommandaient, outre un traitement antalgique de base, une physiothérapie régulière axée sur la tonification de la musculature abdomino-pelvienne, avec ou sans stimuli électriques.

Interpellé par Helsana au sujet du nouveau traitement de physiothérapie complexe prescrit à l'assuré, le Dr D._____ a posé, le 18 août 2010, les diagnostics principaux de diabète de type II et d'ostéoporose fracturaire cortico-induite avec fracture de L3 dans un contexte de maladie de Churg-Strauss, ainsi que les diagnostics rhumatologiques de lombalgies chroniques non spécifiques persistantes, sur un status après syndrome irritatif L4 gauche au décours, dans un contexte de dysbalances musculaires étagées et de probable micro-instabilité segmentaire lombaire basse, et de déconditionnement physique global et focal. Ce médecin était d'avis que l'approche complexe de la physiothérapie, combinée avec une hydrokinésithérapie, se justifiait dans un but de reconditionnement physique et que la fréquence du traitement devait être adaptée en fonction de l'évolution.

Le 9 septembre 2010, Helsana a attiré l'attention du Dr C._____ sur le fait que son patient avait d'ores et déjà participé à huitante-neuf séances de physiothérapie au lieu des trente-six qu'elle lui avait accordées en date du 23 novembre 2009 et invitait dès lors ce médecin à lui adresser un nouveau rapport médical justificatif.

Dans une note du 13 septembre 2010, le Dr C._____ a expliqué que son patient avait développé en début d'année des lombosciatalgies gauches L4 sur hernies discales L3-L4 et L5-S1, ainsi qu'un tassement de L3 sur ostéoporose fracturaire cortico-induite dans le cadre de sa maladie de Churg-Strauss, et que cette nouvelle pathologie avait entraîné un surcroît de séances de physiothérapie sur le conseil, notamment, du Dr D._____.

Après avoir consulté son médecin-conseil, Helsana a écrit au Dr C._____, le 13 octobre 2010, qu'elle annulait sa garantie du 23 novembre 2009, qu'elle prendrait en charge une séance par semaine de physiothérapie générale (position 7301) ou en piscine (position 7352) du 15 octobre 2010 au 30 septembre 2011 et que les séances effectuées jusqu'alors seraient honorées uniquement selon ces positions.

Par lettres de son conseil des 20 octobre et 15 novembre 2010, l'assuré a contesté l'appréciation d'Helsana. Invoquant l'avis du Dr D._____, il faisait valoir qu'il s'agissait d'un cas complexe nécessitant un traitement en position 7311 et sollicitait la notification d'une décision formelle sujette à opposition.

Par courrier du 19 novembre 2010, le Dr D._____ a fait part à Helsana de son étonnement face au refus de prise en charge de la position tarifaire 7311 en tant qu'atteinte pluri-systémique, chez un patient atteint dans les domaines métabolique, endocrinologique, inflammatoire, psychiatrique, rhumatologique et neurologique.

Par décision du 3 décembre 2010, Helsana a confirmé la prise en charge des coûts du traitement de l'assuré à raison d'une séance par semaine de physiothérapie générale (position 7301) ou en piscine (position 7352) du 15 octobre 2010 au 30 septembre 2011, sous déduction de la participation légale aux coûts (franchise annuelle et quote-part de 10%). Elle précisait qu'une motivation serait adressée séparément par courrier de son médecin-conseil.

Comme annoncé, la Dresse B._____, médecin-conseil d'Helsana, a écrit à l'assuré, le 3 décembre 2010, que selon les données médicales en sa possession, il souffrait de lombosciatalgies persistantes de longue date, dues à des hernies discales pluri-étagées et à une ostéoporose, ainsi que d'une maladie de Churg-Strauss qui n'entraîne toutefois pas en ligne de compte pour la physiothérapie. Ce traitement était axé sur la tonification de la musculature abdomino-pelvienne et se concentrait sur une région du corps, soit la colonne lombaire. Le médecin-conseil considérait ainsi la physiothérapie comme étant simple et générale, de sorte que la position 7301 était suffisante pour une fréquence d'une séance hebdomadaire.

L'assuré s'est opposé à cette décision le 14 janvier 2011, arguant qu'il présentait non seulement des troubles fonctionnels sévères mais les symptômes de plusieurs maladies concomitantes, justifiant une prise en charge par physiothérapie complexe. Contrairement au médecin-conseil de la caisse, il était d'avis que sa maladie de Churg-Strauss était à prendre en considération dans ce traitement, puisqu'elle avait induit une ostéoporose et une surcharge pondérale, qui avaient à leur tour eu un impact sur la symptomatologie lombaire. Il faisait en outre grief à Helsana de soutenir schématiquement qu'une séance hebdomadaire suffisait, alors même que, selon le Dr D._____, la fréquence devait varier en fonction de l'évolution. A l'appui de son opposition, l'assuré a produit différents documents et articles sur la santé, ainsi qu'un extrait d'une décision du 3 décembre 2003 de la Commission paritaire de physiothérapie, selon laquelle il était possible de facturer chaque séance de traitement, même de longue durée, avec la position 7311 en cas de situation nécessitant une thérapie complexe.

En complément à son opposition, l'assuré a encore adressé à la caisse, le 24 janvier 2011, un certificat du Dr C._____, et un rapport du Dr D._____:

- dans son certificat médical du 17 janvier 2011, le Dr C._____ rappelait que les séances de physiothérapie suivies par son patient avaient plusieurs buts (l'amélioration de la fonction respiratoire et cardio-vasculaire; accompagner et soutenir la mobilisation dans le but de contrer l'augmentation du poids induit par une importante corticothérapie due à sa maladie de Churg-Strauss; l'entretien de lombalgies chroniques sur troubles statiques et dégénératifs du rachis ainsi que excès pondéral; ces derniers mois en plus traitement par rapport à l'exacerbation des lombosciatalgies sur plusieurs hernies discales) et que ces différentes indications correspondaient, selon lui, à la physiothérapie complexe au sens de la position tarifaire 7311;

- dans son rapport du 20 janvier 2011, le Dr D._____ rappelait que l'assuré souffrait de la maladie de Churg-Strauss, dont le traitement par corticothérapie avait entraîné différentes comorbidités (diabète, prise de poids, cardiopathie ischémique et hypertensive), et d'une ostéoporose qui s'était aggravée compte tenu des déficiences fonctionnelles présentées, avec des lombalgies et lombosciatalgies caractérisées essentiellement par un déconditionnement physique majeur, soit une perte de l'endurance cardio-vasculaire, une perte de la mobilité musculaire et articulaire, et des troubles de la coordination, auxquels s'ajoutaient encore des éléments psychologiques. Le Dr D._____ affirmait ainsi que son patient serait en meilleure santé sans sa maladie de Churg-Strauss, en particulier sur le plan rachidien et beaucoup plus généralement sur le plan métabolique global. Il en concluait que les problèmes rachidiens étaient, de façon prépondérante, secondaires à une maladie systémique, laquelle ne pouvait être maîtrisée qu'à travers une médication conduisant aux effets secondaire décrits, de sorte que l'assuré ne pouvait se passer d'une physiothérapie complexe (position 7311) au long cours.

Helsana a soumis ces deux nouveaux documents à la Dresse B._____ pour appréciation. Dans un mémo du 9 février 2011, le médecin-conseil a exposé ce qui suit:

"L'assuré susmentionné souffre de lombosciatalgies de longue date, persistantes, dues à des hernies discales pluriétagées et à une ostéoporose. C'est à cause de ses lombosciatalgies que la physiothérapie est prescrite, et que j'accorde la prise en charge avec la position 7301, ceci pour les raisons suivantes:

- Le traitement des troubles dégénératifs du dos se base sur une région du corps, la colonne vertébrale
- La maladie de Churg-Strauss dont parlent les médecins est connue depuis 2001, donc depuis 10 ans
- Il s'agit d'un état maladif chronique qui n'entre pas en discussion quant à la physiothérapie
- La physiothérapie doit se concentrer à un problème aigu, dans ce cas, les lombosciatalgies
- Tout ce qui concerne la maladie de Churg-Strauss n'entre pas en discussion quant au traitement physiothérapeutique
- Cet état est chronique, il ne peut pas être influencé par de la physiothérapie, sinon en traitement de confort, pour ce traitement, l'assuré peut acheter un abonnement de fitness et pour le traitement de reconditionnement l'assureur-maladie ne doit pas entrer en cause.

Je maintiens donc mon opinion médicale que la physiothérapie doit se concentrer à traiter le problème du dos et non de la maladie préexistante depuis 10 ans qui constitue un état chronique non influencé par la physiothérapie.

La position 7301 est amplement suffisante. Le tarif physiothérapeutique concerne les difficultés rencontrées lors du traitement et n'est pas un tarif de minutage où le physiothérapeute a le droit de se faire rembourser le temps dispensé au patient".

Considérant qu'un second avis médical serait judicieux, la Dresse B._____ a confié la mise en œuvre d'une expertise au Dr R._____, neurochirurgien, avec pour mission de déterminer laquelle des positions tarifaires (7311 ou 7301) était justifiée pour traiter les douleurs de l'assuré. Dans son rapport du 31 mai 2011, l'expert a énuméré les diagnostics reconnus suivants: vasculite de Churg-Strauss depuis 2001, diabète II cortico-induit, cardiopathie ischémique, dyslipidémie, haute tension artérielle, obésité I, ostéoporose, lombocruralgies à droite non déficitaires, déconditionnement physique global et focal. La conclusion de l'expert était la suivante:

"En vu de la question qui m'est posée, je me limite aux problèmes neurochirurgicaux. Ce patient qui souffre de différentes maladies chroniques est actuellement en traitement conservateur d'un syndrome lombo-vertébral avec tendance à l'irradiation dans les extrémités inférieures sans déficit neurologique bien défini et majeur. Je partage l'avis des médecins traitants que tout geste diagnostic ou thérapeutique invasif n'est actuellement pas indiqué. Uniquement le traitement médicamenteux et surtout physique avec entraînement musculaire, mobilisation et éventuellement gestes antalgiques en cas de nécessité s'impose.

Ainsi je réponds à vos question comme suit:

- Maladie de Churg-Strauss: pas d'indication pour la physiothérapie
- Diabète II: pas d'indication pour la physiothérapie
- Etat après infarctus cardiaque: pas d'indication pour la physiothérapie
- Tension artérielle élevée: pas d'indication pour la physiothérapie
- Obésité: pas d'indication pour la physiothérapie
- **Unique indication** pour une physiothérapie active est **le syndrome lombo-vertébral** (et l'ostéoporose). Normalement deux séries de 9 séances sont suffisantes. En cas de nécessité (exceptionnellement) une physiothérapie à longue durée peut être prescrite, mais ceci uniquement en cas de problèmes plutôt aigus. Après un traitement physique de longue durée, comme a vécu Monsieur X._____, le patient prend une certaine habitude et commence à connaître des exigences de sa physiothérapie. Pour cette raison il me paraît exigible de demander une contribution de la part de Monsieur X._____ qui devrait pouvoir conclure un abonnement de fitness, respectivement musculation à ses frais, qui lui permet de poursuivre le reconditionnement. En conclusion selon la loi et les prescriptions tarifaires, la position 7301 (forfait par séance pour la physiothérapie générale) est justifiée".

A réception de ce rapport d'expertise, la Dresse B._____ a exposé, le 8 juin 2011, qu'il se justifiait de refuser la prise en charge de la physiothérapie avec la position 7311 pour des douleurs lombo-sacrées et de limiter ce traitement à trente-six séances annuelles.

Le 9 juin 2011, Helsana a transmis le rapport de l'expert et l'avis de son médecin-conseil à l'assuré, l'informant qu'à défaut de retrait de l'opposition, elle rendrait une décision la rejetant. L'assuré a répondu, le 18 octobre 2011, qu'il disposait de nombreux éléments lui permettant de mettre sérieusement en doute les restrictions imposées par la caisse et qu'il attendait donc qu'une décision sujette à recours soit rendue.

Invité par Helsana à lui faire part de ses remarques à ce sujet, l'assuré a fait valoir, le 12 décembre 2011, que le rapport du 31 mai 2011 était lacunaire et ne pouvait de ce fait être qualifié d'expertise. Il estimait que la complexité du dossier médical, que le Dr R._____ n'avait pas consulté dans son intégralité, exigeait une approche multidisciplinaire et non seulement neurochirurgicale. Il reprochait en outre à ce médecin un défaut de motivation, en particulier s'agissant des raisons pour lesquelles il s'écartait de l'avis des autres médecins consultés, ne retenait aucune indication à une physiothérapie pour la maladie de Churg-Strauss et

limitait à deux séries de neuf séances le traitement du syndrome lombo-vertébral.

Appelée par la caisse à se déterminer sur les critiques de l'assuré, la Dresse B._____ a relevé, dans un mémo du 15 février 2012, qu'il n'était pas nécessaire de procéder à une approche multidisciplinaire du cas ni de se prononcer sur les conséquences des autres problèmes de santé de l'intéressé, dès lors que la physiothérapie servait à soulager les douleurs du bas du dos mais non pas à traiter les deux maladies chroniques de base (Churg-Strauss et diabète). Elle estimait que l'expert avait suffisamment tenu compte du dossier et de l'anamnèse, qui n'influaient d'ailleurs pas sur le problème des lombosciatalgies chroniques. Elle relevait enfin, s'agissant du syndrome lombo-vertébral, que la plupart des patients étaient au moins soulagés après neuf séances de physiothérapie générale.

Par décision sur opposition du 15 mars 2012, Helsana a confirmé sa décision du 3 décembre 2010, sur la base du rapport d'expertise du Dr R._____ et de l'avis de son médecin-conseil. Elle exposait que l'application de la position tarifaire 7311 (kinésithérapie complexe) présupposait le traitement de plusieurs affections simultanément, condition qui n'était pas remplie du fait que seule une partie du corps était concernée par la physiothérapie, soit la colonne vertébrale, et qu'aucune interaction entre les différentes affections diagnostiquées n'était mise en évidence. Elle rappelait que seules les factures émises avec la position 7301 (physiothérapie générale) avaient été prises en charge jusqu'alors et qu'une limitation tarifaire ne devrait pas avoir d'incidence sur le traitement. Elle confirmait en conséquence la limitation de son intervention à une séance hebdomadaire de physiothérapie en positions 7301 ou 7352 pour la période du 15 octobre 2010 au 30 septembre 2011.

D. X._____ a recouru contre cette décision sur opposition auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 27 avril 2012, en concluant à sa réforme dans le sens de la prise en

charge du traitement de physiothérapie à raison d'au moins deux séances hebdomadaires facturées en position 7311, subsidiairement en positions 7301 et/ou 7352, plus subsidiairement encore à l'annulation de dite décision et au renvoi du dossier à l'intimée pour nouvelle décision. En substance, il fait valoir que compte tenu des affections dont il souffre, soit en particulier le syndrome de Churg-Strauss avec atteinte pulmonaire grave et neurologique, il présente les symptômes de plusieurs maladies concomitantes rendant l'approche thérapeutique complexe, ce d'autant plus que son traitement vise l'ensemble du corps, savoir aussi bien le tronc et le rachis lombaire que les membres inférieurs et supérieurs. Dans un second moyen, il observe que le Dr R. _____ n'est que spécialiste en neurochirurgie et ne dispose donc pas des compétences nécessaires pour évaluer sa situation, que le status posé dans l'expertise est très sommaire sur le plan locomoteur et que l'expert a exclu d'emblée l'étude de dix ans d'évolution de sa maladie en renonçant à demander son dossier au Centre Z. _____, ce qui doit selon lui conduire à mettre sérieusement en doute la valeur probante de son rapport. Il estime encore que les conclusions de l'expertise sont très insuffisamment motivées, dans la mesure où l'expert n'expose pas les raisons pour lesquelles il écarte toute indication de physiothérapie pour la maladie de Churg-Strauss et n'étaie pas davantage son affirmation selon laquelle deux séries de neuf séances seraient suffisantes dans le cadre d'un syndrome lombo-vertébral. En comparaison, le recourant se prévaut d'un rapport d'expertise privée du 11 avril 2012 du Dr G. _____, lequel remplit à son sens tous les réquisits jurisprudentiels devant conduire à lui reconnaître valeur probante. Ce médecin est spécialiste en rhumatologie et médecine interne générale, ainsi que consultant auprès du Service d'immunologie et de toxicologie des [...], a analysé l'ensemble du dossier, y compris le dossier médical du Centre Z. _____, et a procédé à une étude minutieuse de la littérature médicale. Ses conclusions, reproduites en partie ci-dessous, rejoignent au demeurant celles des Drs C. _____ et D. _____, et remettent sérieusement en doute celles du Dr R. _____:

"9. L'ATTEINTE DE CHURG-STRAUSS ENTRE-T-ELLE EN CONSIDERATION POUR UN TRAITEMENT DE PHYSIOTHERAPIE SOUS LA POSITION 7311? [...]

Le document officiel le plus récent contenant la définition de la position de tarification d'une séance de physiothérapie 7311 est la « convention nationale Physiothérapie du 1^{er} juillet 2011 Annexe 1 - convention tarifaire entre la Fédération suisse des physiothérapeutes (FSP, actuellement dénommée Physioswiss) et le Concordat des assureurs-maladie suisses (CCMS, dénommé santésuisse, puis dénommé actuellement tarifsuisse sa) du 1^{er} septembre 1997 ». En voici les termes:

- *Kinésithérapie complexe en cas de troubles moteurs cérébraux et/ou médullaires (y compris les polyradiculonévrites telles que le syndrome de Guillain-Barré) ou de troubles fonctionnels sévères dans des conditions difficiles (âge, état général, troubles de la fonction cérébrale).*
- *Traitement kinésithérapeutique complexe de blessés polytraumatisés et de patients ayant subi plusieurs opérations ou présentant les symptômes de plusieurs maladies concomitantes.*
- *Thérapie respiratoire en cas de troubles graves de la ventilation pulmonaire.*
- *Sur demande, l'assureur pourra autoriser l'utilisation de la position 7311 pour d'autres indications.*

En dehors du fait que la dernière proposition laisse clairement entrevoir que la liste précédemment énoncée n'est pas exhaustive, je m'attacherai à établir que la situation médicale de Monsieur X._____ répond aux critères explicitement énoncés puisqu'il n'y a pas eu de demande préalable pour l'utilisation de la position 7311.

Monsieur X._____ n'entre clairement pas dans le contexte des pathologies neurologiques, traumatiques, pulmonaires ou chirurgicales mentionnées dans ce texte. Restent deux autres énoncés à discuter: la présence de « *Kinésithérapie complexe en cas (...) troubles fonctionnels sévères dans des conditions difficiles (âge, état général, troubles de la fonction cérébrale)* » et « *Traitement kinésithérapeutique complexe (...) de patients (...) présentant les symptômes de plusieurs maladies concomitantes* ».

Au sujet de la 1^{ère} proposition « *troubles fonctionnels sévères dans des conditions difficiles (âge, état général, troubles de la fonction cérébrale)* » examinons d'abord la possibilité d'un « *trouble fonctionnel sévère* ». L'anamnèse et l'examen clinique réalisés pour cette expertise indiquent qu'actuellement Monsieur X._____ ne présente pas un trouble fonctionnel sévère. Cependant, il est nécessaire de considérer la situation en 2010, lors du début de la prescription. La prescription avait été faite en raison d'un syndrome radiculaire sur hernie discale (lombosciatalgie avec hernie discale 24). Selon les données recueillies (dossier médical et anamnèse), une intervention chirurgicale avait été proposée mais le patient avait souhaité tout faire pour éviter cette intervention. Selon les recommandations internationales de référence (Koes 2007, Valat 2010) les raisons pour envisager une intervention chirurgicale dans ce type de pathologie sont en premier lieu la présence d'un déficit neurologique sévère, sphinctérien ou musculaire périphérique, ce qui n'était pas le cas selon le dossier à disposition. En deuxième lieu cependant, la chirurgie peut être proposée lorsque le syndrome algo-fonctionnel est particulièrement sévère et mal contrôlé par le traitement conservateur. Au moment de la prescription de la physiothérapie, la symptomatologie présentée par monsieur X._____ correspondait totalement à ces critères. On peut donc admettre que la 1^{ère} partie de la proposition « *trouble fonctionnel sévère* » était de mise à ce moment. Examinons la 2^{ème} partie de la proposition « *dans des conditions difficiles (âge, état général, troubles de la fonction cérébrale)* ». Ni l'âge ni les troubles de la

fonction cérébrale ne sont impliqués dans le cas présent. La notion d'état général est plus difficile à évaluer car il s'agit d'une notion relativement subjective. Peut-on considérer que les effets secondaires de l'imprégnation cortisonique rendue nécessaire par la maladie de Churg-Strauss altèrent l'état général de manière suffisante pour induire des « *conditions de traitement difficiles* »? On a vu précédemment que la corticothérapie avait induit toute une série de troubles métaboliques et musculo-squelettiques qui affectent certainement l'état général. Lors de l'examen clinique réalisé en 2012 à l'occasion de cette expertise, l'état général de monsieur X. _____ était relativement conservé et parmi les documents à disposition rien ne permet d'envisager que son état général était plus altéré en 2010. Bien qu'il s'agisse là d'un point de vue subjectif, il me semble que dans le cas présent les conditions n'étaient pas remplies pour valider la position 7311 selon cette définition.

Au sujet de la 2^{ème} proposition « *Traitement kinésithérapeutique complexe (...) de patients (...) présentant les symptômes de plusieurs maladies concomitantes* », monsieur X. _____ présentait tout d'abord un syndrome radiculaire sur hernie discale, raison principale de la prescription. Il présentait également des symptômes d'imprégnation cortisonique: obésité tronculaire massive (périmètre abdominal = 113cm), amyotrophie musculaire chronique et déconditionnement musculaire généralisé. Enfin selon le dossier, il présentait également un syndrome lombo-vertébral. Le syndrome lombo-vertébral est une pathologie en soi (pour laquelle monsieur X. _____ avait été traité par une physiothérapie active en 2008 avec une évolution suffisamment favorable en 2009 pour que Monsieur X. _____ change d'approche) mais il accompagne fréquemment un syndrome radiculaire et de ce fait ne peut pas véritablement être considéré comme une maladie supplémentaire (Koes 2007, Genevay 2010). En résumé, en 2010 au moment de la prescription de la position 7311, Monsieur X. _____ présentait d'une part un syndrome radiculaire sur hernie discale et d'autre part une problématique musculo-squelettique complexe (trouble de la statique sur fracture vertébrale, obésité tronculaire et myopathie cortisonique) induit par le traitement (corticothérapie) de la maladie de Churg-Strauss. Bien que le rachis soit un point de convergence entre ces diverses affections, monsieur X. _____ présentait bien les symptômes de plusieurs maladies concomitantes. En outre, ce contexte multiple rendait l'approche thérapeutique plus complexe que la présence d'une simple radiculopathie par hernie discale. On en veut pour preuve d'une part la durée d'évolution particulièrement longue avant la résolution de la radiculopathie et d'autre part, la persistance de la faiblesse musculaire malgré l'intensité du traitement. Les éléments à disposition permettent donc de dire qu'en 2010 Monsieur X. _____ requérait effectivement un traitement de kinésithérapie complexe car il présentait les symptômes de plusieurs maladies concomitantes et qu'au vu de la sévérité de l'atteinte et de la complexité médicale de la situation un traitement 2x/semaine était justifié. Ces conclusions découlant de la présence d'un syndrome radiculaire ajoutée aux problèmes musculo-squelettiques chroniques, elles disparaissent donc avec lui, soit vers la fin de l'année 2011 selon l'anamnèse. [...]

10. QUELLE DOIT ETRE LA FREQUENCE ET LA DUREE FUTURE DES SEANCES DE PHYSIOTHERAPIE?

Monsieur X. _____ présente une pathologie, le syndrome lombo-vertébral chronique, qui est connue pour être une problématique de longue durée, non seulement peu ou pas résolutive mais également marquée par des épisodes d'exacerbation dont l'intensité, la durée et la fréquence sont peu prévisibles. De plus, il présente également de nombreux facteurs liés à la prise chronique de cortisone pour sa maladie de Churg-Strauss (trouble statique sur fracture vertébrale, obésité tronculaire, amyotrophie sur myopathie cortisonique)

qui sont tous susceptibles d'en accroître la fréquence et l'intensité. Enfin, il présente un risque accru de nouvelle fracture vertébrale (le fait d'avoir une fracture vertébrale est un facteur de risque indépendant pour une nouvelle fracture (Ferrar 2012)) et de récurrence de syndrome radiculaire (pour une raison similaire (Asworth 2011)). La seule technique ayant pu démontrer un effet préventif sur la survenue d'une récurrence de syndrome lombo-vertébral est une physiothérapie active (dans laquelle le patient est physiquement actif) (Airaksinen 2006). Mais il a également été démontré que lorsqu'on était dans le cas d'un syndrome lombo-vertébral avéré (donc en prévention tertiaire) la pratique sous supervision physiothérapeutique a des effets supérieurs à celle d'une pratique non supervisée (Bronfort 2011). Ceci est probablement encore plus vrai dans le cas de Monsieur X. _____, compte tenu de tous les facteurs aggravants précités et dans cette situation les 2 approches sont certainement complémentaires. Monsieur X. _____ l'a d'ailleurs bien compris et a intégré très régulièrement la pratique de diverses activités physiques avec des exercices spécifiques, en plus de ses séances de physiothérapie. Vu la persistance d'une faiblesse musculaire, on pourrait souhaiter intensifier encore la prise en charge en introduisant, en plus, des séances de fitness qui devraient être faites au début, sous supervision physiothérapeutique en profitant d'une situation actuellement moins aiguë. Une fois ceci mis en place, le contexte global particulièrement complexe et difficile dans lequel se trouve monsieur X. _____ justifie la poursuite au long cours d'une séance de physiothérapie hebdomadaire afin de contrôler, d'adapter et de complexifier le traitement en fonction de l'évolution de la symptomatologie. Le reste des heures requises doit raisonnablement être effectuées de manière autonome. Cette attitude devra être revue lors d'exacerbations transitoires ou de détérioration chronique qui pourraient transitoirement requérir une intensification du traitement".

Dans sa réponse du 26 juin 2012, Helsana conclut au rejet du recours. Elle soutient que le fait de présenter plusieurs diagnostics différents ne signifie pas nécessairement qu'il s'agisse de plusieurs maladies concomitantes et qu'en l'occurrence, seul le syndrome lombo-vertébral appelle un traitement de physiothérapie. Elle rappelle que ce traitement a été prescrit par les médecins traitants du recourant dans un but de reconditionnement physique et de tonification de la musculature abdomino-pelvienne, ce qui ne justifie pas une approche thérapeutique complexe. S'agissant de la valeur probante de l'expertise du Dr R. _____, elle relève que le recourant n'a pas formulé d'objection à la personne de l'expert, dont il connaissait la spécialité, et que dans la mesure où la pathologie à traiter consiste uniquement en un syndrome vertébral, l'expert nommé était compétent pour en connaître. Elle considère que le fait que ce dernier n'ait pas jugé utile d'analyser toute la documentation du Centre Z. _____ relative à l'anamnèse des dix dernières années n'affecte en rien la valeur probante de son expertise, qui doit l'emporter sur l'expertise privée du Dr G. _____. A l'appui de sa réponse, la caisse a notamment produit deux nouveaux mémos de son médecin-conseil, la

Dresse B._____, des 23 et 30 mai 2012. Le premier remet en doute le caractère efficace et approprié du traitement physiothérapique après autant d'années. En particulier, le médecin-conseil y indique que la maladie de Churg-Strauss n'atteint pas le système musculo-squelettique et que, hormis l'ostéoporose, les autres effets secondaires (cardiovasculaire, hypertension, diabète, dyslipidémie, obésité) demandent un traitement médicamenteux, de sorte qu'une physiothérapie est inadéquate. La Dresse B._____ en conclut qu'une séance hebdomadaire en position 7301 est amplement suffisante pour soulager les douleurs lombaires de l'intéressé. Dans le deuxième mémo, la Dresse B._____ confirme en substance ce qui précède. Elle relève que la maladie de Churg-Strauss a été soignée de manière appropriée par un traitement médicamenteux, lequel a été remboursé sans discussion par l'assureur-maladie, et que si les dorsalgies persistent, la physiothérapie ne représente qu'une méthode d'antalgie servant à atténuer les douleurs mais pas à les guérir. Elle considère qu'il peut tout à fait être exigé du recourant, après une dizaine d'années, qu'il fasse lui-même des exercices à domicile ou qu'il s'adresse au besoin à son médecin pour se faire prescrire une série de neuf séances au maximum quatre fois par année avec la position 7301.

En réplique du 29 novembre 2012, le recourant maintient ses conclusions. Référence faite à l'expertise du Dr G._____, il allègue essentiellement que les séances de physiothérapie ont été prescrites en premier lieu pour lutter contre l'obésité et la myopathie cortisonique, laquelle concerne les membres supérieurs et surtout inférieurs, puis secondairement pour traiter les problèmes rachidiens et améliorer la fonction respiratoire. A l'appui de son écriture, il a produit en particulier les déterminations des Drs G._____ et D._____ des 12 septembre et 27 novembre 2012 sur les mémos du médecin-conseil de la caisse intimée, dont ils remettent en cause les observations, ainsi qu'un certificat médical du Dr C._____ du 11 mai 2012, pour qui le pronostic vital de l'assuré requiert impérativement un traitement sous forme de physiothérapie et d'exercices personnels au fitness et en piscine.

En duplique du 7 février 2013, Helsana maintient sa conclusion en rejet. Elle produit une nouvelle appréciation médicale de la Dresse B._____ du 30 janvier 2013, à laquelle elle se réfère pour rappeler en substance que la période litigieuse remonte à 2010-2011, qu'à cette époque les prescriptions de physiothérapie avaient pour raison principale une tonification de la musculature abdomino-pelvienne et que la myopathie cortisonique est apparue ultérieurement, soit en 2012. Elle maintient dès lors que pour le traitement de la lombosciatalgie trois ans auparavant, la position 7301 était amplement suffisante.

Dans ses déterminations du 15 avril 2013, le recourant fait valoir qu'au regard du dossier médical et d'une nouvelle appréciation du Dr D._____ du 10 avril 2013, annexée à son écriture, la myopathie cortisonique existait déjà au moment de la période litigieuse.

A l'appui de ses déterminations du 7 mai 2013, la caisse a produit un dernier mémo de son médecin-conseil du 29 avril précédent, lequel soutient que même si la myopathie existait précédemment, il n'y était nulle part fait mention durant la période concernée, de sorte qu'un revirement de position n'est pas envisageable.

Dans un dernier échange d'écritures, les parties ont maintenu leur position respective.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent en principe à l'assurance-maladie (art. 1 al. 1 LAMal [loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie, RS 832.10]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 al. 1 et 58 LPGA). Le recours doit être

déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, interjeté en temps utile compte tenu des fêtes pascales (cf. art. 38 al. 4 let. a LPGA), le recours satisfait en outre aux autres conditions légales de recevabilité (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière.

b) La loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

En l'occurrence, la valeur litigieuse étant inférieure à 30'000 fr., la présente cause ressortit à un membre de la Cour des assurances sociales, statuant comme juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164; ATF 125 V 413 consid. 2c).

De jurisprudence constante, le juge des assurances sociales doit, en règle générale, apprécier la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue, les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation devant normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1; TF 9C_167/2013 du 24 avril 2013 consid. 3 et les références citées).

b) Dans le cas présent, le litige porte sur la position tarifaire du traitement de physiothérapie suivi par le recourant, pour la période du 15 octobre 2010 au 30 septembre 2011 exclusivement.

L'intimée admet la prise en charge, par l'assurance obligatoire des soins, de ce traitement à raison d'une séance par semaine de physiothérapie générale (position 7301) ou en piscine (position 7352). Le recourant sollicite pour sa part le remboursement d'au moins deux séances par semaine facturées selon la position tarifaire 7311 (kinésithérapie complexe), subsidiairement les positions 7301 et/ou 7352.

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

Une mesure est efficace lorsqu'elle est démontrée selon des méthodes scientifiques (art. 32 al. 1, 2^{ème} phrase, LAMal) et permet objectivement d'obtenir le résultat diagnostique ou thérapeutique recherché (ATF 139 V 135 consid. 4.4.1 et les références citées), à savoir la suppression la plus complète possible de l'atteinte à la santé somatique ou psychique (ATF 130 V 532 consid. 2.2; TF 9C_912/2010 du 31 octobre 2011 consid. 3.2 et les références citées).

L'adéquation d'une mesure s'examine sur la base de critères médicaux. L'examen consiste à évaluer, en se fondant sur une analyse prospective de la situation, la somme des effets positifs de la mesure envisagée et de la comparer avec les effets positifs de mesures alternatives ou par rapport à la solution consistant à renoncer à toute mesure; est appropriée la mesure qui présente, compte tenu des risques existants, le meilleur bilan diagnostique ou thérapeutique. La réponse à

cette question se confond normalement avec celle de l'indication médicale; lorsque l'indication médicale est clairement établie, il convient d'admettre que l'exigence du caractère approprié de la mesure est réalisée (ATF 139 V 135 consid. 4.4.2; TF 9C_685/2012 du 6 mars 2013 consid. 4.4.2 et les références citées).

Le critère de l'économicité intervient lorsqu'il existe dans le cas particulier plusieurs alternatives diagnostiques ou thérapeutiques appropriées. Il y a alors lieu de procéder à une balance entre coûts et bénéfices de chaque mesure. Si l'une d'entre elles permet d'arriver au but recherché en étant sensiblement meilleur marché que les autres, l'assuré n'a pas droit au remboursement des frais de la mesure la plus onéreuse. Le critère de l'économicité ne concerne pas seulement le type et l'étendue des mesures diagnostiques ou thérapeutiques à accomplir, mais touche également la forme du traitement, notamment les questions de savoir si une mesure doit être effectuée sous forme ambulatoire ou dans un milieu hospitalier et de quelle institution de soins ou service de celle-ci le cas de la personne assurée relève d'un point de vue médical (ATF 139 V 135 consid. 4.4.3; TF 9C_685/2012 du 6 mars 2013 consid. 4.4.3 et les références citées).

b) Le tarif adopté selon la convention tarifaire conclue le 15 décembre 2001 entre (notamment) H+ Les hôpitaux de Suisse d'une part et santésuisse - Les assureurs-maladie suisses d'autre part - tarif dont la convention précise à son art. 1 al. 2 qu'il fait partie intégrante de celle-ci - prévoit sous le titre "généralités" que le physiothérapeute est libre de choisir les méthodes de traitement en fonction de la prescription médicale et de ses connaissances professionnelles; sur la base de la prescription médicale, il choisit le traitement en tenant compte des critères d'économicité et d'efficacité; le tarif est principalement basé sur des forfaits par séance.

La position 7301 du tarif prévoit un forfait (de 48 points) par séance pour la physiothérapie générale (par exemple kinésithérapie, massage et/ou combinaisons avec les thérapies sous position 7320). Cette

position tarifaire couvre tous les traitements uniques ou combinés qui ne sont pas expressément indiqués sous les positions 7311 à 7340, soit en particulier les méthodes de traitement suivantes: kinésithérapie (mobilisation articulaire, kinésithérapie passive, mécanothérapie, gymnastique respiratoire y compris l'emploi d'appareils servant à traiter l'insuffisance respiratoire, gymnastique en piscine), massage manuel et kinésithérapie, massage local ou général, massage du tissu conjonctif, massage réflexogène, extensions vertébrales, bains électriques, massage au jet sous l'eau, massage sous l'eau, bains hyperthermiques, douches médicales et bains médicinaux, inhalations d'aérosols. La position 7301 comprend en outre les combinaisons physiothérapie générale - électrothérapie ou thermothérapie et la combinaison physiothérapie générale - instruction en cas de location d'appareils.

La position 7311 du tarif prévoit un forfait (de 77 points) par séance pour kinésithérapie complexe, soit:

- kinésithérapie complexe en cas de troubles moteurs cérébraux et/ou médullaires (y compris les polyradiculonévrites telles que le syndrome de Guillain-Barré) ou de troubles fonctionnels sévères dans des conditions difficiles (âge, état général, troubles de la fonction cérébrale);
- traitement kinésithérapeutique complexe de blessés polytraumatisés et de patients ayant subi plusieurs opérations ou présentant les symptômes de plusieurs maladies concomitantes;
- thérapie respiratoire en cas de troubles graves de la ventilation pulmonaire.

Le tarif précise que sur demande, l'assureur pourra autoriser l'utilisation de la position 7311 pour d'autres indications.

Quant à la position 7352, soit le supplément pour l'usage d'un bassin de marche ou d'une piscine, elle ne couvre que la kinésithérapie pratiquée dans l'eau, le physiothérapeute facturant ses prestations sur la base des positions 7301, 7311 ou 7330.

c) 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 que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. 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 enfin que 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. 3a; TF 9C_137/2013 du 22 juillet 2013 consid. 3.1). Les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré doivent toutefois être appréciés en tenant compte du fait que ce médecin peut être 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).

Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (cf. TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées).

4. a) En l'espèce, il sied de garder à l'esprit que l'examen du présent litige se limite au traitement de physiothérapie pendant la période du 15 octobre 2010 au 30 septembre 2011, telle que circonscrite par la décision sur opposition attaquée. Une éventuelle modification ultérieure de la situation, singulièrement de l'état de santé du recourant, devra faire l'objet, cas échéant, d'une nouvelle décision de l'intimée (cf. supra, consid. 2a).

b) Il n'est pas contesté que le recourant présente plusieurs atteintes à sa santé depuis de nombreuses années. L'intimée soutient toutefois que la physiothérapie en cause n'aide à traiter qu'une seule affection, soit les douleurs lombaires de l'assuré, ce qui ne justifie pas selon elle la prise en charge, par l'assurance obligatoire des soins, de plus d'une séance de physiothérapie hebdomadaire en position 7301 ou 7352. Elle en veut pour preuve l'avis de son médecin-conseil et de l'expert R. _____ du 31 mai 2011, selon lequel les conditions relatives à une approche complexe en position tarifaire 7311 ne sont pas réunies.

Dans son rapport d'expertise, le Dr R. _____ parvient en effet à la conclusion que l'unique indication pour une physiothérapie active est le syndrome lombo-vertébral (et l'ostéoporose) dont souffre le recourant. Il estime que deux séries de neuf séances devraient en principe être suffisantes, sauf exceptionnellement en cas de problèmes aigus, et qu'il est raisonnablement exigible de l'assuré qu'il complète lui-même ce traitement en s'adonnant parallèlement à du fitness. Contrairement aux assertions de ce dernier, l'avis de l'expert remplit toutes les conditions jurisprudentielles pour se voir reconnaître une pleine valeur probante (cf. supra, consid. 3c). En particulier, le Dr R. _____, dont l'impartialité n'est pas remise en cause, a pris en considération l'ensemble du dossier médical concernant l'assuré depuis 2007, ce qui est amplement suffisant pour se prononcer sur la pertinence du traitement de physiothérapie pour la période litigieuse du 15 octobre 2010 au 30 septembre 2011. L'expert a en outre tenu compte des indications et de l'anamnèse du patient, puis examiné son traitement et sa médication actuels, avant de procéder à un examen clinique global de son état de santé. Le rapport d'expertise du 31

mai 2011 a ainsi été rendu en toute connaissance de cause et ses conclusions sont claires. En tous les cas, les arguments du recourant ne permettent pas de remettre en cause leur bien-fondé.

L'avis de l'expert est d'ailleurs corroboré par celui du médecin-conseil de la caisse intimée, la Dresse B._____, laquelle considère que seules les douleurs lombaires du recourant nécessitent un suivi physiothérapique. Ce médecin rappelle en effet que les autres affections de l'assuré appellent un traitement médicamenteux et ne constituent donc pas une indication à la physiothérapie, raison pour laquelle une approche complexe ne se justifie pas.

Quoi qu'en dise le recourant, ce raisonnement est convaincant et n'entre pas en contradiction avec les autres éléments médicaux au dossier. En effet, tant les médecins du Centre Z._____ que le Dr D._____ ont recommandé, dans leurs rapports respectifs des 3 mai et 18 août 2010, une physiothérapie régulière axée sur le reconditionnement physique, soit la tonification de la musculature abdomino-pelvienne, pour traiter les lombosciatalgies persistantes gauches sur hernies discales de l'assuré. Dit traitement a également été préconisé par le Dr C._____ dans sa note du 13 septembre 2010 pour les mêmes affections. On ne saurait dès lors faire grief à la Dresse B._____ d'en avoir conclu, le 3 décembre 2010, que seule une partie du corps, soit la colonne lombaire, était visée par la physiothérapie, à l'exclusion de la maladie de Churg-Strauss et de ses comorbidités, ce qui ne justifiait pas une approche thérapeutique complexe.

L'avis contraire des médecins traitants du recourant ne permet pas de remettre en cause ce qui précède. Les comorbidités signalées par ces derniers, telles que diabète, cardiopathie, hypertension ou obésité, sont d'ores et déjà traitées par une médication appropriée depuis de nombreuses années ou par de l'exercice physique. Le Dr G._____ reconnaît d'ailleurs lui-même que le rachis est le point de convergence de toutes les différentes affections dont souffre le recourant. Quant au diagnostic de myopathie cortisonique posé par ce médecin en avril 2012, il

n'a jamais été retenu auparavant par les nombreux autres spécialistes qui ont été amenés à examiner l'intéressé, comme le relève à juste titre le médecin-conseil de l'intimée, de sorte qu'il n'en sera pas tenu compte dans la présente procédure. On rappellera au surplus que l'appréciation des médecins traitants doit être appréciée avec réserve, compte tenu du rapport de confiance particulier qu'ils entretiennent avec leur patient (cf. supra, consid. 3c).

c) Au vu de ces éléments, il convient donc de retenir, avec l'intimée, qu'hormis le syndrome lombo-vertébral chronique, aucune des autres pathologies diagnostiquées ne justifie un traitement de physiothérapie. Quant au nombre de séances accordé par la caisse, il permet de répondre aux exigences des différents médecins consultés, qui préconisent un traitement régulier à adapter en fonction des besoins. Il rejoint de surcroît l'opinion du Dr G._____, lequel considère qu'une séance de physiothérapie hebdomadaire est suffisante, le reste des heures requises devant raisonnablement être effectuées de manière autonome. Partant, la prise en charge d'une séance de physiothérapie par semaine selon la position tarifaire 7301, voire 7352, apparaît comme une mesure efficace, appropriée et économique au sens de l'art. 32 al. 1 LAMal, le recourant ne pouvant dès lors prétendre à des prestations plus étendues. Cette conclusion s'impose d'autant plus que, comme le relève l'intimée dans la décision sur opposition querellée, une limitation tarifaire n'a pas d'incidence sur la qualité du traitement prodigué. On relèvera enfin, conformément à la jurisprudence susmentionnée (cf. supra, consid. 2b et 4a), que l'issue du présent litige ne préjuge pas la question d'une éventuelle péjoration de l'état de santé du recourant à compter du 1^{er} octobre 2011, laquelle pourra faire l'objet, cas échéant, d'un nouvel examen.

5. Il s'ensuit que la position de l'intimée échappe à la critique, de sorte que le recours doit être rejeté et la décision sur opposition litigieuse confirmée.

Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA et 45 LPA-VD), ni d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA, 55 et 91 LPA-VD).

**Par ces motifs,
le juge unique
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue le 15 mars 2012 par Helsana Assurances SA est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.

La juge unique :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- Me Muriel Vautier, avocate (pour X. _____),
- Helsana Assurances SA,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent

être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :