Tribunal fédéral – 9C_45/2024
III[e] Cour de droit public
Arrêt du 11 septembre 2026

Assurance-maladie

Assurance obligatoire des soins, limitation de la prise en charge des prestations

Art. 32 et 56 LAMal

Une personne assurée, née en 1975, était affiliée pour l'assurance obligatoire des soins auprès de Mutuel Assurance Maladie SA. A la suite de cervicoscapulalgies chroniques et d'un syndrome somatoforme douloureux, elle a suivi dès la fin de l'année 2007 jusqu'en septembre 2017 des **séances de chiropraxie à raison de deux à trois séances par semaine** auprès d'un spécialiste en chiropratique. Par la suite, la caisse-maladie a demandé l'avis de son médecin-conseil et a limité sa prise en charge au coût de 36 séances de chiropraxie par année (physiothérapie comprise). Dans le cadre du recours formé par l'assurée auprès du tribunal des assurances compétent, une expertise judiciaire a été organisée. Sur la base des faits constatés par l'autorité précédente, le TF arrive à la conclusion qu'au vu de la persistance des plaintes sur une très longue période, leur caractère chronique ainsi que le maintien, voire l'ancrage, d'un besoin ressenti de traitements rapprochés, une amélioration durable et objectivable, proportionnée à l'intensité de la prise en charge, n'était ainsi nullement démontrée. Dans ces circonstances, **l'absence d'évolution thérapeutique significative malgré la fréquence élevée des séances** constituait **un indice sérieux** que la poursuite de la prise en charge selon les mêmes modalités n'était **pas susceptible de procurer un bénéfice médical correspondant aux moyens engagés**. Le TF conclut qu'une limitation de la prise en charge à 36 séances par année est justifiée, pour des questions d'économicité (art. 32 et 56 LAMal).

Auteur : Guy Longchamp

Recours contre l'arrêt du Tribunal cantonal du canton de Vaud du 6 novembre 2023 (AM 49/17 - 29/2023).

Faits :

A.
A., née en 1975, est affiliée pour l'assurance obligatoire des soins auprès de Mutuel Assurance Maladie SA (ci-après : la caisse maladie). À la suite de cervicoscapulalgies chroniques, elle a suivi dès la fin de l'année 2007 des séances de chiropraxie à raison de deux à trois séances par semaine auprès du docteur B., spécialiste en chiropratique.

La caisse-maladie a demandé l'avis de son médecin-conseil, le docteur C., spécialiste en médecine interne générale (du 22 janvier 2010), qui a estimé que le traitement relevait de la surconsommation médicale, puis du docteur D., médecin praticien (du 15 juillet 2010), qui a indiqué qu'il n'avait pas trouvé de réponse claire à la question de savoir dans quel contexte la chiropraxie pouvait être pratiquée à long cours lors d' un problème chronique. Il a recommandé une approche plus active, avec un entraînement musculaire, mais a relevé n'avoir pas d'argument scientifique pour soutenir une diminution de la prise en charge. Par décision du 27 août 2010, la caisse-maladie a pris en charge le coût de 36 séances de chiropraxie par année (physiothérapie comprise).

L'assurée s'est opposée à cette décision et s'est référée à l'avis des docteurs B. (du 30 septembre 2010), et E., spécialiste en psychiatrie et psychothérapie (du 9 décembre 2010). La caisse-maladie a demandé au docteur D. la mise en oeuvre d'une expertise. Dans un rapport du 22 juin 2011, le médecin a diagnostiqué des cervicoscapulalgies chroniques, dans le contexte de troubles statiques et dégénératifs et d'un déconditionnement musculaire et psychique, ainsi qu'un état anxieux probable. Il a recommandé la prise en charge de deux traitements de chiropraxie par semaine pendant six mois, puis de réévaluer la situation. Les docteurs F., médecin praticien (avis du 21 octobre 2013), et B. (avis du 22 novembre 2013) ont pris position. À l'invitation de la caisse-maladie, le docteur G., spécialiste

en médecine interne générale et chiropraticien, a procédé à une évaluation de la facturation du docteur B. (rapport du 25 octobre 2016).

Se plaignant de ne pas recevoir une décision sur son opposition, l'assurée a saisi la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud d'un recours pour déni de justice. La cour cantonale a admis ce recours et a invité l'assureur à rendre une décision sur opposition à bref délai au sens des considérants, en précisant quelles factures, parmi celles produites par l'assurée, étaient prises en charge par l'assurance obligatoire des soins, lesquelles étaient refusées et, le cas échéant, pour quels motifs (arrêt du 2 mai 2017). Par décision sur opposition du 27 juillet 2017, la caisse-maladie a confirmé la limitation de la prise en charge des soins à hauteur de 36 séances par année. Il a réservé une réévaluation ultérieure et retiré l'effet suspensif à un éventuel recours.

B.

L 'assurée a déféré la décision sur opposition du 27 juillet 2017 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud, qui a tout d'abord constaté à titre préjudiciel la péremption du droit de celle-ci au remboursement d'un certain nombre de factures (arrêt préjudiciel du 12 février 2020). Le Tribunal cantonal a ensuite ordonné une expertise pluridisciplinaire auprès du Centre d'Expertises Médicales de Nyon (CEMed) et demandé à celui-ci la mise en oeuvre d'un volet chiropratique. Le 10 mars 2023, le docteur H., spécialiste en chiropratique, a conclu que le traitement de chiropraxie dispensé à l'assurée respectait les principes d'efficacité, d'adéquation et d'économicité. Dans un rapport du 31 mars 2023, les docteurs I., spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et J., spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, ont diagnostiqué notamment - sans répercussion sur la capacité de travail - un syndrome somatoforme douloureux persistant, un status après entorse cervicale bénigne en 2004 et une discopathie C6-C7 dès 2006 (avec nucléotomie percutanée en 2008). Les deux médecins du CEMed ont indiqué qu'ils n'avaient pas de réponse définitive. Ils ont relevé que l'assurance obligatoire des soins admettait quatre séries de neuf séances par année de physiothérapie pour des pathologies chroniques et qu'on pourrait admettre par analogie 36 séances par année de 2010 à 2017 dans le cas présent. Le Tribunal cantonal a tenu une audience de débats publics le 6 novembre 2023. Par arrêt du même jour, il a partiellement admis le recours et réformé la décision sur opposition du 27 juillet 2017 en ce sens que l'assurée a droit au remboursement de ses traitements de chiropraxie à concurrence de 36 séances par année du 27 août 2010 au 31 décembre 2017. Pour le surplus, il a renvoyé la cause à l'assureur pour calcul du montant des prétentions dans le sens des considérants.

C.
A. forme un recours en matière de droit public contre cet arrêt dont elle demande la réforme en ce sens que Mutuel Assurance Maladie SA doit prendre en charge les traitements de chiropraxie dispensés à compter du 27 août 2010. Subsidiairement, elle demande la prise en charge des traitements de chiropraxie dispensés à concurrence de 36 séances par an à compter du 27 août 2010. Plus subsidiairement encore, elle conclut à l'annulation de l'arrêt attaqué et au renvoi de la cause à l'autorité précédente pour nouvelle instruction et décision dans le sens des considérants.

Mutuel Assurance Maladie SA conclut en substance au rejet du recours, en renvoyant aux considérants de l'arrêt attaqué, tandis que l'Office fédéral de la santé publique renonce à se déterminer.

Considérant en droit :

1.
Bien que le ch. 3 du dispositif de l'arrêt entrepris renvoie la cause à l'assureur intimé, il ne s'agit pas d'une décision incidente au sens de l'art. 93 LTF, car l'autorité précédente a statué définitivement sur les points contestés, le renvoi de la cause ne visant que le calcul du montant des prétentions allouées.

Le recours est dès lors recevable puisqu'il est dirigé contre une décision finale (art. 90 LTF ; ATF 144 V 280 consid. 1.2 ; 134 II 124 consid. 1.3).

2.
Le recours en matière de droit public peut être formé notamment pour violation du droit fédéral (art. 95 let. a LTF), que le Tribunal fédéral applique d'office (art. 106 al. 1 LTF), n'étant limité ni par les arguments de la partie recourante, ni par la motivation de l'autorité précédente. Le Tribunal fédéral fonde son raisonnement sur les faits retenus par la juridiction de première instance (art. 105 al. 1 LTF) sauf s'ils ont été établis de façon manifestement inexacte (c'est-à-dire arbitraire au sens de l'art. 9 Cst. ; ATF 150 II 346 consid. 1.6 et la référence) ou en violation du droit au sens de l'art. 95 LTF (art. 105 al. 2 LTF).

3.

3.1. Compte tenu des conclusions et motifs du recours, est seul litigieux en instance fédérale le nombre de séances de chiropraxie pris en charge par l'assurance obligatoire des soins depuis le 27 août 2010. Il s'agit singulièrement d'examiner si la cour cantonale a violé le droit fédéral en limitant cette prise en charge à 36 séances par année pour la période du 27 août 2010 au 31 décembre 2017.

3.2. On rappellera que le contenu et la portée d'un arrêt ressortent en premier lieu de son dispositif. Seul le dispositif de la décision est en principe revêtu de l'autorité de la chose jugée, à l'exclusion de ses considérants, ce quand bien même l'analyse de ceux-ci est parfois nécessaire à la compréhension de celui-là (ATF 141 III 229 consid. 3.2.6 ; 128 III 191 consid. 4a ; arrêt 4A_355/2021 du 18 janvier 2022 consid. 6.1). Il est parfois indispensable de se référer aux considérants pour déterminer la portée précise du dispositif, notamment lorsque celui-ci se borne à indiquer que la demande est rejetée (ATF 136 III 345 consid. 2.1 ; 121 III 474 consid. 4a ; 116 II 738 consid. 2a ; arrêt 4A_536/2018 du 16 mars 2020 consid. 3.1.1). Lorsque le dispositif se réfère aux motifs, ceux-ci en deviennent partie intégrante et acquièrent force matérielle, dans la mesure où ils font partie de l'objet du litige (arrêts 9C_457/2022 du 3 avril 2023 consid. 1.1 ; 1C_125/2018 du 8 mai 2019 consid. 3.1, non publié in ATF 145 II 218).

En l'espèce, la recourante conteste la limitation de la prise en charge des prestations à fin 2017. Quoi qu'elle en dise, la juridiction cantonale n'a à juste titre pas étendu le cadre temporel du litige qui lui était soumis à la période courant au-delà de fin 2017 (voir cependant consid. 7 infra). Au chiffre II du dispositif de l'arrêt attaqué, elle a jugé que la décision rendue le 27 juillet 2017 est réformée en ce sens que A. a droit au remboursement de ses traitements de chiropraxie à concurrence de trente-six séances par an depuis le 27 août 2010 jusqu' au 31 décembre 2017. Elle a ensuite précisé au chiffre III du dispositif que la cause est renvoyée à Mutuel Assurance Maladie SA pour calcul du montant des prétentions dans le sens des considérants. Même si elle a considéré que « le remboursement des prestations litigieuses doit prendre fin au 31 décembre 2017 » (arrêt attaqué consid. 4c in fine), elle n'a pas statué de manière contraignante sur la période postérieure à cette date, qui n'entrait pas dans le cadre temporel du litige, fixé, entre autres éléments, par la décision sur opposition (consid. 7 infra). Dans celle-ci, la caisse-maladie avait expressément indiqué que « pour l'avenir, le dossier pourra être réévalué médicalement ».

4.

4.1. L'arrêt entrepris expose de manière complète les bases légales - dans leur version applicable au moment de la survenance des faits juridiquement déterminants (ATF 146 V 364 consid. 7.1 ; 140 V 41 consid. 6.3.1) - et la jurisprudence sur la notion de maladie (art. 3 LPGA) et les conditions dans lesquelles l'assurance-maladie obligatoire prend en charge les coûts des prestations dispensés par un médecin (art. 25 et 32 LAMal [RS 832.10] ; ATF 129 V 173 consid. 4), en particulier des prestations

prescrites par un chiropraticien (art. 4 de l'ordonnance du DFI du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie [OPAS ; RS 832.112.31]). Il suffit d'y renvoyer.

4.2. On rappellera, à la suite des premiers juges, que 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 (art. 24 LAMal). À ce titre, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles (art. 25 al. 1 LAMal). Ces prestations, qui comprennent notamment les examens et traitements dispensés sous forme ambulatoire par les médecins et les chiropraticiens (art. 25 al. 2 let. a ch. 1 et 2 LAMal), doivent être efficaces, appropriées et économiques. L'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques (art. 32 al. 1 LAMal). Les critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité énoncés dans cette disposition constituent les conditions fondamentales cumulatives que doit remplir toute prestation. Ils ont pour but de garantir des soins de santé efficaces, de haute qualité et appropriés à un coût aussi bas que possible (ATF 151 V 158 consid. 3.2). Tous les acteurs du domaine de l'assurance obligatoire des soins doivent s'orienter vers cet objectif (ATF 127 V 80 consid. 3c/aa ; arrêt 9C_281/2024 du 28 juillet 2025 consid. 4.2). Les fournisseurs de prestations admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins doivent limiter leurs prestations à la mesure exigée par l'intérêt de l'assuré et le but du traitement (art. 56 al. 1 LAMal). La rémunération des prestations qui dépassent cette limite peut être refusée (art. 56 al. 2, 1 re phrase, LAMal)

4.3. Pour garantir que les prestations prises en charge par l'assurance-maladie obligatoire remplissent les exigences de l'efficacité, de l'adéquation et du caractère économique, l'art. 33 LAMal prévoit un système pour désigner les prestations susceptibles d'être prises en charge. Ce système distingue selon le type de fournisseurs de prestations et/ou selon la nature de la prestation dispensée et est concrétisé par l'art. 33 de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal ; RS 832.102) (ATF 151 V 158 consid. 3.4 et la référence).

Ainsi, la LAMal distingue les fournisseurs de prestations qui pratiquent directement à la charge de l'assurance obligatoire des soins, tels que les médecins et les chiropraticiens (les professions médicales ; art. 25 al. 2 let. a ch. 1 et 2 LAMal et 35 al. 2 let. a et c LAMal), d'une part, des personnes qui prodiguent des soins à titre indépendant à leur compte sur prescription médicale ou sur mandat médical (les professions paramédicales ; art. 25 al. 2 let. a ch. 3 LAMal et 35 al. 2 let. e LAMal), tels que les physiothérapeutes (art. 47 OAMal ; voir ATF 129 V 167 consid. 3.2 ; arrêt 9C_281/2024 du 28 juillet 2025 consid. 4.3), d'autre part. Ainsi, selon l'art. 33 al. 1 et 2 LAMal, le Conseil fédéral peut désigner les prestations fournies par un médecin ou un chiropraticien, dont les coûts ne sont pas pris en charge par l'assurance obligatoire des soins ou le sont à certaines conditions (art. 33 al. 1 LAMal), tandis qu'il désigne en détail les autres prestations prévues à l'art. 25 al. 2 LAMal, qui ne sont pas fournies par un médecin ou un chiropraticien ainsi que les prestations prévues aux art. 26, 29 al. 2 let. a et c et 31 al. 1 LAMal (art. 33 al. 2 LAMal).

Cette distinction signifie que toutes les prestations fournies par un médecin ou un chiropraticien - qui sont placées sur un pied d'égalité du point de vue de la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins - sont réputées a priori à la charge de l'assurance obligatoire des soins, dès lors qu'il n'existe pas de catalogue « positif » (respectivement exhaustif) de prestations. Elle se fonde sur la présomption que les médecins et les chiropraticiens appliquent des traitements et mesures qui répondent aux conditions posées par l'art. 32 al. 1 LAMal (arrêt 9C_328/2016 du 10 octobre 2016 consid. 3.2). Le Conseil fédéral peut en revanche dresser un catalogue « négatif » (respectivement conditionnel) des prestations qui ne répondraient pas à ces critères ou qui n'y répondraient que partiellement ou sous condition (ATF 151 V 158 consid. 3.4 et les références ; arrêt 9C_438/2024 du 24 juin 2026 consid. 6.1 - 6.3, destiné à la publication). Si un assureur-maladie estime qu' un traitement médical ou chiropratique déterminé, qui n'est pas exclu, est inefficace, inappropriée ou non économique (art. 32 al. 1 LAMal), il lui appartient, conformément à la maxime inquisitoire, d'élucider les

circonstances, par exemple en ordonnant une expertise, puis de statuer sur l'obligation de prester dans le cas particulier (ATF 129 V 167 consid. 3.2 et 4 ; cf. également ATF 136 V 84 consid. 2.1). La présomption du caractère obligatoire de la prise en charge de la prestation peut ainsi être renversée, dans un cas particulier, par l'assureur-maladie dans le cadre d'une décision, ou, sur la base de l'art. 33 al. 1 LAMal, par une liste négative exhaustive (arrêt 9C_702/2023 du 15 février 2024 consid. 4.3 et les références, in SVR 2024 KV n° 8 p. 34).

5.

5.1. L'autorité précédente a retenu d'abord que, sans remettre en cause la perception subjective de la recourante, l'efficacité des traitements de chiropraxie à la fréquence observée n'était pas démontrée selon les standards scientifiques requis par la LAMal (art. 32 al. 1 LAMal). En ce qui concerne l'économicité des traitements, les médecins du CEMed avaient en outre indiqué que les patients atteints d'un syndrome douloureux somatoforme persistant manifestaient fréquemment une demande accrue de soins, tant par leur fréquence que par leur variété. Dans le cas particulier, les experts s'étaient en particulier interrogés sur l'existence d'une dépendance, fût-elle inconsciente, de la recourante à l'égard de la thérapie ou des thérapeutes. Ils ont estimé qu'une telle situation aurait nécessité, dès les premiers mois de la prise en charge, une réorientation vers une stratégie thérapeutique visant à favoriser l'autonomisation de l'assurée et la réduction progressive de sa consommation médicale. Il n'était en revanche pas possible selon eux, au vu des données disponibles, de délimiter précisément, parmi l'ensemble des traitements dispensés, quels actes auraient été médicalement indiqués tout en satisfaisant aux exigences d'économicité (art. 32 et 56 LAMal). Ils ont rappelé par analogie que le droit fédéral prévoyait, pour les pathologies chroniques telles que les rhumatismes inflammatoires ou les troubles dégénératifs, la prise en charge de quatre séries de neuf séances de physiothérapie par année. Au-delà de 36 séances par année, la poursuite du traitement était subordonnée à un rapport motivé du médecin traitant adressé au médecin-conseil de la caisse-maladie (art. 5 al. 2 et 4 OPAS). Dès lors, selon les médecins du CEMed, la limitation à 36 séances par année, telle qu'appliquée pour les années 2010 à 2017, répondait aux exigences d'économicité. Aucun élément objectif ne permettait d'établir le caractère exceptionnel de l'atteinte à la santé invoquée, de nature à justifier une dérogation durable à ce cadre. De plus, toujours de l'avis du Tribunal cantonal, les rapports médicaux versés au dossier n'étaient pas de nature à remettre en cause les conclusions des experts du CEMed, mais tendaient au contraire à les confirmer, en ce sens qu'une évolution du schéma thérapeutique vers une approche plus active et centrée sur l'autonomisation de la patiente s'imposait.

Par surabondance, l'autorité précédente a relevé que la solution consistant à limiter la prise en charge à 36 séances par année s'inscrivait dans la systématique de l'art. 4 let. e OPAS (prestations prescrites par les chiropraticiens), qui renvoyait à l' art. 5 OPAS pour les prestations de physiothérapie. Selon l'art. 5 al. 4 OPAS, toute poursuite du traitement au-delà de 36 séances devait être justifiée par un rapport médical circonstancié, adressé au médecin-conseil de la caisse-maladie, accompagné d'une proposition motivée. Aucun rapport ni proposition de cette nature n'avaient cependant été soumis après chacune des échéances annuelles de 36 séances. Cela étant, tant les médecins du CEMed que la caisse-maladie avaient admis un quota de 36 séances par an.

5.2. En se fondant essentiellement sur les conclusions du rapport du docteur H. du 10 mars 2023, la recourante reproche en substance à la juridiction cantonale d'avoir versé dans l'arbitraire en limitant la prise en charge des traitements chiropratiques à 36 séances par année. Elle soutient que tous les traitements chiropratiques étaient médicalement indiqués, au vu des diagnostics et symptômes présentés, notamment d'importants troubles proprioceptifs cervicaux et d'une faiblesse des muscles fléchisseurs profonds du cou, et répondaient aux principes d'efficacité, d'adéquation et d'économicité. Elle affirme que les docteurs H. et D. avaient en outre attesté que le traitement de chiropraxie avait été efficace au degré de la vraisemblance prépondérante. La juridiction cantonale avait d'ailleurs admis

une prise charge à raison de 36 séances par année jusqu'à fin 2017. La recourante conteste encore que le docteur B. aurait dû déposer un rapport après chaque échéance de 36 séances. Une procédure d'opposition était en effet en cours et le docteur B. avait largement motivé sa demande tendant à la prise en charge des traitements litigieux, dans un rapport du 30 septembre 2010 puis du 22 novembre 2013 notamment. Le docteur B. aurait immanquablement et largement motivé plus avant les prises en charge s'il avait été invité à le faire par la caisse-maladie. Celle-ci s'était toutefois abstenue d'instruire la cause pendant plusieurs années.

6.

6.1. L'autorité précédente a tout d'abord constaté, d'une manière qui lie le Tribunal fédéral (consid. 2 supra), que la recourante souffrait d'un syndrome douloureux somatoforme persistant. Dans ce type de pathologie chronique, la jurisprudence a déjà mis en évidence le risque pour la personne concernée de développer une dépendance thérapeutique, même inconsciente, et un contact répété avec des professionnels de la santé (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1). Les premiers juges ont dès lors attribué sans arbitraire à cet aspect une importance particulière dans le cas d'espèce. La prise en charge chiropratique s'est en effet prolongée selon une fréquence de consultations à intervalles très rapprochés d'une à trois séances par semaine pendant plusieurs années. À l'inverse de ce que soutient la recourante, en se référant notamment à l'avis de l'expert chiropraticien H., la nécessité d'un traitement d'une telle fréquence ne saurait trouver son fondement dans son besoin subjectivement éprouvé de bénéficier d'un accompagnement régulier, dans la stabilité de la relation thérapeutique, dans le risque de la multiplication d'autres consultations et, de façon plus générale, dans le caractère complexe et singulier de ses douleurs chroniques. Le droit aux prestations de l'assurance obligatoire des soins ne se détermine pas en fonction de la seule préférence de la personne concernée ni de la seule qualité subjective de l'alliance thérapeutique. Ces éléments peuvent faire partie de l'appréciation globale, mais ils ne sauraient se substituer à la démonstration de l'adéquation, de l'économicité et de l'efficacité de la prestation dans son étendue concrète. On ne saurait en particulier justifier la prise en charge d'une prestation au motif qu'elle éviterait hypothétiquement d'autres mesures éventuellement plus onéreuses.

6.2. Les faits constatés par l'autorité précédente ne font ensuite apparaître aucune amélioration objective qui soit proportionnée à la durée et à l'intensité exceptionnelle de la prise en charge. Ils mettent au contraire en évidence la persistance des plaintes sur une très longue période, leur caractère chronique ainsi que le maintien, voire l'ancrage, d'un besoin ressenti de traitements rapprochés. Une amélioration durable et objectivable, proportionnée à l'intensité de la prise en charge, n'est ainsi nullement démontrée. Dans ces circonstances, l'absence d'évolution thérapeutique significative malgré la fréquence élevée des séances constituait, quoi qu'en dise la recourante, un indice sérieux que la poursuite de la prise en charge selon les mêmes modalités n'était pas susceptible de procurer un bénéfice médical correspondant aux moyens engagés. Il ne saurait dès lors être reproché à l'autorité précédente d'avoir examiné de manière critique la nécessité de maintenir un dispositif chiropratique aussi intensif.

6.3. Selon les faits constatés par l'autorité précédente, les experts du CEMed ont par ailleurs confirmé d'un point de vue médical qu'une telle situation thérapeutique aurait imposé de rechercher beaucoup plus tôt une diminution de la consommation médicale ainsi qu'une autonomisation progressive de la recourante. La recourante objecte que la fréquence des traitements chiropratiques a contribué à sa reprise professionnelle et à une certaine stabilisation. Même admis, ces éléments ne permettent cependant pas de déduire que la fréquence des séances hebdomadaires était nécessaire (au sens de la LAMal).

Le droit à l'assurance obligatoire des soins ne s'étend pas à toute mesure susceptible d'apporter un soulagement. Il couvre les prestations dont l'utilité médicale et l'intensité sont suffisamment établies.

Plus un traitement est fréquent, prolongé et éloigné d'un usage thérapeutique habituel, plus la justification de cette intensité doit être convaincante. En l'espèce, la preuve d'un bénéfice additionnel propre à une fréquence de consultation aussi élevée n'a nullement été apportée par la recourante au cours de la procédure ou par les experts chiropratiques auxquels elle se réfère. Au contraire, dès le 22 novembre 2013, le docteur B. avait relevé que « [n]ous arriverons certainement à passer de 3 séances/semaine à 2 voir[e] une... ! » (avis du docteur B. du 22 novembre 2013). Le chiropracteur traitant admettait dès lors que la fréquence des traitements se justifiait par d'autres éléments que la seule nécessité médicale et que cette fréquence s'enlisait au-delà de ce que lui-même estimait objectivement nécessaire.

Plusieurs éléments constatés par la juridiction cantonale militent de plus objectivement contre la nécessité d'une fréquence de consultation aussi élevée. Les avis médicaux, recueillis sur une très longue période, convergent, dès le début du traitement, sur le fait que dans le cadre des douleurs chroniques persistantes, la stratégie thérapeutique ne saurait se réduire à la répétition d'un modèle de prise charge intensive. Les experts du CEMed ont souligné que la stratégie médicale aurait ainsi dû, autant que possible, favoriser l'autonomisation, le reconditionnement, l'activité physique adaptée et l'acquisition par la recourante de moyens lui permettant de gérer par elle-même une partie de sa symptomatologie. Le simple fait qu'un traitement procure un soulagement transitoire ou qu'il soit ressenti comme sécurisant pour la personne concernée ne suffit nullement, comme déjà mentionné, à justifier la nécessité d'une telle intensité. Les différents experts ont certes relevé que la littérature scientifique ne fixait aucun nombre maximal de séances chiropratiques pour une affection douloureuse chronique. Cet argument mis en évidence par la recourante n'est cependant pas décisif. L'absence de seuil scientifique ne conduit pas à reconnaître un droit à une fréquence de consultation quasi illimitée. Elle impose au contraire d'apprécier avec soin le cas individuel, au moyen d'une expertise, en fonction de l'évolution clinique, des objectifs thérapeutiques, des alternatives disponibles et du bénéfice que l'on peut attendre de séances aussi fréquentes.

Aussi, dans ce contexte, en se fondant sur les conclusions de l'expertise du CEMed, les premiers juges ont retenu sans arbitraire que 36 séances annuelles pouvaient être admises. Les experts du CEMed n'ont en particulier pas nié l'existence des douleurs, ni exclu l'apport de la chiropraxie à la recourante, ni prétendu que toute séance au-delà d'un certain seuil serait, par nature, inutile. Ils ont retenu une solution intermédiaire, tenant compte d'une part de la chronicité du trouble et de la possibilité d'un bénéfice symptomatique, et, d'autre part, de la nécessité de favoriser une prise en charge plus autonome et active par la recourante elle-même. La limite de 36 séances annuelles laisse ainsi subsister dans le cas particulier de la recourante une fréquence de traitement régulière, comparable globalement à celle que le docteur B. annonçait comme attendu en 2013 déjà, tout en imposant un espacement compatible avec l'objectif d'autonomisation et de mobilisation active propre à ce type d'atteintes à la santé.

6.4. Ensuite des éléments qui précèdent, il n'est pas nécessaire de déterminer si la réglementation applicable à la physiothérapie peut être transposée, par analogie, à la fréquence des traitements chiropratiques. Il suffit de constater que, dans le cas concret, la limite de 36 séances annuelles repose sur une expertise judiciaire suffisamment motivée. Même en faisant abstraction de toute comparaison avec la physiothérapie, les conclusions des experts du CEMed sont convaincantes. Elles se fondent sur la nature chronique du trouble, l'absence de preuve scientifique en faveur de traitements physiques très rapprochés sur une longue durée, la nécessité d'une approche multimodale, l'objectif d'autonomisation et l'absence de démonstration d'un bénéfice supplémentaire propre à la fréquence supérieure.

La recourante n'établit en outre pas que les experts du CEMed se seraient limités à transposer le régime de la physiothérapie à la chiropraxie. Les experts ont en réalité recherché une intensité de soins qui demeure compatible avec le maintien d'un accompagnement thérapeutique sans consacrer une

dépendance durable à des mesures passives. Il n'y a dès lors pas lieu de se prononcer sur la portée des art. 4 et 5 OPAS dans le domaine de la chiropraxie. La limitation à 36 séances annuelles trouve un fondement suffisant dans l'art. 32 LAMal, interprété à la lumière du principe d'économicité consacré par l'art. 56 LAMal et dans l'appréciation des experts du CEMed. Il n'y a pas lieu de s'écarter de l'appréciation de la juridiction cantonale.

7.
Au terme de son raisonnement, la juridiction cantonale a retenu que le remboursement des prestations litigieuses devait prendre fin au 31 décembre 2017. Elle s'est dès lors écartée, au bénéfice de la recourante, du principe selon lequel elle devait statuer jusqu'au 27 juillet 2017, soit jusqu'au prononcé attaqué (s'agissant du cadre temporel de l'état de fait soumis au juge, voir ATF 132 V 215 consid. 3.1.1). Sous réserve des considérations déjà exposées (consid. 3.2 supra), il n'appartient pas au Tribunal fédéral d'aller au-delà des conclusions des parties (art. 107 al. 1 LTF). Il ne saurait dès lors réformer l'arrêt entrepris au détriment de la recourante.

8.
Mal fondé, le recours doit être rejeté.

9.
Vu l'issue du litige, les frais judiciaires sont mis à la charge de la recourante (art. 66 al. 1 LTF). L'intimée n'a pas droit à des dépens (art. 68 al. 3 LTF).

Par ces motifs, le Tribunal fédéral prononce :

1.
Le recours est rejeté.
2.
Les frais judiciaires, arrêtés à 500 fr., sont mis à la charge de la recourante.
3.
Il n'est pas alloué de dépens.
4.
Le présent arrêt est communiqué aux parties, au Tribunal cantonal du canton de Vaud, Cour des assurances sociales, et à l'Office fédéral de la santé publique.