

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1534/2013

ATAS/622/2016

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 11 août 2016

3^{ème} Chambre

En la cause

A_____ SA, sise à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Jacques ROULET

recourante

contre

INTRAS ASSURANCE-MALADIE SA, sise Droit & Compliance, Tribschenstrasse 21, LUCERNE

intimée

Madame B_____, domiciliée c/o EMS C_____, à CHÊNE-BOUGERIES

appelée en cause

Siégeant : Karine STECK, Présidente.

EN FAIT

1. Madame B_____ (ci-après : l'assurée), née en 1942, était affiliée auprès d'INTRAS assurance-maladie SA (ci-après : la caisse) du 1^{er} mars 1982 au 31 décembre 2005 pour l'assurance obligatoire des soins.
2. Entre le 20 octobre et le 31 décembre 2005, des médecins de la société Médecins A_____ SA (ci-après : A_____) se sont déplacés à 125 reprises chez l'assurée, suite à des appels téléphoniques de cette dernière, jusqu'à 8 fois par jour.
3. Selon les notes d'honoraires produites, A_____ a facturé des visites à domicile, des indemnités de déplacement, des prestations médicales en l'absence du patient, des indemnités forfaitaires de dérangement en cas d'urgence, des majorations en pourcents pour urgences, des saturations oxygène, des sets injection et de la morphine AMP.
4. Suite à chaque intervention, les médecins ont adressé un rapport au docteur D_____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin traitant de l'assurée. Ils ont généralement mentionné les diagnostics d'algies rebelles, de douleurs du membre inférieur droit, de douleurs chroniques des membres inférieurs ou de neuropathie du membre inférieur gauche. Certains rapports ont fait état de troubles psychiques, soit d'une personnalité de type borderline, d'un syndrome dépressif ou encore d'un état borderline. Les urgentistes ont procédé, pratiquement à chaque visite, à une injection de morphine (10 mg).
5. Par courrier du 6 juillet 2006, la caisse a accusé réception des factures concernant les soins prodigués en 2005 et informé A_____ qu'elles étaient gardées en suspens jusqu'au paiement des actes de défaut de bien.
6. Le 6 octobre 2006, la caisse a indiqué à A_____ que les factures en souffrance faisaient l'objet d'instructions complémentaires auprès de ses services.
7. En date du 26 mars 2007, A_____ a adressé à la caisse un relevé de compte de ses prestations en faveur de l'assurée du 20 octobre au 31 décembre 2005, pour un montant total de CHF 33'279.03.
8. Le 4 avril 2007, la caisse a proposé à A_____ de lui rembourser la somme de CHF 25'000.- pour solde de tout compte.
9. Suite à l'introduction d'une poursuite par A_____, un commandement de payer a été notifié à la caisse le 10 mai 2007, auquel elle a fait opposition.
10. Par courrier du 28 octobre 2011, A_____, par le biais d'un mandataire, a indiqué à la caisse intervenir en sa qualité de cessionnaire des droits de l'assurée et lui a réclamé le montant de CHF 33'279.03. Étaient annexées plusieurs cessions de créance signées par l'assurée entre décembre 2004 et février 2005.

11. En date du 14 novembre 2011, la caisse a refusé de verser ledit montant et soutenu que la péremption était acquise, les prestations datant de plus de cinq ans.
12. Le 21 novembre 2011, A_____ a réitéré sa demande, contestant toute péremption de son droit et relevant que la caisse avait suspendu le droit aux prestations en 2006, suspension qui reportait le droit d'en demander le remboursement.
13. Par décision formelle du 20 août 2012, la caisse a refusé de régler les factures relatives aux traitements dispensés entre le 20 octobre et le 31 décembre 2005 par les médecins de A_____. Après avoir mentionné que l'assurée avait « signé pour chaque facture une cession de créance en faveur de A_____ » et avait ainsi autorisé la caisse « à verser directement à A_____ le montant des honoraires facturés », elle a maintenu que le droit aux prestations était éteint au plus tard pour la dernière facture, datée de mai 2006, en mai 2011. Les prestations réclamées étaient périmées, en dépit de la suspension des prestations et de la notification d'un commandement de payer. Cela étant, même en cas de report du délai de péremption, la suspension avait été levée en octobre 2006, de sorte que le droit aux prestations se serait de toute façon éteint en octobre 2011.
14. En date du 19 septembre 2012, A_____ s'est opposé à cette décision en soutenant notamment que la disposition légale invoquée par la caisse visait uniquement l'exercice du droit aux prestations et non leur exécution ou leur paiement. S'agissant du paiement de prestations accordées et entrées en force, le délai de prescription absolu de 10 ans s'appliquait et le fournisseur de prestations devait, pour faire valoir son droit, émettre une facture et l'adresser soit à l'assuré, soit à l'assureur selon le système prévalant.
15. Le 22 mars 2013, le docteur E_____, médecin-conseil de la caisse, a pris position s'agissant du traitement dispensé par A_____ durant la période litigieuse. Selon les documents fournis, l'assurée souffrait de douleurs peu claires dans les extrémités inférieures, d'une polyneuropathie due au diabète, d'une dépendance aux opiacés, d'un état dépressif et il y avait des indications en faveur d'un trouble de la personnalité borderline. Des opiacés lui avaient été administrés plusieurs fois par jour, sous forme d'injections sous-cutanées, parfois intramusculaires. Or, l'administration sous-cutanée ne correspondait pas à la pratique habituelle, dès lors que pour les patients ayant régulièrement besoin d'opiacés, l'administration se faisait par voie orale ou par une application transdermique au moyen d'un patch, selon la prescription médicale écrite. Normalement, le patient s'occupait lui-même de la prise ou de l'application du médicament. Si par la suite on voulait passer à l'injection sous-cutanée, il était possible d'apprendre à l'assuré à la faire, ce qui impliquait un stock d'ampoules à domicile. Le médecin a également relevé que la régularité des visites permettait de douter du caractère d'urgence des interventions et que le traitement facturé, à savoir plusieurs visites à domicile par jour, chacune facturée comme visite d'urgence, ne respectait pas le principe d'économicité. Il n'y avait donc pas d'obligation de remboursement à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Le médecin a enfin observé que la dose maximale journalière de 100 mg

prescrite par le compendium des médicaments n'avait pas été dépassée, d'après les rapports à disposition.

16. Par décision du 8 avril 2013, la caisse a rejeté l'opposition.

La caisse a tout d'abord précisé que sa décision portait sur les prestations fournies entre le 20 octobre et le 31 décembre 2015, période pour laquelle A_____ ne disposait pas d'une cession de créance de la part de l'assurée, de sorte que celle-ci, faute de revêtir la qualité de partie, n'était pas habilitée à faire opposition à la décision du 20 août 2012.

Elle a ensuite maintenu que la péremption était acquise, le courrier du 28 octobre 2011 intervenant plus de cinq ans après l'émission de la dernière facture. De plus, le montant réclamé ne tenait pas compte de la déduction de la franchise et de la quote-part.

La caisse a en outre relevé que l'adéquation et l'efficacité du traitement des visites d'urgence étaient remises en question par son médecin-conseil, tout comme le caractère économique des soins.

Enfin, les prestations fournies par A_____ n'étaient pas limitées à la mesure exigée par l'intérêt de l'assurée et le but du traitement, étant rappelé que les médecins avaient injecté de la morphine, pendant plusieurs mois et de manière urgente, jusqu'à 8 fois par jour, dans le cadre de visites à domicile.

17. En date du 26 avril 2013, A_____ a adressé à la caisse les cessions de créance relatives aux traitements prodigués du 20 octobre au 31 décembre 2015.

18. Le 10 mai 2013, A_____ a interjeté recours auprès de la Cour de céans en concluant, sous suite de dépens, à ce que la caisse soit condamnée à lui verser la somme de CHF 33'279.03, avec intérêts à 5% depuis le 25 novembre 2005.

S'agissant de la péremption, la recourante a relevé que les factures avaient été transmises pour remboursement à l'intimée immédiatement après avoir été émises.

Sur le fond, elle a soutenu que l'intimée était liée par les motifs invoqués dans sa première décision du 20 août 2012 et ne pouvait en avancer d'autres dans sa décision sur opposition, en particulier le fait que les prestations fournies ne répondraient pas aux critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité. À cet égard, elle a encore allégué que les factures concernant les soins prodigués avant la période litigieuse avaient été remboursées sans contestation et que l'intimée faisait preuve de mauvaise foi en invoquant ce motif après plus de huit ans. En l'état, elle s'est refusé à développer des arguments médicaux, s'estimant tenue par le secret professionnel, et a fait valoir que les injections sous-cutanées étaient en principe remboursées par l'assurance obligatoire des soins. Elle a également rappelé ne pas avoir agi en tant que médecin-traitant, mais avoir répondu aux appels de détresse d'une assurée, qui ne trouvait pas d'autre réponse à ses troubles.

À l'appui de son recours, la recourante a notamment produit les cessions de créance relatives aux consultations dispensées durant la période litigieuse.

19. Dans sa réponse du 11 juin 2013 l'intimée a conclu au rejet du recours.

L'intimée a soutenu ne pas avoir été en possession des cessions de créance lorsqu'elle avait rendu sa décision sur opposition, celles-ci ayant été produites tardivement. L'intimée a ajouté que les cessions ayant été signées en 2005, elles ne constituaient pas un fait nouveau et ne justifiaient donc pas une révision.

L'intimée a contesté ne pouvoir invoquer dans sa décision sur opposition d'autres motifs que ceux déjà mentionnés dans la décision initiale.

S'agissant des traitements prodigués entre le 20 octobre et le 31 décembre 2005, elle a soutenu que les injections de morphine sur appels quotidiens de l'assurée à son domicile n'étaient ni efficaces, ni appropriées, ni économes. Il était choquant que la recourante ait remis pendant plusieurs mois de la morphine à une personne dépendante aux opiacés, sans examen attentif de la situation globale ou d'un autre projet thérapeutique. En outre, un service d'urgence n'était pas la structure appropriée pour le traitement au long cours de patients dépendants aux opiacés, de patients souffrant de dépression ou présentant une personnalité borderline. Les médecins de la recourante auraient dû pouvoir distinguer entre « urgence médicale » et « besoin social » et orienter l'assurée vers des institutions ou des médecins spécialisés, au lieu d'intervenir éternellement en qualité d'urgentistes. Concernant le caractère d'urgence, l'intimée a notamment relevé que le docteur F_____ avait noté dans un rapport du 7 novembre 2005 qu'à son arrivée, l'assurée dormait profondément et qu'il avait eu du mal à la réveiller. De plus, pour cette intervention, la recourante avait facturé CHF 177.60, dont CHF 0.65 pour morphine, alors qu'il n'y avait pas eu d'injection selon le rapport annexé.

20. En date du 11 juillet 2013, la recourante a persisté dans ses conclusions et invoqué un abus de droit de la part de l'intimée, en tant que celle-ci avait soumis le cas à son médecin-conseil six ans après les faits et invoquait désormais que les traitements ne répondaient pas aux critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité.

21. Le 23 juillet 2013, l'intimée a également campé sur sa position.

22. Par ordonnance du 18 décembre 2013, la chambre de céans a appelé formellement en cause l'assurée, lui a communiqué les pièces essentielles de la procédure et lui a accordé un délai pour se déterminer.

23. Le 7 janvier 2014, les responsables de l'établissement médico-social (EMS) dans lequel réside désormais l'appelée en cause ont répondu que cette dernière ne souhaitait ni prendre connaissance du dossier, ni donner suite à la proposition de consulter les pièces.

24. En date du 27 juin 2014, la chambre de céans a informé les parties qu'elle envisageait de mettre en œuvre une expertise et leur a communiqué les questions qui seraient posées à l'expert.

25. Par ordonnance du 24 mars 2015, la chambre de céans a mandaté le docteur G_____, directeur médical de la Clinique H_____, chargé d'enseignement suppléant à la Faculté de médecine de l'Université de Genève et spécialiste en psychiatrie, afin qu'il procède à une expertise judiciaire (ATAS/225/2015).
26. Dans son arrêt du 21 mai 2015, la chambre de céans a rejeté la demande de récusation formulée par la recourante (ATAS/369/2015).
27. En date du 15 novembre 2015, le Dr G_____ a rendu son rapport d'expertise.

L'expert a retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel de dépression moyenne avec syndrome somatique (F33.1), de syndrome somatoforme douloureux persistant (F45.2), de personnalité émotionnellement labile type borderline (F60.31), de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés, syndrome de dépendance, utilisation continue (F11.2), de polyneuropathie et de diabète.

L'appelée en cause avait refusé de parler de son histoire de vie malgré plusieurs sollicitations et ne voulait pas non plus que l'expert prenne contact avec son médecin traitant de l'époque, lequel était selon les dires de l'appelée en cause, en conflit avec le docteur I_____, médecin et directeur auprès de la recourante. Les diagnostics avaient ainsi été posés sur la base de la présentation clinique, d'un entretien avec le Dr I_____ et des documents à disposition.

L'assurée avait déclaré que la morphine avait toujours représenté pour elle une nécessité, bien avant la période des factures contestées. L'enfance et l'adolescence de l'appelée en cause semblaient marquées par de graves carences affectives et des violences verbales et physiques. Elle avait également souffert de violences physiques plus tard dans son parcours de vie. Elle exprimait ses souffrances psychiques par le biais de son corps, ce qui expliquait ses douleurs, et avait de la peine à les verbaliser dans une prise en charge psychiatrique plus classique. La première administration de morphine était bien antérieure au 20 octobre 2005, mais l'expert ne pouvait pas préciser ce moment, ni indiquer qui s'en était chargé et à quelle fréquence avaient eu lieu les injections depuis lors. Selon l'appelée en cause, la morphine était nécessaire à sa vie et son équilibre et elle ne pouvait envisager de s'en passer. Il existait donc clairement une dépendance psychologique et physique aux opiacés. Si la nature des douleurs n'était pas très claire, l'apaisement physique et psychique que lui procuraient les opiacés l'était. Compte tenu du manque d'éléments anamnestiques, il était difficile de dater le début de cette dépendance, mais elle remontait, avec toute vraisemblance, avant la période incriminée. S'agissant de la demande répétée de morphine à la fin de l'année 2005, l'expert a exposé que l'appelée en cause se trouvait dans une situation d'isolement psychologique important et il existait peut-être d'autres stress psychologiques qu'elle taisait. Une demande d'aide psychiatrique classique n'avait pas pu émerger car l'appelée en cause avait beaucoup de peine à verbaliser ses émotions et

somatisait ses douleurs psychiques. Elle exigeait une réponse centrée sur ses douleurs physiques et aurait vraisemblablement refusé toute prise en charge psychiatrique, même parallèle aux injections de morphine. Partant, il était très probable qu'il y ait une forte composante psychique aux douleurs de l'appelée en cause et qu'une prise en charge psychiatrique ambulatoire ou hospitalière eût pu être nécessaire face à cette demande incessante de traitement morphinique, mais la structure de la personnalité de l'appelée en cause et son impossibilité de verbaliser sa souffrance psychologique faisait que les injections de morphine étaient à ce moment-là la seule réponse clinique qui permettait aux soignants de rester dans un lien thérapeutique avec elle. En prenant en compte exclusivement le traitement d'une douleur physique, il était évident que l'injection répétée de morphine n'était probablement pas idéale car le taux plasmatique d'opiacés fluctuait et n'offrait pas une couverture antalgique optimale. De plus, les injections répétées en sous-cutanée n'étaient pas forcément confortable pour le patient. Une forme per os ou des patchs ou encore une pompe à morphine était plutôt choisie. Dans le cas présent, l'aspect psychologique jouait un rôle prépondérant et la présence répétée de soignants qui lui procuraient une substance soulageant ses douleurs avaient une vertu thérapeutique en elle-même qui était très importante. Malgré cet élément psychologique très important, l'expert ne pouvait pas nier que la répétition des actes thérapeutiques, parfois plusieurs fois par jour par différents médecins de la même structure, pendant un laps de temps court, posait question et il eût été important d'explorer d'autres moyens, soit en hospitalier soit en ambulatoire. Il était difficile après-coup de discuter d'une prise en charge car il était certain que le trouble de la personnalité rendait toute modification de la prise en charge compliquée, voire impossible. Ainsi, les soins prodigués par la recourante représentaient la moins mauvaise option thérapeutique et la plus adéquate dans une phase où les douleurs et la détresse psychologique étaient très présentes. La répétition certains jours de plusieurs injections apparaissait toutefois plus discutable, même si le dosage quotidien n'avait jamais dépassé ce qui était autorisé. Il était possible qu'un simple entretien de réassurance eût pu sembler plus économique, mais l'appelée en cause, en raison de la structure de personnalité, avait besoin de recevoir une injection. La nature urgente des injections, qui ajoutait un coût important aux interventions, semblait discutable, surtout lorsqu'elles avaient lieu plusieurs fois par jour. L'appelée en cause avait déclaré prendre de la morphine de longue date avant les interventions de la recourante, de sorte qu'il était clair que ce n'était pas les praticiens de la recourante qui avaient engendré la dépendance. La recourante semblait avoir proposé des alternatives, toujours refusées par l'appelée en cause, mais il était difficile de vérifier ce point, l'intéressée refusant de discuter des événements. Un médecin urgentiste, surtout lorsqu'il intervenait de façon répétée, se devait d'évoquer des solutions alternes, ce qui avait été fait mais l'appelée en cause n'était pas entrée en matière. Il était donc normal que les médecins aient soulagé la douleur en respectant les doses maximales de morphine journalières. S'agissant des autres moyens thérapeutiques, l'expert a

relevé qu'une hospitalisation volontaire n'était pas possible, à défaut du consentement de l'appelée en cause. Quant à une hospitalisation non volontaire, cela impliquait l'existence d'un danger immédiat contre lequel protéger le patient. Il semblait en l'occurrence difficile d'argumenter un risque auto ou hétéro agressif immédiat pouvant motiver une telle mesure. Une hospitalisation en milieu somatique aurait certainement été une solution adéquate et idéale, surtout lorsque les interventions à domicile de la recourante s'étaient répétées plusieurs fois par jour. En cas de refus de l'appelée en cause, une hospitalisation aurait pu être ordonnée par un médecin détenteur d'une FMH, étant précisé qu'elle n'aurait pas modifié la situation et la consommation de morphine. L'expert pensait que si la recourante avait refusé de répondre aux appels de l'appelée en cause ou si une hospitalisation avait été ordonnée, un risque de rupture du suivi médical avec des conséquences sur la gestion de la douleur et de la souffrance psychologique aurait été une éventualité. Il aurait été clairement préférable que l'appelée en cause soit vue par le même médecin lorsque les consultations s'accumulaient sur la même journée, afin d'optimiser le traitement de la douleur et gérer les aspects relationnels de façon optimale en lien avec les troubles psychiatriques.

28. Par écriture du 21 décembre 2015, la recourante a persisté dans ses conclusions.

Elle a considéré que le rapport d'expertise démontrait le caractère efficace, approprié et économique des traitements. En effet, les injections avaient eu l'effet escompté, soit le soulagement des douleurs somatisées, et étaient la seule réponse thérapeutique qui s'imposait vu les circonstances particulières. Depuis les années 1990, elle était régulièrement intervenue auprès de l'appelée en cause, dont les appels avaient toujours été le corollaire de l'effondrement de tout ou partie de son environnement médicalisé et médicamenteux. Ainsi, durant les périodes où un traitement stable avait pu être mis en place, les appels à la recourante étaient rares. En revanche, ils s'amplifiaient dès que cette stabilité était mise à mal. Avant le rachat de l'intimée, il avait été décidé, après de longues discussions, qu'une infirmière du service du médecin-conseil de l'intimée passerait tous les jours faire les injections nécessaires, lesquelles étaient la seule réponse possible aux maux dont souffrait l'appelée en cause, sous réserve de la nuit et du weekend, système qui n'avait pas été validé par le nouveau médecin-conseil de l'intimée. Les factures pour la période du 3 février 2004 au 2 novembre 2005 avaient été honorées par l'intimée, alors même qu'à cette époque déjà, les injections étaient pratiquées. Aucune autre solution thérapeutique n'était envisageable à l'époque, de sorte qu'il n'existait pas d'autre option moins onéreuse. Idéalement, l'appelée en cause aurait dû bénéficier d'une médication lui permettant de soulager ses douleurs. Or, tel n'était pas le cas et aucun traitement de fond n'avait pu être mis en place en amont permettant d'éviter l'intervention d'un service d'urgence. Compte tenu d'intenses douleurs, l'appelée en cause était contrainte de faire appel, parfois plusieurs fois par jour, à la recourante, laquelle, en sa qualité de service d'urgence, avait un devoir d'intervenir et ne pouvait que procéder à une injection de morphine, dans les limites

de ce qui était autorisé. Toutes ses interventions s'étaient déroulées dans l'urgence, l'appelée en cause repoussant le seuil de sa douleur jusqu'à n'en plus pouvoir. Le refus soudain de l'intimée de prendre en charge le traitement devait être considéré comme contraire à la bonne foi.

29. En date du 21 décembre 2015, l'intimée a également persisté dans ses conclusions.

Après s'être interrogée sur les raisons pour lesquelles l'expert avait consulté le Dr I_____, lequel était l'administrateur président de la recourante et donc partie à la procédure, elle a soutenu que l'expert n'avait pas répondu catégoriquement à plusieurs questions. Au vu de la durée particulière du traitement prodigué par la recourante, les soins auraient dû être dispensés par un organisme de soins à domicile ou d'aide à domicile. Les services de la recourante relevaient de soins ponctuels, ce qui n'était pas le cas en l'espèce.

L'intimée a annexé un rapport du 30 novembre 2015 du Dr E_____, lequel a en substance considéré que la recourante n'était pas compétente pour prodiguer des soins adéquats à l'appelée en cause. Le dossier ne faisait pas mention d'un placement préventif dans un établissement spécialisé, ni le nom du médecin de famille. Il estimait qu'il n'était pas possible de trouver un responsable pour les nombreuses visites quotidiennes, l'appelée en cause souffrant de dépendance et de comorbidité psychiatrique grave, et il préconisait de discuter, cas échéant, de la facturation avec la recourante.

30. Par écriture du 7 janvier 2016, l'intimée a en outre observé que l'expert avait diagnostiqué plusieurs atteintes à la santé psychiatrique, maladies qui n'avaient pas été traitées par des psychiatres, de sorte que se posait la question de savoir si le traitement dispensé par la recourante était correct. L'efficacité d'une mesure devait être évaluée de manière objective, selon des méthodes scientifiques, sans que le confort et les préférences personnelles de la patiente ne prévalent. L'appelée en cause résidait actuellement dans un EMS, ce qui démontrait qu'il existait au moins une mesure alternative. Le séjour dans un tel établissement était meilleur marché que la prise en charge du montant de CHF 32'279.03 pour des prestations fournies entre le 20 octobre et le 31 décembre 2005 et destinées exclusivement à des injections de morphine. Quant à l'appréciation de l'expert, selon laquelle la recourante semblait avoir proposé des alternatives, il n'en existait aucune preuve dans le dossier. Une hospitalisation non volontaire semblait s'imposer, même quelques jours, afin de trouver une solution durable. En outre, soit l'intervention d'urgence de la recourante était nécessaire, auquel cas il y avait danger et une hospitalisation non volontaire aurait été possible, soit il n'y avait pas de danger et l'intimée ne devait pas prendre en charge le traitement d'urgence.
31. Copie de cette écriture a été communiquée à la recourante le 11 janvier 2016.
32. Par courrier du 6 juillet 2016, la chambre de céans a informé les parties qu'elle entendait ordonner une nouvelle expertise et leur a communiqué le projet de mandat ainsi que le nom de l'expert pressenti.

33. Les parties se sont déterminées le 8 août 2016.

EN DROIT

1. La chambre de céans ayant d'ores et déjà admis sa compétence et la recevabilité du recours, il n'y a dès lors pas lieu d'y revenir.
2. Le litige porte sur la prise en charge par l'intimée du coût des soins prodigués par les médecins de la recourante à l'appelée en cause entre le 20 octobre et le 31 décembre 2005.
3. a. Selon l'art. 25 al. 1 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10), l'assurance obligatoire de soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles.

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).

Conformément à 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.

b. 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).

4. 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).

Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, 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 352 consid. 3b/aa et les références).

5. La chambre de céans a mis en œuvre une expertise judiciaire afin de déterminer si les soins prodigués par la recourante à l'appelée en cause respectaient les conditions de l'art. 32 LAMal, à savoir s'ils étaient efficaces, appropriés et économiques.
6. À titre préalable, la chambre de céans observera à l'attention de l'intimée que la mission d'expertise, qui lui a été communiquée le 27 juin 2014 et au sujet de laquelle elle a eu l'occasion de se prononcer, mentionnait expressément que l'expert était invité à recueillir les informations médicales nécessaires auprès du Dr I_____. L'intimée ne saurait dès lors valablement contester aujourd'hui l'interpellation de ce médecin.

7. En ce qui concerne la valeur probante de l'expertise judiciaire, force est cependant de constater que ce document n'est pas basé sur une anamnèse complète et fiable, étant notamment rappelé que l'appelée en cause a refusé de s'exprimer sur certains points et n'a pas voulu que l'expert prenne contact avec son médecin traitant de l'époque. Le rapport d'expertise repose ainsi uniquement sur la présentation clinique, les documents communiqués et un entretien avec le Dr I_____. À cet égard, il sied de relever que l'expert n'a pas clairement indiqué le fondement de certains faits qu'il a tenus pour établis. Ainsi, la lecture de son rapport ne permet pas de savoir si l'appelée en cause lui a déclaré qu'elle avait connu de graves carences affectives et des violences physiques durant son enfance et son adolescence, ou si ces éléments ont uniquement été relatés par le Dr I_____. Il en va de même de l'isolement et de la détresse psychologiques dont l'appelée en cause aurait souffert en 2005. En outre, compte tenu du manque d'informations à sa disposition, l'expert n'a pas été en mesure de se déterminer sur de nombreux points pourtant essentiels. À titre d'exemple, il n'a pu dater le début de la dépendance aux opiacés de l'appelée en cause, ni la fréquence des administrations depuis le début de la consommation de morphine. En outre, certaines de ses appréciations ne sont étayées par aucune pièce du dossier et reposent exclusivement sur les déclarations du Dr I_____, ce qui n'est évidemment pas satisfaisant compte tenu des enjeux du litige. Il en va ainsi des prétendues solutions alternatives proposées par la recourante, mais refusées par l'appelée en cause.

S'agissant des diagnostics, l'expert a retenu un trouble dépressif récurrent, un syndrome somatoforme douloureux persistant, une personnalité émotionnellement labile type borderline, des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés, syndrome de dépendance, utilisation continue. Compte tenu du fait que l'expert n'a pas pris contact avec le médecin traitant de l'appelée en cause et que cette dernière « a refusé catégoriquement de parler de son histoire de vie », il appert que plusieurs de ces diagnostics reposent en réalité sur les rapports des médecins travaillant pour la recourante, voire sur les déclarations du Dr I_____ lui-même. En effet, le docteur J_____ a diagnostiqué un état borderline (rapport du 30 novembre 2005), de même que le docteur K_____ (rapport du 20 décembre 2005), le docteur L_____ a retenu un syndrome dépressif (rapport du 16 décembre 2005), le docteur M_____ un état dépressif (rapport du 16 décembre 2005), et le docteur N_____ a fait état de psychopathologie (rapport du 12 décembre 2005). Or, ces rapports ne contiennent pas la moindre argumentation en faveur de tels troubles et les médecins précités ne sont pas des spécialistes en psychiatrie. Dans ces conditions, les conclusions de l'expert quant aux atteintes présentées par l'appelée en cause apparaissent insuffisamment motivées.

En outre, l'expert n'a manifestement pas étudié de manière approfondie les rapports rédigés par les médecins de la recourante, dès lors qu'il n'a pas relevé que l'appelée en cause disposait à domicile d'ampoules de morphine et qu'elle s'en injectait elle-même. Il ressort pourtant du rapport du docteur O_____ du 21 octobre 2005

que « depuis son retour de Montana, la patiente gère elle-même ses injections de morphine. Ce soir, l'effet n'est pas suffisant. La patiente dit avoir cassé une ampoule ». Ceci est confirmé par plusieurs autres documents. Le docteur P_____ a ainsi indiqué le 21 octobre 2005 : « Dit avoir cassé ce soir 1 ampoule de morphine car dit-elle désormais elle gère à la maison seule » ; de même, le Dr L_____ a écrit le 24 octobre 2005 que l'appelée en cause « réalise elle-même en sous-cutané au niveau de la cuisse antérieure droite » des injections de morphine ; le 7 novembre 2005, la doctoresse Q_____ a noté : « me dit recevoir trois à quatre injections de Morphine par jour, dont trois faites par elle-même » ; enfin, dans un rapport établi le même jour, le Dr O_____ a indiqué que l'assurée disait ne pas avoir « assez de morphine pour le weekend ». Il appert donc que les conclusions de l'expert quant à l'absence de surdosage quotidien et à l'adéquation des soins sont basées sur des prémisses erronées.

On ajoutera que l'appréciation de l'expert concernant un hypothétique refus de l'appelée en cause face à toute hospitalisation, alors qu'il estimait qu'une telle démarche en milieu somatique aurait été une solution adéquate et idéale, est contredite par de nombreux documents. En effet, selon le rapport du docteur R_____ du 31 octobre 2005, une « prochaine hospitalisation à Montana est prévue pour la fin de l'année pour une durée de deux mois, ce qui reconforte nettement la patiente » ; le 2 novembre 2005, le Dr P_____ a écrit que l'assurée « prépare sa valise pour le mois de décembre, se fait une joie de remonter à Montana » ; le 7 novembre 2005, le Dr O_____ a relevé que l'assurée « se réjouit de retourner à la clinique genevoise de Montana » ; dans le même sens, le rapport du 31 octobre 2005 du Dr L_____ mentionne que l'assurée « se dit soulagée par la prise en charge des démarches administratives par CARITAS ». Ces indications permettent de penser que l'intéressée était favorable à une aide extérieure et appréciait ses séjours à la Clinique de Montana, où des soins psychiques et somatiques sont dispensés.

La Cour de céans constate également que l'affirmation de l'expert, qui a retenu que le trouble de la personnalité rendait toute modification de la prise en charge compliquée, voire impossible, est mise à mal par plusieurs pièces. Ainsi, dans son rapport du 31 octobre 2005, le Dr L_____ a relaté que l'appelée en cause se déclarait « compliant au traitement par patch, qui pourrait être instauré la semaine prochaine » ; le 2 novembre 2005, le docteur S_____ a relaté qu'un « traitement transcutané est à l'étude » ; le 10 novembre 2005, le docteur T_____ a mentionné que l'assurée signalait son « hospitalisation prochaine à la Clinique de Montana afin d'essayer de contrôler sa douleurs par l'utilisation de Fentanyl transdermique » ; dans son rapport du 11 novembre 2005, le Dr L_____ a indiqué « A la veille de son séjour à Crans-Montana, elle décrit son espoir quant aux patchs morphiniques » ; le 22 novembre 2005, le docteur M_____ a relevé « Une tentative de traitement par Durogesic patchs devrait être envisagée » ; de plus, il ressort d'un rapport du 23 novembre 2005 du Dr T_____ que l'assurée se sentait

mieux depuis sa semaine à la Clinique de Crans « grâce à la physiothérapie, mais que la douleur est revenue lors de son retour à domicile » ; le même jour, le Dr O_____ a écrit au Dr D_____ que l'appelée en cause avait rendez-vous avec lui et « aimerait discuter d'un passage aux patchs pour ses douleurs ».

De surcroît, l'argumentation de l'expert qui, se basant sur la structure de la personnalité et l'impossibilité de verbaliser la souffrance psychologique de l'assurée, en tire la conclusion que les injections de morphine étaient alors la seule réponse clinique permettant aux soignants de rester dans un lien thérapeutique avec l'appelée en cause est critiquable, dès lors que les médecins travaillant pour la recourante sont appelés à intervenir en urgence et qu'ils ne sauraient en aucun cas se substituer au médecin traitant. Ils ne se trouvaient donc pas dans un rapport de confiance particulier avec l'appelée en cause qui aurait justifié la sauvegarde du lien thérapeutique.

8. Eu égard à tout ce qui précède, le rapport d'expertise ne saurait se voir reconnaître pleine valeur probante, de sorte que la Cour de céans se voit dans l'obligation de mettre en œuvre une nouvelle expertise judiciaire.

Le nouveau mandat d'expertise est confié au docteur U_____, responsable du Centre d'expertises psychiatriques du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV). L'expert s'efforcera d'examiner l'appelée en cause et prendra tout renseignement utile auprès des médecins consultés par l'intéressée.

Le mandat d'expertise a été modifié en tenant compte des remarques des parties, étant précisé qu'il a été renoncé à la première question supplémentaire suggérée par l'intimée, dans la mesure où elle impliquait un jugement de valeur de l'expert.

C'est le lieu de rappeler qu'en tant qu'assurée auprès de l'intimée, l'appelée en cause peut prétendre des prestations sur la base de l'assurance-maladie obligatoire, ce qui implique du reste qu'elle a été en mesure de céder ses droits à l'intimée. Tant l'assureur que le juge sont en conséquence en droit d'attendre d'elle qu'elle collabore à l'établissement des faits, ce que l'expert devra, cas échéant, lui rappeler.

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

Statuant préparatoirement

1. Ordonne une expertise médicale. La confie au docteur U_____.
2. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :
 - a) Prendre connaissance du dossier de la cause.
 - b) Examiner l'appelée en cause, le cas échéant en se rendant dans l'EMS où elle réside.
 - c) Recueillir toute information médicale nécessaire, notamment auprès du Dr I_____, médecin de la recourante, du Dr D_____, ancien médecin traitant de l'appelée en cause, et du médecin répondant de l'EMS dans lequel réside l'appelée en cause, à moins que cette dernière refuse formellement la levée du secret médical la concernant.
 - d) Consulter si besoin un neurologue.
 - e) Établir un rapport détaillé et répondre aux questions suivantes :
 1. Quelle est l'anamnèse détaillée du cas ?
 2. Quels sont les diagnostics ?
 3. Depuis quand a-t-on administré de la Morphine à l'appelée en cause ?
 4. Qui la lui a administrée pour la première fois ?
 5. A quelle(s) fréquence(s) ces injections lui ont-elles été administrées depuis la première fois jusqu'au 31 décembre 2005 ?
Par qui ?
 6. Suite aux injections de Morphine qui lui ont été administrées, l'appelée en cause est-elle devenue dépendante à cette substance ?
Dans l'affirmative, depuis quand ?
 7. Est-ce que l'appelée en cause s'administrait elle-même des doses de Morphine ?
Dans l'affirmative, depuis quand, de quelle façon, à quelle fréquence et en quelle quantité ?

8. Si l'assurée disposait de Morphine à son domicile, aurait-il été possible de lui en fournir davantage afin qu'elle procède à toutes les injections elle-même ?

Dans la négative, pour quelles raisons ?

9. Ce traitement d'injections à la Morphine était-il le médicament indiqué, compte tenu des troubles somatiques et psychiques ?

Pouvait-il permettre de faire disparaître les maladies dont souffre l'appelée en cause ?

Dans la négative, expliquer les raisons et indiquer quel traitement aurait dû être administré et depuis quand. Quels autres soins auraient pu être apportés en situation d'appel de détresse ?

10. La prescription régulière de Morphine répondait-elle à un projet thérapeutique particulier ?

11. En cas de dépendance avérée à la Morphine, existe-t-il un moyen autre que la poursuite d'injections de Morphine à raison de plusieurs fois par semaine, voire par jour, pour traiter ce type de patients ?

Sinon, est-ce que l'injection de Morphine par une structure d'urgence telle que la recourante est indiquée ?

12. Les soins prodigués par la recourante à l'appelée en cause du 20 octobre au 31 décembre 2005 sont-ils :

- a. efficaces ? en d'autres termes, permettaient-ils objectivement d'obtenir le résultat diagnostique ou thérapeutique recherché ?
- b. adéquats ? en d'autres termes, présentaient-ils, compte tenu des risques existants, le meilleur bilan diagnostique ou thérapeutique ?
- c. économiques ? en d'autres termes, existaient-ils d'autres alternatives thérapeutiques appropriées, permettant d'arriver au but recherché en étant sensiblement meilleur marché ?

13. Compte tenu de l'état de santé de l'appelée en cause en octobre 2005, quelles étaient les autres méthodes de traitement médicalement indiquées qui auraient pu lui être dispensées depuis cette date ?

14. Une hospitalisation volontaire ou non-volontaire était-elle envisageable, en raison des atteintes somatiques ou psychiques ?

Si oui, qui aurait pu ou dû la préconiser ou l'ordonner ?

Une hospitalisation aurait-elle pu modifier la situation à moyen ou long terme ?

15. Peut-on admettre, dans une situation telle que celle connue par l'appelée en cause qui souffre de manque et de douleurs, qu'un médecin urgentiste n'a pas de choix ?
 16. Pouvez-vous déterminer, s'il existait d'autres moyens thérapeutiques pour répondre aux situations d'urgence, en particulier en hospitalisant l'appelée en cause? Aurait-il été possible de mandater un organisme de soins à domicile ou d'avoir recours à une autre alternative moins coûteuse ?
 17. Quels auraient été les risques pour l'appelée en cause si la recourante avait refusé de lui apporter de l'aide et de répondre à ses appels ?
- f) Faire toute autre constatations utile.
- g) Invite l'expert à déposer à sa meilleure convenance un rapport **en trois exemplaires** à la chambre de céans.
3. Réserve le fond.

La greffière

La présidente

Marie-Catherine SÉCHAUD

Karine STECK