

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2739/2014

ATAS/168/2016

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 4 mars 2016

10^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à COLOGNY, comparant avec élection recourant
de domicile en l'étude de Maître TROILLET MAXWELL Anne

contre

MUTUEL ASSURANCE MALADIE SA, service juridique, sise rue intimée
des Cèdres 5, MARTIGNY

Siégeant : Mario-Dominique TORELLO, Président.

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant ou encore M.S.), né le _____ 1971, est domicilié dans le canton de Genève. Il était assuré, pour ce qui est de l'assurance-maladie obligatoire des soins (AOS), auprès de Mutuel assurance-maladie SA (ci-après : l'assureur ou l'intimée), avec une franchise annuelle de CHF 2'500.-.

Professionnellement, l'assuré était employé de B_____, une filiale de C_____, dans le domaine du conseil en matière d'investissement et de gestion d'actifs. Dès juin 2014, il pratique, dans sa propre entreprise, la gestion d'actifs, de portefeuilles, y compris de conseils en investissements ainsi que la distribution de placements collectifs de capitaux étrangers. Selon l'extrait du registre du commerce de Genève, de la société D_____ Sàrl, il détient l'intégralité des parts sociales en tant qu'associé gérant avec signature individuelle.

2. L'assuré est atteint d'une insuffisance rénale héréditaire qui se manifeste sous forme d'une polykystose.
3. Un projet thérapeutique a été mis en place, avec son médecin traitant, le docteur E_____, spécialiste FMH en néphrologie, comprenant deux volets principaux, à savoir la recherche d'un donneur en vue d'une transplantation et, dans cette attente, une épuration par hémodialyse.

Le traitement par hémodialyse a débuté le 27 septembre 2013 au centre de dialyse de la clinique MV Santé Dialyse (ci-après : la clinique) à Genève, centre de dialyse reconnu par la société suisse de néphrologie, dont le Dr E_____ est le médecin répondant.

4. Le 30 septembre 2013, l'assuré a signé le formulaire de demande de garantie de prise en charge des coûts pour des dialyses, destiné à la SVK Fédération suisse pour tâches communes des assureurs-maladie (ci-après : SVK).
5. Le 4 octobre 2013, le Dr E_____ a écrit à la SVK pour demander la prise en charge d'une dialyse six fois par semaine (ci-après: aussi dialyse quotidienne) pour l'assuré. Il expose : « Ce patient atteint de polykystose hépatorénale familiale a dû débiter son traitement d'hémodialyse en raison d'une urémie symptomatique. Il est en liste d'attente pour une transplantation et malheureusement aucun des donneurs vivants investigués n'a pu être retenu par les HUG pour un don de rein. Encore actif professionnellement à 100%, nous avons essayé d'adapter au mieux les horaires des trois séances de dialyse hebdomadaires de quatre heures en fonction de ses horaires de travail (de 12h00 à 21h00). Cependant, malgré cela, la situation rend de plus en plus difficile le maintien de son activité professionnelle en raison de l'asthénie ressentie post-dialyse. Nous aimerions donc instaurer à sa demande un régime de

dialyses quotidiennes (6 × 2 heures/semaine de 7h30 à 9h30 avant qu'il se rende à son travail) et ce jusqu'à sa transplantation. Demeurant à disposition pour toute information complémentaire,... ».

6. La SVK a répondu le 22 novembre 2013. Son médecin-conseil avait examiné la demande qui devait être déclinée en raison d'une motivation médicale insuffisante.
7. Le 27 novembre 2013, le Dr E_____ a écrit au médecin-conseil de la SVK ; pour l'essentiel, réitérant les explications données dans son premier courrier, il a donné des indications complémentaires : le régime d'hémodialyse trois fois par semaine avait permis de réduire en partie les symptômes urémiques, mais il avait très vite provoqué une asthénie post-dialyse ne permettant plus au patient de maintenir son activité professionnelle à 100%, et ce malgré l'ajustement des horaires professionnels cités dans sa première demande. Il précise : « Nous nous sommes alors naturellement tournés vers l'option de la dialyse quotidienne dont le patient connaissait déjà les avantages sur le plan physiologique. Sans surprise, l'état général de M.S. s'est rapidement amélioré, l'asthénie post-dialyse a disparu peu de temps après la mise en route des dialyses quotidiennes, permettant à M.S. de retrouver sa capacité de travail à 100%. Je lui ai fait part ce jour du refus de prise en charge transmis dans votre courrier du 22.11.2013 et il nous apparaît, au patient comme à moi-même, inconcevable tant sur le plan médical, éthique et social, qu'on lui refuse la prise en charge du traitement qui représente à l'évidence la meilleure option thérapeutique pour lui. »
8. Cette nouvelle demande a été soumise à la Commission « Dialyse » de la Société suisse de néphrologie (ci-après : CDSN) qui a pris position le 20 mars 2014 : la CDSN reprend les éléments essentiels du courrier du 27 novembre 2013. Elle relève que différentes études cliniques et surtout d'observation avaient pu montrer une amélioration de l'efficacité de la dialyse comme de la stabilité hémodynamique. En outre, des paramètres spécialement définis pouvaient être améliorés. Dans le cas particulier, en l'absence de données (spécifiques), une évaluation minutieuse ne pouvait pas être faite. La demande indique seulement qu'avec six dialyses par semaine le patient est moins affaibli et moins fatigué. Cela laisse de nombreuses possibilités (explications) ouvertes, qui, en l'absence d'autres éléments, ne permettent pas de se déterminer de manière plus précise. La commission de dialyse était jusqu'ici critique et réticente à admettre une preuve suffisante du rapport entre le coût et le bénéfice de la dialyse quotidienne. Dans ce cas également, l'argumentation n'est convaincante en aucune manière. Elle recommande au Centre d'optimiser 3 dialyses par semaine et d'examiner les solutions alternatives comme la dialyse du soir, la LC (auto-dialyse) ou dialyse à domicile.
9. Le 4 avril 2014, la SVK a réitéré son refus. La « commission paritaire » (ndr. en réalité : la CDSN), et le médecin-conseil de la SVK, qui avaient examiné la

demande, étaient réticents jusqu'à présent car le rapport charges/bénéfice d'une dialyse quotidienne n'est pas suffisamment démontré. Dans le cas présent aussi, l'argumentation n'était pas convaincante. Il recommandait donc au centre d'optimiser la dialyse pratiquée trois fois par semaine et d'évaluer les alternatives (traitement le soir, LC ou dialyse à domicile). Seules trois factures par semaine seraient prises en charge.

10. Le 9 avril 2014, la SVK a répondu à un courriel que l'assuré lui avait adressé la veille. Les demandes de prise en charge des coûts sont examinées en tenant compte de l'efficacité, de l'adéquation et de l'économicité des traitements. Par deux fois, la SVK avait rejeté les demandes présentées par son médecin traitant. La commission paritaire « Dialyses » (ndr. en réalité : la CDSN), qui réunit des néphrologues de toute la Suisse était parvenue, tout comme la SVK, à la conclusion que l'argumentation présentée n'est aucunement convaincante et que la preuve du rapport adéquat entre les charges et le bénéfice est insuffisante. La demande de prise en charge (de six dialyses par semaine) avait donc été définitivement rejetée le 4 avril 2014. Les symptômes qu'il évoque, comme des nausées et de la fatigue, sont toutefois courants chez les patients dialysés. Il n'y a donc pas d'indication pour intensifier les dialyses. De nombreux autres patients dialysés trois fois par semaine exercent une activité professionnelle. Plutôt que de suivre des dialyses en centre, ces patients ont choisi une autre forme de traitement qui leur permet de poursuivre leurs activités. Il avait la possibilité de bénéficier des prestations en payant la différence en complément à l'assurance obligatoire des soins.
11. Le 8 mai 2014, l'assureur a adressé à l'assuré une « décision formelle - Dialyses » : sa demande relative à la prise en charge de six dialyses par semaine lui était bien parvenue. Le dossier avait aussi été examiné par son propre service médical qui arrivait aux mêmes conclusions que la décision du 9 avril 2014 de la SVK ainsi que de la CDSN. Il confirmait donc à l'assuré que les dialyses sont prises en charge à raison de trois dialyses au maximum, par semaine et ce conformément à l'art. 32 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal).
12. Par courrier recommandé du 23 mai 2014, l'assuré a formé opposition contre cette décision.

L'assureur empêchait une personne de s'investir dans son activité professionnelle. À trois dialyses par semaine, son état de santé s'en était ressenti et il n'avait pas pu se présenter à son travail. Son médecin confirmait, dans un certificat médical du 11 avril 2014, qu'il serait dans l'incapacité de travailler s'il ne recevait pas son traitement par hémodialyse six fois par semaine. L'assureur, ou son réassureur, la SVK, devait prendre en charge trois dialyses supplémentaires par semaine (six au lieu de trois) ceci afin qu'il puisse maintenir une vie sociale et professionnelle malgré son état de santé.

13. Le 22 juillet 2014, l'assureur a statué : l'opposition était rejetée et la décision du 8 mai 2014 confirmée. Tant la SVK, qui avait déjà refusé la prise en charge de six dialyses par semaine, demandée en octobre 2013 par le médecin traitant de l'assuré, que la commission paritaire « dialyses » (en réalité: CDSN), ont confirmé par les courriers de la SVK des 4 et 9 avril 2014 que la prise en charge n'excéderait pas trois dialyses par semaine, un traitement à raison de six dialyses par semaine ne répondant pas aux exigences d'un traitement efficace, approprié et économique, les arguments avancés par l'assuré et son médecin traitant ayant été considérés comme non convaincants par toutes les instances médicales qui ont été amenées à se prononcer.
14. Par pli recommandé du 10 septembre 2014, l'assuré, représenté par un conseil, a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice de Genève d'un recours contre la décision sur opposition du 22 juillet 2014.

Il conclut à l'annulation des décisions des 8 mai 2014 et 22 juillet 2014 sur opposition, à ce qu'il soit dit que le recourant a droit à la prise en charge de l'intégralité de son traitement par six hémodialyses full-care hebdomadaires depuis le 27 septembre 2013, et les frais médicaux engendrés par ce traitement ; qu'il soit ordonné à l'intimée de rendre une nouvelle décision dans le sens des considérants, avec suite de dépens. Subsidiairement, à ce qu'une expertise médicale soit ordonnée avant qu'il soit statué sur les conclusions principales.

Il rappelle l'historique du traitement en cours, et les différentes démarches préalables de son médecin traitant, tels qu'exposés ci-dessus, ayant abouti aux décisions communiquées par la SVK les 4 et 9 avril 2014.

Le recourant produit encore un long courriel du 14 mai 2014 de son médecin traitant au professeur F_____, médecin-chef du service de néphrologie des HUG, à qui il demandait un rendez-vous pour son patient ; on y lit notamment: « M.S. est quelqu'un de très impliqué dans sa prise en charge. La dialyse a été initiée en septembre en raison de symptômes urémiques après que M.S. ait pris avis auprès de différents néphrologues. Il s'est alors mis en contact avec moi pour planifier sa mise en dialyse. Lorsque je l'ai rencontré, une réflexion sur les différentes options de remplacement rénal avait déjà été entreprise depuis longtemps (puisque'il vient d'une famille polykystique et que sa mère est transplantée après avoir été en hémodialyse) et un bilan pré-greffe avait d'ailleurs déjà été effectué aux HUG. Bien que la DP soit parfois réalisable en présence de reins polykystiques de petite taille, la volumineuse taille de ses reins descendant jusque dans le bassin rend clairement cette option impossible (elle n'avait en outre pas sa faveur). Un bilan angiologique avait d'ailleurs également déjà été réalisé aux HUG (en même temps que le bilan pré-greffe). J'ai donc proposé à M.S. la réalisation de la FAV sur le site choisi en même temps que la mise en place d'un cathéter de dialyse afin de pouvoir initier les

dialyses immédiatement. Il n'a pas accepté la confection d'une fistule car il était alors convaincu que les recherches qu'il avait fait entreprendre pour trouver un donneur vivant lui permettraient d'être rapidement greffé, potentiellement hors de Suisse. NB: son épouse ayant avec lui des projets de grossesse, ils ont décidé, compte tenu de leur jeune âge, qu'elle se réserverait comme donneuse pour une 2^e transplantation. J'ai donc finalement organisé la pose d'un KT permanent jugulaire. Les dialyses ont débuté un vendredi avec 2 séances consécutives de 2 heures puis dès le lundi matin suivant avec des séances de 4 h 3x/semaine et compte tenu de son jeune âge et du peu de co-morbidité, je l'ai annoncé à la SVK comme candidat potentiel pour une prise en charge Self-care si une transplantation ne devait finalement pas pouvoir s'effectuer à court terme. M.S. m'a rapidement signalé que ces séances de 4 heures ne lui permettaient pas de maintenir son activité professionnelle, tant en raison de la fatigue qu'elles lui occasionnaient, qu'en raison de la contrainte logistique qu'elles représentaient. Je lui ai donc d'abord proposé de venir en soirée, mais cet horaire ne lui convenait pas parce que, lorsqu'il n'est pas actif à ce moment-là sur les marchés boursiers américains, c'est le seul moment de la journée où il peut retrouver son épouse. De plus, il connaissait déjà les différentes options de l'hémodialyse et avait notamment lu les bénéfices attribués à la dialyse quotidienne, si (bien) qu'il a rapidement orienté la discussion vers cette option. J'étais conscient que contrairement à d'autres situations, nous ne nous tournions pas vers cette option en désespoir de cause (après l'échec de toutes les autres options), mais j'étais néanmoins convaincu (et je le suis encore) que la dialyse quotidienne représente la meilleure option pour lui. Le principal frein pour le self care était à ce moment-là pour moi la gestion du cathéter. J'ai donc repris les discussions au sujet de la fistule avec le patient, tout en débutant les dialyses quotidiennes car il m'était difficile de rester insensible aux arguments de M.S. J'ai bien sûr adressé une demande de prise en charge pour les dialyses quotidiennes à la SVK avec un argumentaire basé sur la fatigue ressentie post-dialyse ainsi que la problématique des horaires et de son activité professionnelle. Face à un jeune patient actif à 100%, j'avais bon espoir que cette demande soit facilement acceptée. M.S. s'est rapidement senti amélioré par les dialyses quotidiennes retrouvant intégralement sa capacité de travail (il t'expliquera sans doute mieux que moi la nécessité absolue d'être à 100% pour s'occuper des sommes considérables qu'il gère en fonction des cotations s'affichant sur ses 8 écrans...).... ».

15. Le 14 novembre 2014, l'intimée a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition du 22 juillet 2014, avec suite de frais et dépens à charge du recourant. Le médecin traitant du recourant avait débuté le traitement de six dialyses hebdomadaires, soit à un rythme deux fois plus élevé que la règle, sans attendre la détermination de la SVK qu'il avait sollicitée par courrier du 4 octobre

2013. Une partie des factures avait toutefois été retenue par le service de facturation de la clinique MV SANTE. Malgré la réponse négative du 22 novembre 2013, le traitement à six dialyses hebdomadaires s'était poursuivi. Les factures surnuméraires avaient encore été retenues par le service de facturation de la clinique. Suite à la décision rendue le 4 avril 2014 par la SVK, après réexamen du cas, tant par elle que par la Commission paritaire Dialyses (ndr. en réalité : la CDSN), la clinique avait transmis les factures afférentes aux dialyses surnuméraires directement à l'assuré, et non pas à la SVK, le 8 avril 2014. C'était aussi à la suite de ces décisions, et malgré le courrier du 11 avril 2014 signé par le médecin traitant et l'assuré, que ce dernier, sachant pourtant que ces factures non reconnues par la SVK devaient rester à sa charge ou être contestées auprès de son médecin traitant, les a toutes fait parvenir à l'intimée, d'où la décision formelle du 8 mai 2014.

16. Le recourant a répliqué, le 17 décembre 2014 : il persiste dans ses moyens et conclusions.
17. L'intimée a dupliqué par courrier du 12 janvier 2015 : elle persistait dans les termes et conclusions de sa détermination du 14 novembre 2014.
18. Le 21 mai 2015 la chambre de céans a entendu les parties et recueilli les témoignages du Dr E_____, de M. G_____ de la SVK ainsi que du docteur H_____, spécialiste FMH en néphrologie, président de la CDSN. La relation, ci-dessous, des déclarations des personnes entendues n'est pas exhaustive, seuls en étant repris les aspects directement en lien avec le contexte de la présente ordonnance préparatoire en expertise :
 - a) Le Dr E_____ a confirmé être le médecin traitant de M. S. depuis la mise en place de son traitement de dialyses, en septembre 2013. Il l'est toujours actuellement. Le recourant est venu le consulter alors qu'il se trouvait dans une situation d'insuffisance rénale préterminale. Il souffre de cette affection depuis de nombreuses années en raison d'une atteinte génétique familiale. Avant lui, il avait consulté d'autres néphrologues qui lui avaient confirmé que les symptômes ressentis confirmaient l'évolution de sa maladie à un stade qui nécessitait la mise en route d'un traitement de substitution rénale (notamment dialyse et transplantation rénale). Un processus en vue de transplantation avait déjà été initié aux HUG, mais celui-ci étant long, l'évolution de la maladie nécessitait la mise en place préalable d'une dialyse. Il est fréquemment en contact avec la SVK. Dans sa pratique quotidienne, il s'occupe des demandes de prise en charge auprès de cet organisme. Dans un premier temps, il avait écrit à cette institution pour demander la prise en charge d'une dialyse quotidienne, qui avait conduit à un refus, la demande n'étant pas suffisamment motivée. Il a confirmé être l'auteur du courriel du 14 mai 2014 au Prof. F_____, où il mentionne notamment: *« j'étais conscient que contrairement à d'autres situations, nous ne nous tournions pas vers cette option en désespoir de*

cause (après l'échec de toutes les autres options) mais j'étais néanmoins convaincu (et je le suis encore) que la dialyse quotidienne représente la meilleure option pour lui ». A la question de savoir s'il se référait aux exigences de l'indication médicale, par rapport à la notion d'économicité du traitement, il a précisé son propos : il était conscient que son patient ne nécessitait pas une dialyse quotidienne pour des raisons vitales ; mais le principe des dialyses est un processus qui peut se montrer brutal lorsqu'il est appliqué à un patient pendant une durée de quatre heures, à intervalle de deux jours ou trois: sur un temps aussi court, tout ce qui est accumulé pendant plusieurs jours est éliminé d'un coup, ce qui provoque des fatigues intenses mais aussi des variations de tension, soit des changements dans l'hémodynamique. Les symptômes ressentis par les patients, dus à l'urémie notamment, peuvent en effet être perçus différemment entre deux séances de dialyse ; mais les symptômes post-dialyses également peuvent être ressentis avec des intensités variables. Actuellement dans sa clinique il suivait trois cas bénéficiant de dialyses quotidiennes, dont le recourant. Pour les deux autres cas, il avait apporté quelques documents : ces deux patients avaient initié leur traitement aux HUG. L'un de ces cas a notamment fait l'objet d'un premier refus de la SVK. Il avait alors interpellé le Prof. F_____, - comme il l'avait fait pour M.S. Le Prof. F_____ était spontanément intervenu, pour soutenir la nécessité d'un traitement par dialyses quotidiennes. Cet exemple montre qu'il s'agissait d'un cas de nécessité vitale. (Ndr. Il ressort des documents présentés par le témoin au sujet de ce patient, et en particulier des éléments relevés par le Prof. F_____, que ce cas avait maintes fois été discuté avec le médecin traitant (Dr E_____) et avec tout le staff des HUG en néphrologie. Ce patient est très difficile à dialyser, pour différentes raisons dont une masse musculaire énorme et des tensions très labiles. Il a fait de multiples complications en dialyse dont notamment une sténose de la veine cave supérieure sur cathéter dans le contexte d'une vasculopathie généralisée. Il avait perdu une greffe rénale qui n'avait fonctionné que quelques semaines en raison de problèmes vasculaires et il souffre de séquelles neurologiques d'une complication postopératoire au niveau du membre inférieur gauche. Tout avait été essayé pour optimiser les séances afin de rester à 3 fois par semaine ce qui, - selon le Prof. F_____ - serait mieux pour le patient qui travaille. Tous les néphrologues qui avaient discuté de son cas étaient arrivés à la même conclusion : il est impossible de le dialyser avec 3 séances par semaine seulement. L'augmentation des séances de dialyse est la seule solution permettant de mettre le patient dans une situation qui lui permet de vivre.... Ce professeur allait jusqu'à écrire qu'il défiait n'importe quel néphrologue de trouver une solution à trois fois par semaine. Ce patient était à nouveau sur liste de greffe, et il devrait être greffé à terme, la meilleure solution pouvant lui être proposée. Dans l'intervalle, si ce patient ne peut être dialysé et avec le régime proposé par le médecin traitant, le Prof F_____ craignait que sa

santé se détériore à nouveau et qu'il fasse d'autres complications qui puissent mettre sa vie en danger et/ou empêcher de faire une nouvelle greffe. Finalement la décision que le patient avait prise de quitter la Suisse pour aller en Italie parlait pour elle-même, le professeur émettant des craintes par rapport au suivi dans ce pays, n'étant pas équivalent à ce que MV Santé pouvait lui offrir. Selon le Professeur F_____, il s'agissait d'un cas exceptionnel) Le deuxième cas, présente des analogies très certaines à celui du recourant: il s'agit d'un patient encore professionnellement actif à 100 %, collaborateur (social) au service des transplantations des HUG, lui-même en attente d'une greffe. Dans un premier temps, la SVK avait accordé un traitement par dialyses quotidiennes, puis avait suspendu cette autorisation. On avait alors dû revenir à un régime de trois séances hebdomadaires ; le patient avait dès lors vu réapparaître les symptômes l'empêchant de poursuivre régulièrement son activité professionnelle. Là encore, le Prof. F_____ était intervenu auprès de la SVK, qui était revenue sur sa décision de suspension. Depuis lors, le patient a pu reprendre son activité à 100 %.(Ndr. Il ressort des documents présentés par le témoin que ce patient, insuffisant rénal depuis 25 ans, est en outre atteint d'un diabète depuis 40 ans, avec cardiopathie et vasculopathie diabétique, transplanté rein/pancréas une première fois en 1993, ayant dû reprendre les dialyses en 2012 à la suite de la perte de son greffon rénal ; il était à nouveau inscrit sur la liste d'attente pour une nouvelle greffe rein/pancréas, Selon le Prof F_____, il s'agit d'une situation exceptionnelle nécessitant une attention particulière aux variations volémiques et tensionnelles. Une détérioration de son état général pourrait obliger le médecin à reconsidérer la greffe rein/pancréas, en raison de la nécessité d'un bon état général pour une telle intervention. La dialyse quotidienne est ainsi le traitement le plus adéquat pour réguler son volume et la tension artérielle de manière optimale.)

Cela étant, le standard de trois séances hebdomadaires répond encore tout à fait correctement dans la majeure partie des cas : dans son centre, 90 % des patients dialysés le sont à raison de trois dialyses par semaine, indépendamment de leur affiliation à l'AOS, respectivement quel que soit leur assureur-maladie ; 5 % le sont à raison de dialyses quotidiennes, - le recourant et les deux autres cas évoqués -, et 5 %, soit trois cas, ne le sont qu'à raison de deux séances par semaine, qui leur conviennent très bien.

Sur question du conseil du recourant, il a confirmé que, pour M.S., il avait retenu une justification médicale à la dialyse quotidienne, quand bien même il ne s'agissait pas d'une indication médicale vitale. L'indication retenue tient aussi à ce que ressent le patient et le bénéfice qu'il retire de cette modalité de traitement. Il s'agit effectivement, et en particulier pour quelqu'un qui reste actif professionnellement à 100 %, d'éviter la réapparition des symptômes, de cette fatigue, qui à terme

conduisent vers une incapacité de travail partielle, voire complète. Il avait pu le vérifier avec le recourant, qui lui avait indiqué que lorsqu'il ne peut bénéficier de cette dialyse quotidienne, notamment les week-ends, il ressent rapidement « ce petit goût dans la bouche », caractéristique de l'intoxication urémique. Il a également observé que si les patients n'en ressentaient pas le besoin, ils ne se soumettraient pas volontairement à un traitement quotidien aussi lourd. La majorité des cas qui subissent trois dialyses par semaine sont sujets à l'incapacité de travail totale ou partielle.

Il a confirmé que le recourant lui avait dit par deux fois à l'époque que si la prise en charge de six dialyses hebdomadaires n'était pas acceptée, il lui garantissait de payer la différence sur ses deniers personnels. Il l'avait interprété comme la détermination de son patient à pouvoir bénéficier de ces traitements, et donc de la nécessité qu'il y trouvait.

Sur question du conseil du recourant, il a confirmé avoir prospecté avec son patient les alternatives à la dialyse quotidienne, soit en particulier les modifications d'horaires pour les trois dialyses hebdomadaires, l'auto-dialyse, qui s'effectue en centre, en mettant le patient lui-même à contribution dans la manipulation de la machine notamment, mais qui reste à un rythme de trois dialyses par semaine. Aucune solution ne permettait de trouver une alternative adéquate. Il a encore précisé que la dialyse à domicile n'est pas disponible actuellement à Genève.

b) Le Dr H_____ se souvenait bien du cas du recourant. Il était intervenu, en qualité de président de la CDSN, notamment en écrivant le 4 juillet 2014 au Dr. E_____ un courrier dans lequel il se réfère à une lettre que ce dernier lui avait adressée le 7 juin 2014. Il a confirmé sa double qualité de président de la CDSN, et de représentant des centres de dialyse, autrement dit des néphrologues, au sein de la CPC Dialyse du contrat national. Dans le cas particulier, il avait eu connaissance de ce cas, car il s'agissait d'un cas « difficile ». Dans la pratique, lorsqu'une telle situation se présente, dans le cadre d'une demande de garantie de prise en charge à la SVK, M. G_____ a l'habitude de lui soumettre le cas, pour que le dossier soit examiné par la CDSN, composée de dix personnes, soit neuf collègues et lui-même président, tous néphrologues, de toute la Suisse. Ils se réunissent habituellement quatre à cinq fois par année, pas uniquement pour traiter des cas difficiles de la SVK. Dans le cas particulier, ils ne s'étaient pas réunis physiquement pour émettre leur avis ; il avait procédé par e-mails à ses collègues. Il avait effectivement communiqué la décision de la CDSN du 20 mars 2014 à la SVK. A la question de savoir comment les membres de la commission évaluent les situations en fonction du critère de l'économicité du traitement, il a répondu qu'en réalité, dans le cas particulier, la lettre du 27 novembre 2013 ne comportait pas véritablement d'argumentation médicale justifiant que l'on s'écarte de la prise en charge standard

de trois dialyses par semaine. Le seul argument développé était que le patient se sentait mieux avec six dialyses par semaine au lieu de trois ce qui, pour la commission, ne constitue pas une argumentation médicale justifiant la prise en charge d'un traitement quotidien. Pour lui, si le patient se sent mieux avec plus de dialyses, il peut en faire tant qu'il veut, mais, du point de vue de la prise en charge des coûts, dans une situation comme celle-ci, elle ne peut dépasser trois dialyses par semaine. L'analyse n'avait pas pour but de déterminer de combien de dialyses le patient avait besoin par semaine, mais seulement de déterminer si les arguments développés justifiaient une prise en charge de dialyses quotidiennes. Dans sa pratique d'une trentaine d'années à l'hôpital de Liestal, il n'avait que très rarement rencontré des situations impliquant, pour des affections chroniques, des dialyses quatre fois par semaine ; à son souvenir, il n'en avait jamais pratiqué six par semaine. Il lui était arrivé de traiter, à raison de quatre dialyses par semaine, - mais pour un temps limité, peut-être pendant deux semaines -, une personne qui sortait de transplantation de poumon et qui avait une difficulté énorme à éliminer, et donc à perdre suffisamment de poids d'une dialyse à l'autre. Mais ensuite, les choses revenaient à la normale, à raison de trois dialyses par semaine, ce qui, d'après son expérience, est suffisant pour le 90 % des cas. On peut toujours faire mieux, mais à un certain moment, il s'agit de déterminer ce qui est raisonnable, et à son sens, le rythme de trois dialyses hebdomadaires correspond à cela. Sur question du conseil du recourant, les troubles décrits par le Dr E_____ dans la période où trois dialyses par semaine avaient été appliquées au recourant sont des notions subjectives, mais il n'y a rien d'objectif sur le plan médical qui justifie une appréciation sortant du standard. Il a rappelé qu'au sein de la CDSN, les membres sont tous des spécialistes du domaine, et finalement les cas qui leur sont soumis ne diffèrent pas sensiblement les uns des autres, notamment dans le cas de ce genre de demandes, qu'ils voient d'ailleurs pratiquement tous venir de centres privés, et pour lesquels les arguments sont à peu près toujours les mêmes. Il est vrai toutefois que dans le cas particulier, ils étaient confrontés à une situation inverse de celles qu'ils connaissent habituellement : en effet, il est souvent difficile de convaincre un patient de se soumettre à des dialyses trois fois quatre heures par semaine, et dans le cas d'espèce, même à raison de deux heures par dialyse, le patient en souhaitait six par semaine.

c) M. G_____, directeur adjoint de la SVK et responsable du secteur dialyse, a confirmé se souvenir du cas du recourant : le patient souhaitait bénéficier de la couverture de six dialyses par semaine ; la question essentielle était l'adaptation de ses traitements à ses horaires professionnels. Une demande avait été faite dans ce sens par le Dr E_____. Dans un premier temps le médecin-conseil de la SVK avait refusé, car il avait estimé que l'indication médicale était insuffisante. La garantie de prise en charge des coûts était refusée pour la dialyse quotidienne uniquement, mais

pas pour les trois dialyses par semaine résultant de la pratique de la CPC Dialyse, selon sa jurisprudence de 2002 confirmée en 2012 sur la base de la décision de 2001 de la Société suisse de néphrologie. Dans un deuxième temps, le Dr E_____ avait précisé sa demande ; il avait alors été décidé de la soumettre à la CDSN, qui a donc examiné le dossier du recourant et qui a refusé elle aussi la prise en charge. Lorsque la SVK donne une garantie de prise en charge, celle-ci est donnée pour une période limitée, au-delà de laquelle la situation doit être réévaluée. Par exemple, pour une patiente qui devait être transplantée, et qui présentait une hypercalcémie, la prise en charge avait été demandée pour des dialyses quotidiennes jusqu'à la transplantation ; cette garantie avait été donnée pour une durée de quelques mois, au-delà de laquelle le cas devait être réévalué, pour savoir si la dialyse quotidienne se justifiait (toujours) ou si au contraire on pouvait revenir aux trois dialyses hebdomadaires ; il s'agit là de la pratique de la SVK, fondée sur l'art. 32 LAMal. Il a confirmé que, selon son expérience, une bonne partie de ces patients n'exercent souvent qu'une activité professionnelle à temps partiel.

d) Le recourant a indiqué être manager dans l'investissement dans le domaine des matières premières, en l'occurrence le pétrole. Depuis juin 2014, il dirige sa propre entreprise où travaillent quatre personnes, lui compris. Auparavant, il était employé de B_____, une filiale de C_____. Cela fait quatre ans qu'il travaille à Genève. L'ouverture de sa propre entreprise tenait à la fois à l'évolution de sa carrière et de son succès, et à la problématique de son état de santé. Cette solution lui apporte en effet de la flexibilité en termes d'horaires notamment, et de souplesse, par exemple lorsqu'il se sent fatigué ou malade. Il a confirmé que la problématique du présent litige concerne sa demande de six dialyses hebdomadaires. En fait, ce qu'il demande c'est de pouvoir obtenir la prise en charge par l'AOS des traitements dont il a besoin. Etant pleinement actif professionnellement, il a besoin de plus de dialyses qu'une personne qui serait par exemple plus âgée et moins active. Travaillant à 100 %, du matin dès 9h00 à l'ouverture des marchés en Angleterre, au soir à 21h30 à la clôture des marchés américains, la solution consistant à subir deux heures de dialyse quotidienne lui permet d'exercer sa profession. S'il devait subir des dialyses de quatre heures tous les deux jours, cela serait beaucoup plus fatigant car des dialyses d'une telle durée épuisent, et il ne pourrait guère que rentrer dormir, ce qui impliquerait pour lui trois demi-journées de dialyses et trois autres demi-journées de repos par semaine... Il avait essayé les trois dialyses par semaine, mais cela ne lui convenait pas. Il souhaiterait idéalement pouvoir faire ces dialyses à la maison, mais les machines ne sont actuellement pas disponibles en Suisse. Il a encore précisé qu'il avait changé d'assurance-maladie (pour l'AOS) entre-temps: il était assuré à l'AOS par Helsana depuis le 1^{er} janvier 2015, qui prend actuellement en charge la totalité de ses dialyses, soit six dialyses par semaine. A la question de savoir si Helsana avait appliqué la procédure prévue par le contrat national,

notamment en demandant la garantie de prise en charge par la SVK, il a répondu qu'à sa connaissance pas, car Helsana n'est pas partie au contrat national.

19. A l'issue de l'audience, un délai a été imparti aux parties pour déposer leurs conclusions après enquêtes.
20. Par courrier du 29 juin 2015, - apparemment acheminé à son destinataire uniquement en annexe à un courrier recommandé du 14 juillet 2015 de l'intimée, -, le Dr E_____ a une nouvelle fois interpellé M. G_____ de la SVK : « Compte tenu des récents développements » il lui transmettait quelques informations complémentaires sur la situation médicale du patient, afin de lui permettre de réexaminer « notre demande de prise en charge des dialyses quotidiennes ». Il rappelle que ce patient avait débuté un traitement par hémodialyse en septembre 2013 en raison de symptômes urémiques (...), qui l'avaient d'ailleurs déjà conduit aux urgences des HUG quelques temps avant la mise en route des dialyses. « Ce point, ainsi que le fait que les dialyses réalisées trois fois par semaine n'avaient pas permis d'éliminer totalement ces symptômes urémiques, indiquent que ce patient fait partie de cette minorité de cas qui présentent une sensibilité plus marquée à l'urémie que ce que l'on a l'habitude de voir. C'est aussi pour cette raison qu'actuellement les séances de dialyse doivent être régulièrement prolongées au-delà de deux heures, malgré leur rythme quotidien, notamment le lundi (après la pause du dimanche), sans quoi le patient sent réapparaître ces symptômes. Cette sensibilité s'explique peut-être en partie par la corpulence de ce patient de 110 kg pour 178 cm (BMI= 35), qui nécessite une importante épuration. Nous ne parvenons d'ailleurs toujours pas à contrôler convenablement la phosphatémie et ceci malgré l'emploi de chélateurs et les séances quotidiennes d'hémodialyse, ce qui nécessite donc également l'allongement du temps de dialyses... Dans ce contexte la dialyse quotidienne a démontré être supérieure au protocole standard de 3 x 4 heures/semaine et justifie, pour cette raison également, la réalisation de dialyses quotidiennes. Enfin, la fatigue ressentie après les séances de quatre heures réalisées trois fois par semaine (empêchant le patient de travailler) est une raison supplémentaire qui nous a poussés à retenir l'indication médicale quotidienne,... ». Se référant ensuite à des données tirées de la littérature, il conclut en espérant que ces informations complémentaires concernant la situation médicale du patient et les raisons qui l'ont conduit à prescrire un traitement de dialyses quotidiennes lui permettront de reconsidérer favorablement la demande initiale de prise en charge des dialyses quotidiennes.
21. Par son courrier du 14 juillet 2015, l'intimée s'adressant à "SVK M. G_____" indique faire suite à l'audience du 21 mai. Rappelant le contexte du litige et précisant agir conjointement avec M.S., il annexe copie de divers courriers antérieurs ainsi que du rapport médical du 29 juin 2015 du médecin traitant, priant

la SVK de réexaminer le dossier et de lui indiquer de manière motivée si cette argumentation médicale modifie sa prise de position des 22 novembre 2013 et 4 avril 2014. Les parties souhaitent connaître cette nouvelle prise de position d'ici au 7 août 2015 au plus tard, pour pouvoir respecter les délais fixés par la chambre de céans pour préparer leurs écritures respectives.

22. La SVK, sous la signature de M. G_____, s'est déterminée sur cette demande de « réexamen rétroactif » par courrier du 18 août 2015. Après avoir rappelé les considérations qui l'avaient conduite à refuser la prise en charge de dialyses quotidiennes, jusqu'ici, elle a considéré à nouveau que les données médicales fournies par le médecin traitant dans son courrier du 29 juin 2015 ne constituaient pas une indication médicale suffisante - en particulier la baisse de la tension artérielle - pour justifier un traitement de dialyses à une fréquence de 6×2 heures par semaine. Si les inconforts décrits par le médecin traitant n'existaient pas encore dans la phase précédant la dialyse, c'est probablement que le patient avait encore une fonction résiduelle des reins. L'élimination de l'urémie a plusieurs facettes et ne peut pas dépendre que du facteur temps. Le rapport (du médecin traitant) n'entre pas en considération sur les autres aspects, (de l'urémie), et ne montre donc pas clairement que ce phénomène ne peut ou ne doit être attribué qu'au facteur temps. Là encore il est fait mention de l'empêchement de travailler comme fondement (à la dialyse quotidienne). Le choix de la thérapie ne peut pas être soigneusement évalué sur la base de données floues. De plus, du point de vue de la SVK, le rapport coût/bénéfice du traitement de la dialyse quotidienne n'est pas suffisamment démontré et c'est la raison pour laquelle la demande doit à nouveau être refusée. Se fondant sur les bases légales déjà énoncées lors de ses précédents refus, les différentes décisions de la commission paritaire de confiance, les décisions du médecin-conseil et de celles des néphrologues désignés au sein de la commission de dialyse par la Société suisse de néphrologie (SSN-SGN), la SVK renouvelle son refus de prise en charge des coûts. Ce ne sont pas des motifs médicaux qui soutiennent un besoin clair d'une extension de la thérapie, mais la possibilité de maintenir une activité lucrative. Cela n'est cependant pas une prestation à charge de l'AOS. Une extension de la thérapie n'est, dans ce cas, pas économique, car il conduit à un doublement des coûts. De plus, le but de cette même thérapie peut être atteint également par une dialyse à la maison, qui ne nécessite pas un doublement de la fréquence des dialyses y compris un doublement des coûts. C'est pourquoi nous recommandons la dialyse à domicile pour des raisons d'économie. De plus nous proposons de faire examiner cette nouvelle demande une fois encore par la commission Dialyse, dans le cadre de laquelle le Dr E_____ devra présenter de manière claire la pertinence et le rapport entre la baisse de la tension artérielle (RR) et la fréquence des dialyses, et que cela n'est pas en rapport avec la prise d'antihypertenseurs.

23. L'intimée s'est déterminée après enquêtes le 28 août 2015 : elle a persisté dans ses conclusions précédentes. Le médecin traitant du recourant, fréquemment en contact avec la SVK dans le cadre de demande de prise en charge, sait que le standard actuel est de trois dialyses par semaine. Il a déclaré à la chambre de céans qu'il était conscient que son patient ne nécessitait pas une dialyse quotidienne pour des raisons vitales, et qu'il ne se tournait pas vers l'option de six dialyses par semaine pour ce cas, en désespoir de cause (soit après l'échec de toutes les autres options). Les deux autres cas de dialyses quotidiennes évoqués par le témoin étaient fort différents de celui du recourant : selon le Prof F_____, s'agissant du premier, l'augmentation des séances de dialyse pour ce patient était la seule solution qui lui permettrait de vivre. Quant au second, il s'agissait du traitement le plus adéquat pour réguler le volume et la tension artérielle de manière optimale chez le patient, et ceci était une situation exceptionnelle. Le témoin a confirmé que ces deux cas n'étaient pas du tout similaires à celui du recourant, précisant que pour ce dernier l'indication médicale retenue pour une dialyse quotidienne n'était pas une indication médicale vitale pour l'intéressé, mais tenait à ce que le patient ressent, et le bénéfice qu'il ressent de cette modalité de traitement. Ce rythme de dialyses relèverait donc de la convenance personnelle de l'assuré ; or, il ne revient pas à la communauté des assurés de supporter la charge d'un traitement fort onéreux, ne relevant pas d'indication médicale. Aussi bien le médecin traitant que le patient étaient conscients que les dialyses quotidiennes n'étaient pas nécessaires pour des raisons vitales et que l'assurance de base ne prendrait pas en charge de la totalité de celles-ci. Pour la SVK, cette demande était essentiellement une question d'adaptation des traitements du recourant à ses horaires professionnels. Le médecin-conseil de la SVK avait estimé l'indication médicale comme insuffisante. Dans un second temps, le médecin traitant ayant précisé sa demande à la SVK, cette dernière, afin de garantir une bonne objectivité et une bonne fiabilité concernant l'évaluation de la nécessité de l'indication médicale dans ce dossier, avait transmis cette demande à la CDSN, laquelle avait également conclu, le 20 mars 2014, au refus de la prise en charge de six dialyses hebdomadaires. C'est sur la réponse négative de la CDSN que la SVK avait à nouveau refusé la prise en charge des dialyses quotidiennes, le 4 avril 2014. Le Dr H_____, a déclaré que la demande du médecin traitant ne comportait pas véritablement d'argumentation médicale justifiant que l'on s'écarte de la prise en charge standard de trois dialyses par semaine. Le seul argument étant que le patient se sentait mieux, avec six dialyses par semaine au lieu de trois, cela ne constituait pas, pour la commission, une argumentation médicale justifiant la prise en charge d'un traitement quotidien. Ce témoin avait encore précisé que les troubles décrits par le médecin traitant sont des notions subjectives, mais qu'il n'y avait rien d'objectif sur le plan médical qui justifie une appréciation sortant du standard. À la suite des diverses auditions par la chambre de céans, une nouvelle

écriture du Dr E_____ du 29 juin 2015 avait été transmise à la SVK. Cette dernière avait à nouveau constaté que les renseignements n'avaient pas d'indication médicale suffisante et avait refusé la prise en charge des dialyses quotidiennes.

24. Le recourant a conclu après enquêtes : il persiste dans les conclusions de son recours, limitant toutefois la période pendant laquelle il estime avoir droit à la prise en charge par l'intimée de l'intégralité de son traitement par dialyses quotidiennes au 31 décembre 2014, dès lors que, dès le lendemain, il était couvert, pour l'AOS, par un autre assureur-maladie.
25. La chambre de céans a encore impartit aux parties un délai pour communiquer leurs éventuelles observations au sujet des dernières écritures de leur partie adverse et, pour l'intimée, en particulier par rapport à la demande d'expertise médicale formulée par le recourant dans ses conclusions.
26. Le recourant s'est déterminé par écriture du 8 octobre 2015. Il a persisté dans ses conclusions et pour le surplus a observé que l'intimée, en considérant que l'indication médicale retenue pour une dialyse quotidienne n'était pas une indication médicale vitale pour le recourant et qu'elle relèverait donc de la convenance personnelle, assimile la notion d'exigences médicales à celle d'indication médicale vitale, ce qui est contraire à l'art. 32 LAMal.
27. L'intimée s'est également déterminée, par courrier du 9 octobre 2015. Elle a persisté dans ses conclusions La lettre du 27 novembre 2013 du médecin traitant avait été transmise aux dix néphrologues de toute la Suisse, composant la CDSN. Cette lettre ne comportait pas d'argumentation médicale justifiant que la commission s'écarte de la prise en charge standard, puisque le seul argument était celui que le patient se sentait mieux avec six dialyses que trois ; les arguments développés ne justifiaient pas une prise en charge de dialyses quotidiennes. Aussi bien la CDSN que le médecin-conseil de la SVK étaient réticents à la prise en charge de dialyses quotidiennes car le rapport charge/bénéfice d'un tel traitement n'est pas démontré. Au vu des diverses prises de position du médecin-conseil de la SVK, des dix néphrologues de la CDSN ainsi que du fait que le médecin traitant était conscient que le recourant ne nécessitait pas une dialyse quotidienne pour des raisons vitales, une expertise ne se justifie pas.
28. Sur quoi la chambre des assurances sociales a informé les parties, par courrier du 5 février 2016, de son intention de mettre en œuvre une expertise et leur a communiqué les questions qu'elle avait l'intention de poser à l'expert, tout en leur impartissant un délai pour compléter celles-ci et faire valoir une éventuelle cause de récusation.
29. Par pli du 26 février 2016, le recourant a indiqué n'avoir aucune remarque à formuler quant à l'expert envisagé et aux questions à lui poser.

30. Par écriture du 29 février 2016, l'intimée a de même indiqué n'avoir aucune remarque à formuler quant à l'expert envisagé et aux questions à lui poser.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 4 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10).
2. Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.
3. La LPGA s'applique à l'assurance-maladie sauf dans les domaines mentionnés à l'art. 1 LAMal, dont notamment celui des tarifs, prix et budget global (art. 43 à 55 LAMal).
4. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 38 et 56ss LPGA).
5. Le litige porte sur la prétention du recourant à la prise en charge au titre de l'assurance-maladie obligatoire des soins (AOS), et partant au remboursement par l'intimée, des six dialyses hebdomadaires auxquelles il s'est soumis dès le 27 septembre 2013, au lieu des trois dialyses hebdomadaires, autorisées à charge de l'AOS par les instances compétentes. Au moment du recours, l'assuré était encore couvert pour l'AOS par l'intimée, mais il a changé d'assureur-maladie en cours de procédure, étant couvert, au titre de l'assurance de base, dès le 1^{er} janvier 2015, par Helsana, de sorte que l'objet du litige a été circonscrit dans le temps, conformément aux dernières conclusions du recourant, à la période s'étendant du 27 septembre 2013 au 31 décembre 2014.
6. La question à résoudre préalablement à l'examen d'éventuelles prestations est de savoir si l'état de santé du recourant nécessitait pour des raisons médicales un traitement d'hémodialyse six fois par semaine dans un centre de dialyse, plutôt que trois dialyses de quatre heures chacune par semaine.
7. Selon l'art. 25 LAMal, l'assurance obligatoire de soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles (al. 1). Ces prestations comprennent notamment les médicaments prescrits par un médecin (al. 2 let. b). 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.

Les prestations mentionnées à l'art. 25 LAMal doivent être efficaces, appropriées et économiques.

L'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques (art. 32 al. 1 LAMal). Une prestation est efficace lorsqu'on peut objectivement en attendre le résultat thérapeutique visé par le traitement de la maladie, à savoir la suppression la plus complète possible de l'atteinte à la santé somatique ou psychique (ATF 128 V 165 consid. 5c/aa ; RAMA 2000 n° KV 132 p. 281 consid. 2b).

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

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

8. En l'espèce, l'intimée a refusé de rembourser les factures de la recourante, au motif principalement que les conditions de l'art. 32 LAMal n'avaient pas été respectées.
9. Selon le principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge doit établir (d'office) les faits déterminants pour la solution du litige, avec la collaboration des parties, administrer les preuves nécessaires et les apprécier librement (art. 61 let. c LPGA ; cf. ATF 125 V 193 consid. 2).

Il doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier.

Il doit en particulier mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3).

Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en oeuvre une expertise (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4) ;

10. Les coûts de l'expertise peuvent être mis à la charge de l'assureur social (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2) ;

11. Dans le cas d'espèce, la décision entreprise se fondant sur les indications du médecin-conseil de l'intimée, sans autre précision, et se référant aux « décisions » antérieures de la SVK (22 novembre 2013 et 4 avril 2014 respectivement de celle de la CDSN du 20 mars 2014), lesquelles se bornent à considérer, sans autre motivation pour la première, que le fondement médical de la demande est insuffisant, la seconde se limitant à observer que la Commission paritaire et le médecin-conseil de la SVK étaient jusqu'à présent réticents à considérer que le rapport charge/bénéfice d'une dialyse quotidienne soit suffisamment démontré, et que dans le cas présent aussi l'argumentation n'était pas convaincante, sans autre motif ni justification. Quant à la CDSN, elle a tout d'abord relevé – s'agissant de la dialyse quotidienne - que différentes études cliniques et surtout d'observation avaient pu montrer une amélioration de l'efficacité de la dialyse comme de la stabilité hémodynamique et que des paramètres spécialement définis pouvaient être améliorés ; elle considérait que, dans le cas particulier, en l'absence de données (spécifiques), une évaluation minutieuse ne pouvait pas être faite, arrivant au constat que, en l'absence d'autres éléments, la commission ne pouvait pas se déterminer de manière plus précise. Et elle conclut ainsi laconiquement que la commission de dialyse était jusqu'ici critique et réticente à admettre une preuve suffisante du rapport entre le coût et le bénéfice de la dialyse quotidienne. Dans ce cas également, l'argumentation n'est convaincante en aucune manière, sans autre motif. Ainsi, la chambre de céans ne saurait attacher une pleine valeur probante à ces divers avis, guère motivés. Elle ne peut en effet pas comprendre et donc contrôler la manière dont les organismes qui ne sont prononcés jusqu'ici ont apprécié la situation médicale du recourante en regard de sa demande.
12. Il convient donc en l'espèce d'ordonner une expertise, laquelle sera confiée au professeur I_____, spécialiste FMH en médecine interne et néphrologie et chef du service de néphrologie du CHUV de Lausanne

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

Statuant préparatoirement

1. Ordonne une expertise médicale, l'expert ayant pour mission d'examiner et d'entendre Monsieur A_____, après s'être entouré de tous les éléments utiles et après avoir pris connaissance du dossier de l'intimé, ainsi que du dossier de la présente procédure en s'entourant d'avis de tiers au besoin ;
2. Charge l'expert de répondre aux questions suivantes :
 1. En regard des conditions et étendue de la prise en charge des coûts au sens de l'art. 32 LAMal qui prescrit que les prestations mentionnées aux art. 25 à 31 LAMal doivent être efficaces, appropriées et économiques, l'état de santé de l'expertisé nécessite-t-il pour des raisons médicales un traitement d'hémodialyse à raison de six fois par semaine dans un centre de dialyse, plutôt que trois dialyses de quatre heures chacune par semaine ?
 2. Dans l'affirmative, quelles sont ces raisons ?
 3. Existe-t-il des alternatives au traitement d'hémodialyse six fois par semaine, permettant d'atteindre le but thérapeutique visé, et dans l'affirmative lesquelles ?
 4. S'il existe de telles alternatives, l'une ou l'autre d'entre elles lui permettrait-elle de maintenir sa pleine capacité de travail, notamment sous forme de dialyse à domicile, pendant la nuit ?
 5. Dans l'hypothèse où il n'y aurait en l'occurrence pas d'alternative à un traitement de six hémodialyses/semaine dans un centre de dialyse,
 - a) Quels symptômes l'expertisé présente-t-il après une dialyse de quatre heures, trois fois par semaine?
 - b) Ces symptômes peuvent-ils être objectivé, et dans l'affirmative l'ont-ils été ?
 - c) Si les symptômes devaient être considérés comme purement subjectifs, sont-ils plausibles du point de vue médical?
 - d) Compte tenu de ces symptômes, estimez-vous que l'expertisé pourrait néanmoins conserver une capacité de travail entière, et sinon, quel

serait l'impact de ces symptômes sur sa capacité de travail, respectivement sur son rendement ?

6. Avez-vous d'autres observations éventuelles à formuler ?
3. Commet à ces fins le Prof I_____, spécialiste FMH en médecine interne et néphrologie et chef du service de néphrologie du CHUV de Lausanne ;
4. Invite l'expert à déposer à sa meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans ;
5. Réserve le fond.

La greffière

Le président

Florence SCHMUTZ

Mario-Dominique TORELLO

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le