

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3411/2006

ATAS/949/2009

ORDONNANCE D'EXPERTISE
DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES

Chambre 1

du 24 juillet 2009

En la cause

X_____ SA, domicilié à Genève, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître ROULET Jacques

recourante

contre

SWICA ORGANISATION DE SANTE, sise bd de Grancy 39,
1001 LAUSANNE

intimée

Monsieur M_____, domicilié
au LIGNON

appelé en
cause

Siégeant : Doris WANGELER, Présidente

EN FAIT

1. Monsieur M_____ (ci-après l'appelé en cause), né en 1962, au bénéfice d'une rente d'invalidité, est assuré auprès de SWICA ORGANISATION DE SANTE (ci-après la caisse) depuis le 1^{er} janvier 1996, au titre de l'assurance obligatoire des soins selon la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal).
2. Depuis 2003, l'appelé en cause a régulièrement fait appel aux services de X_____ SA (ci-après la recourante) pour des injections de Pethidine, en raison de migraines de tension.
3. La recourante a ainsi établi entre le 18 mars 2005 et le 14 mai 2006, 113 factures pour un montant total de 196'298 fr. 65. Ces factures ont été adressées à la caisse pour remboursement.
4. Par courrier du 24 août 2005, la caisse a informé la recourante qu'elle refusait de prendre en charge ces factures, au motif que certains de ses médecins n'étaient pas habilités à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins, que les interventions quotidiennes jusqu'à cinq fois dans la même journée ne remplissaient pas les conditions prévues à l'art. 32 LAMal et que l'indemnité forfaitaire de déplacement en cas d'urgence n'était pas prévue pour un service d'urgence.
5. Par décision du 18 mai 2006, notifiée à la recourante et communiquée en copie à l'appelé en cause, la caisse a confirmé sa position.
6. Par décision du 15 août 2006, la caisse a rejeté l'opposition formée par la recourante le 16 juin 2006.
7. La recourante, représentée par Maître Jacques ROULET, a interjeté recours le 18 septembre 2006, agissant par ailleurs en qualité de cessionnaire de l'appelé en cause. Elle souligne que personne ne prend en charge ce patient, raison pour laquelle il continue à faire appel à elle.
8. Dans sa réponse du 31 octobre 2006, la caisse a conclu, préalablement à l'audition du Dr A_____, médecin conseil de SWICA et, au fond au rejet du recours.
9. Le Dr A_____ a été entendu par le Tribunal de céans le 30 janvier 2007. Il explique que la Pethidine est un antalgique qui a un effet rapide contre la douleur. Il peut être utilisé en lieu et place de la morphine avec un effet similaire. Il a des effets secondaires (nausées et constipation). Il conduit à une dépendance physique et psychique en cas d'utilisation répétée, relativement rapidement. Si la personne doit cesser brutalement la prise de ce médicament, elle souffrira d'agitation, de mouvements incontrôlables, de sueurs. Pour un sevrage on peut remplacer la Pethidine par la Méthadone qui est un opiacée per oral, ce qui constitue un grand avantage. L'efficacité est la même mais il n'y a pas le "flash" créé par l'injection de

Pethidine. On peut alors soit maintenir la Methadone à un seuil le plus tolérable possible, soit la diminuer progressivement sur un temps déterminé à négocier avec le patient. Il va de soi qu'il est illusoire de vouloir sevrer quelqu'un s'il n'y voit pas son intérêt. Selon le Dr A_____, l'injection de Pethidine ne peut constituer qu'un acte unique effectué en urgence lors de céphalées apparaissant brutalement sans antécédent. Il précise que si un patient venait le consulter, il refuserait de lui accorder des injections de Pethidine sans projet précis, comptant sur la collaboration des confrères et la coordination du médecin cantonal.

Lors de la comparution personnelle des parties qui s'est tenue le même jour, la recourante a indiqué qu'à Genève, sur une population de 440 000 habitants, seuls un à deux cas du genre de l'appelé en cause se présentaient. Il s'agit de personnes qui ne souhaitent pas s'investir d'une façon trop approfondie avec un thérapeute, raison pour laquelle elles préfèrent s'adresser aux médecins de la recourante.

10. Par ordonnance du 9 février 2007, le Tribunal de céans a ordonné l'appel en cause de Monsieur M_____.
11. Une nouvelle audition des parties s'est tenue le 13 mars 2007, étant précisé que l'appelé en cause a fait défaut. Il a toutefois délié du secret médical le Dr B_____, médecin répondant de la recourante. Celui-ci a ainsi été en mesure de décrire sa situation. Il a insisté sur le fait que la recourante reste seule à disposition dans des cas de ce genre, de nombreux médecins ne souhaitant pas s'en occuper. Si on ne prescrivait pas de Pethidine à l'assuré, on pourrait craindre une décompensation qui pourrait donner lieu à un drame. Le Dr B_____ ne voit pas en l'état dans quel cadre l'appelé en cause pourrait suivre une psychothérapie.
12. Par courrier du 5 avril 2007, la recourante a produit l'enregistrement d'une conversation téléphonique s'étant déroulée le 25 octobre 2006 entre Monsieur N_____, ancien directeur de la caisse, et Madame O_____, secrétaire générale de la recourante.
13. Le même jour, la caisse a produit divers documents.
14. Le 17 avril 2007, la caisse a communiqué au Tribunal de céans un avis du Dr C_____, ancien médecin cantonal du canton de Vaud, daté du 16 avril 2007, selon lequel les prises en charge impliquant des visites à domicile durant une année pour des injections quotidiennes ou pluriquotidiennes de Pethidine n'ont pas le caractère efficace, économique et approprié au sens de la LAMal.
15. Le 22 mai 2007, la recourante a produit la décision rendue par le Tribunal arbitral des assurances le 26 mars 2007 en la cause A. c/ S. M.
16. Le 7 juin 2007, la caisse s'est déterminée sur la teneur de la conversation téléphonique du 25 octobre 2006 entre Madame O_____ et Monsieur

N_____. Elle informe le Tribunal de céans de ce que l'appelé en cause s'est plaint qu'un médecin de la recourante avait procédé à des photocopies illégales de sa signature. Elle conclut à la production du dossier ouvert devant la commission de surveillance des professions de la santé et à l'audition du Dr D_____, président du groupe genevois des praticiens en médecine de l'addiction (GPMA).

17. Le 8 juin 2007, la recourante a fait savoir au Tribunal de céans qu'elle s'opposait à la demande d'audition du Dr D_____, au motif que celui-ci ne serait pas concerné par les faits de la cause. Elle sollicite par ailleurs du Tribunal de céans qu'il écarte du dossier les observations formulées par la caisse dans son courrier du 17 avril 2007, ces observations ayant été formulées en-dehors du délai à elle imparti.
18. Par courrier du 7 septembre 2007, le Tribunal de céans a informé les parties qu'il avait décidé d'ordonner une expertise et prié celles-ci de lui indiquer quelles étaient les questions qu'elles souhaitaient voir poser à l'expert. Il leur a également demandé de suggérer le nom d'un expert exerçant de préférence dans un autre canton que Genève ou Vaud.
19. La recourante s'est déterminée le 3 octobre 2007 et a proposé que la mission d'expertise soit confiée au Dr E_____ ou au Prof. F_____. La caisse a quant à elle répondu le 4 octobre 2007 et a indiqué les noms de médecins suivants : Drs G_____, H_____, I_____, J_____ et K_____.
20. Les médecins n'exerçant ni à Genève ni dans le canton de Vaud ont été approchés. Seul le Dr G_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie à Fribourg, a accepté la mission d'expertise.
21. Par ordonnance du 30 novembre 2007, le Tribunal de céans a mandaté celui-ci afin qu'il l'éclaire sur le caractère efficace, approprié et économique des soins prodigués par la recourante à l'appelé en cause.
22. Un rapport d'expertise a été ainsi établi par le Dr G_____ le 23 avril 2008, étant précisé que le médecin n'a eu qu'un bref contact téléphonique début mars 2008 avec l'appelé en cause ; celui a en effet informé le médecin qu'il ne viendrait pas à la convocation expliquant qu'il souffrait de troubles anxieux sévères qui l'empêchaient de sortir de chez lui.

Le Dr G_____ a retenu le diagnostic de trouble psychique de type anxieux, précisant qu'il s'agit d'une forme sévère de troubles anxieux qui peut aller jusqu'à l'empêcher de sortir de chez lui car une crise anxieuse est redoutée à chaque instant. Ces situations sont dramatiques puisque les patients se marginalisent parfois gravement. Par ailleurs le patient souffre d'une dépendance aux opiacés (morphinique). Il a développé une tolérance majeure et ne peut se passer de l'administration répétée de médication opiacée (Pethidine en l'occurrence) sinon il y

a apparition de symptômes de manque. Il apparaît que la Pethidine lui fut administrée depuis 2002 déjà.

L'expert a expliqué que la Pethidine avait un potentiel de dépendance très élevé comparable à la morphine ou l'héroïne. Selon lui, la dépendance a dû s'installer rapidement comme cela est souvent le cas quand il y a une consommation de doses progressives et fréquentes d'opiacés. Trois éléments ont pu favoriser l'installation de cette dépendance : la persistance de la douleur, la fragilité psychique et le contexte socio-familial précaire.

A la question de savoir si le traitement d'injections à la Pethidine était ou non adéquat dans le cas de l'appelé en cause, le Dr G _____ a indiqué qu'il n'était pas spécialiste en neurologie et qu'il lui était dès lors difficile d'expliquer le traitement approprié pour les céphalées dont souffrait l'intéressé et qui auraient justifié le traitement opiacé.

Il a toutefois précisé qu'en cas de dépendance avérée à la Pethidine, il existait d'autres moyens pour traiter à la fois les céphalées, mais également le syndrome de dépendance dans lequel s'est retrouvé le patient. Du reste, plusieurs fois mais en vain, le patient a été à juste titre, invité à envisager un traitement de substitution par de la méthadone ou peut-être par d'autres agents de substitution comme la buprénorphine, voire de la morphine. Ces agents ont tous l'avantage d'avoir une durée d'action plus longue, sauf la morphine, et donc d'éviter des fastidieuses prises répétées durant la journée et la nuit. Il ajoute que l'injection répétée de Pethidine par une structure d'urgence n'a pas de sens du point de vue addictologique. Un service d'urgences n'est donc pas la structure appropriée pour le traitement au long cours de patients dépendants aux opiacés.

Selon l'expert, les soins prodigués à l'appelé en cause ne sont efficaces que pour une durée limitée (quelques heures). Ils ne sont pas adéquats dans la mesure où seule une structure adaptée en addictologie pourrait faire face à la complexité de ce cas. Ils ne sont pas économiques dans la mesure où les interventions en urgence sont trop coûteuses. Il reconnaît cependant que pour permettre la prise en charge du cas par une structure spécialisée en addictologie, le patient doit donner son consentement.

Invité à dire si la situation de l'appelé en cause pouvait être qualifiée de "bas seuil", l'expert a répondu par la négative. Il explique en effet que cette notion fait référence à la mise en place d'une structure acceptant des individus dont la motivation au traitement est très faible ou fluctuante. Cette motivation peut parfois se limiter à recevoir des soins de base ainsi que des traitements médicamenteux assurant des conditions de survie plus favorables. Les offres "bas seuil" actuellement typiques sont les programmes de prescription d'héroïne, qui permettent aux toxicomanes de s'injecter plusieurs fois par jour de l'héroïne dans des structures adaptées assurant

ainsi une sécurité et des conditions d'hygiène plus favorables que la rue. Aussi l'administration répétée de Pethidine par une structure d'urgences ne peut-elle être considérée comme une offre "bas seuil". Il ajoute que l'entourage professionnel de structures spécialisées est composé d'intervenants formés en addictologie, en prévention, et surtout dans le traitement de dépendance aux drogues, ce qui assure une meilleure adhésion des patients aux traitements et un soutien thérapeutique plus solide.

Il considère que les soins apportés à l'appelé en cause ne peuvent pas être qualifiés de "situation d'aide à la survie et de soins palliatifs", dans la mesure où ces soins auraient dû être apportés par une institution spécialisée. La menace d'un manque opiacé (quasiment jamais fatal) ou des menaces suicidaires si le patient n'est pas fourni en Pethidine, ne constituent pas des raisons pour poursuivre des soins par un service d'urgences.

Un médecin urgentiste doit intervenir, dans une situation telle que celle de l'appelé en cause, qui souffre de manque et de douleurs, mais une fois l'administration de Pethidine effectuée le patient doit être référé ailleurs. Un urgentiste à moyen ou long terme, n'est pas en mesure de faire face à la problématique de l'aide aux toxicomanes qui est compliquée, quand elle se double de la présence de symptômes psychiques, symptômes de manque et symptômes douloureux. Les professionnels en psychiatrie ont quant à eux l'habitude de faire face à des patients menaçant de se suicider et souffrant de manque. Il aurait dès lors été utile d'activer puis de mettre en place un réseau médico-social pour déterminer des stratégies plus adaptées que celles d'interventions régulières en urgence pour ce patient. Une hospitalisation aurait été une option parmi d'autres si elle avait pu se faire après avoir noué une alliance thérapeutique suffisante avec le patient, ce qui n'a pas été le cas. Une hospitalisation non-volontaire aurait pu être indiquée non pas pour les problèmes de dépendance, mais pour des menaces suicidaires répétées. Il n'est toutefois pas possible de savoir si une hospitalisation aurait pu ou non modifier la situation à moyen ou long terme, une hospitalisation pouvant être le début d'un processus thérapeutique, mais n'est qu'une composante de la trajectoire de soin du patient dans une prise en charge au long cours.

Si la recourante avait refusé d'apporter de l'aide à l'appelé en cause et de répondre à ses appels, les risques auraient été minimes. Les symptômes de manque sont généralement sans conséquence vitale même chez les patients sévèrement dépendants. De plus une médication soulageant les douleurs et les crampes sont faciles à prescrire. En revanche les menaces suicidaires sont plus difficiles à apprécier.

23. Le rapport d'expertise a été communiqué aux parties et un délai leur a été accordé pour détermination.

24. Le 17 octobre 2008, la recourante a relevé que l'expert sur lequel le choix s'est finalement porté avait été proposé par la défenderesse, que le rapport d'expertise s'avère extrêmement lacunaire et que les réponses données ne constituent le plus souvent que des réponses de principe, l'expert n'ayant pas été en mesure de voir l'appelé en cause. La recourante reproche également à l'expert d'avoir ignoré que l'appelé en cause était aussi suivi par des médecins traitants et que diverses mesures avaient été tentées.

La recourante a produit un rapport détaillé établi par le Dr B_____, afin de démontrer, notamment, la très grande complexité du cas de l'appelé en cause, mais aussi et surtout le fait qu'elle avait collaboré étroitement avec les médecins traitants et avec l'entier du réseau sanitaire genevois pour tenter de trouver d'autres solutions, et cela en pleine connaissance de la défenderesse.

La recourante considère que l'art. 32 LAMal ne peut s'appliquer sans autre à un cas comme celui de l'appelé en cause.

25. La défenderesse a fait part de ses observations le 16 octobre 2008. Elle constate que les conclusions de l'expertise sont les mêmes que celles de son médecin-conseil, à savoir que le traitement dispensé à l'appelé en cause par la recourante ne remplissait pas les conditions posées par l'art. 32 LAMal, étant ajouté qu'il convient d'accorder au rapport d'expertise pleine valeur probante. La défenderesse maintient dès lors ses conclusions.

26. Le Tribunal de céans a ordonné la comparution personnelle des parties le 28 avril 2009. L'appelé en cause a fait défaut.

S'agissant de l'éventualité de mandater un nouvel expert, la recourante a proposé le nom de trois médecins qui lui paraissaient particulièrement adéquats, soit les Drs L_____, AA_____ et AB_____. La défenderesse quant à elle a relevé que "un médecin genevois sera moins indépendant qu'un médecin issu d'un autre canton, des questions politiques pouvant se poser".

27. Par courrier du 16 juin 2009, le Tribunal de céans a informé les parties qu'il entendait ordonner une nouvelle expertise laquelle serait confiée au Dr AA_____.

28. Le 19 juin 2009, la caisse a indiqué qu'elle n'avait pas de questions supplémentaires à poser. Elle a par ailleurs répété que le choix d'un médecin genevois comme expert ne garantissait pas, selon elle, l'indépendance et l'impartialité de l'expertise.

Les autres parties ne se sont pas manifestées.

EN DROIT

1. Le litige porte sur la prise en charge par l'intimée d'un traitement de Pethidine dispensé par la recourante à l'appelé en cause de mars 2005 à mai 2006 pour un montant de 196'298 fr. 65.
2. Selon l'art. 25 LAMal, l'assurance obligatoire de soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles (al. 1). Ces prestations comprennent notamment les 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).

3. 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. Lors de l'évaluation de l'invalidité, la tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux

on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261, consid. 4, et la jurisprudence citée).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif, l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse de celles-ci. Le juge doit examiner de manière objective tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si ceux-ci permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (ATFA non publié du 21 mars 2006, I 247/05, consid. 1.2).

En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

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).

Il convient également de rappeler que, pour ce qui concerne la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

4. 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.

La recourante soulève quant à elle la question des limites d'application de cette disposition légale.

5. Il s'agit dès lors de déterminer si les soins prodigués par la recourante à l'appelé en cause respectent les conditions de l'art. 32 LAMal, à savoir s'ils sont efficaces, appropriés et économiques.
6. Dans son rapport d'expertise établi le 23 avril 2008, Dr G_____ a indiqué que ces soins n'étaient efficaces que pour une durée limitée de quelques heures, qu'ils n'étaient pas adéquats dans la mesure où seule une structure adaptée en addictologie pourrait faire face à la complexité de ce cas, et qu'ils n'étaient pas économiques dans la mesure où les interventions en urgence sont trop coûteuses. Force est de constater que ces conclusions ne sont pas motivées. S'agissant en particulier du caractère adéquat, elles n'ont même aucun sens puisque l'expert explique que seuls des médecins exerçant dans le cadre d'une structure adaptée en addictologie pourraient prodiguer à l'appelé en cause les soins adéquats mais qu'en l'espèce, une telle intervention est impossible du fait que pour être mis en œuvre le patient doit donner son consentement.

Il y a par ailleurs lieu de rappeler que le Dr G_____ n'a pas pu voir l'appelé en cause. Celui-ci l'a en effet informé lors d'un bref contact téléphonique début mars 2008 qu'il ne viendrait pas à la consultation en raison précisément des troubles dont il souffre. Le fait de n'avoir pas pu examiner l'appelé en cause fait que l'expert s'est nécessairement borné à des considérations d'ordre général.

Le Tribunal de céans ne saurait considérer dans ces conditions que le rapport d'expertise ait valeur probante. Il se justifie dès lors de mandater un nouvel expert qui aura pour tâche de répondre aux questions déjà posées au Dr G_____, la cause n'étant toujours pas en état d'être jugée.

L'expertise sera confiée au Dr AA_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Il aura pour mission d'éclairer le Tribunal de céans sur le caractère efficace, approprié et économique des soins prodigués par la recourante à l'appelé en cause. Il s'efforcera de voir l'appelé en cause, le cas échéant en se rendant au domicile de celui-ci.

S'agissant du choix de l'expert, le Tribunal de céans rappelle que lors du premier mandat, les parties avaient été invitées à suggérer le nom de médecins exerçant de préférence dans un autre canton que Genève ou Vaud, que tous les médecins ainsi indiqués avaient été approchés et que seul le Dr G_____, proposé par l'intimée, s'était déclaré disponible. Vu les difficultés auxquelles il a été confronté pour trouver un médecin pratiquant en dehors de Genève ou Vaud et disposé à

accepter le mandat d'expertise dans un délai raisonnable, le Tribunal de céans a finalement porté son choix sur le Dr AA_____, dont le nom a été évoqué par la recourante lors de la comparution personnelle des parties du 28 avril 2009, considérant au surplus que l'indépendance de celui-ci ne saurait être d'emblée mise en cause au seul motif qu'il exerce à Genève.

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant préparatoirement

Ordonne une expertise médicale. La confie au Dr AA_____. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :

- a) Prendre connaissance du dossier de la cause.
- b) Recueillir auprès de la recourante, par son médecin répondant, le Dr B_____, toute information médicale nécessaire ainsi qu'auprès du Dr AC_____ du Centre médical de Meyrin.
- c) Examiner l'appelé en cause, le cas échéant en se rendant à son domicile
- 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 Pethidine à l'appelé 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'à fin février 2005 ? Par qui ?
 6. Suite aux injections de Pethidine qui lui ont été administrées, l'appelé en cause est-il devenu dépendant à cette substance ? Dans l'affirmative, depuis quand ?
 7. Ce traitement d'injections à la Pethidine était-il le médicament indiqué ? 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 ?

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

Sinon, est-ce que l'injection de Pethidine par une structure d'urgence telle que la recourante est indiquée ; quel est le rôle, en pareille situation, d'un service d'urgence ?

9. Les soins prodigués par la recourante à l'appelé en cause du 18 mars 2005 au 14 mai 2006 répondent-ils aux conditions fixées par l'art. 32 LAMal, à savoir, sont-ils :
- efficaces ?
 - adéquats ?
 - économiques ?

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

10. Sa situation est-elle qualifiable de "bas seuil" ?
11. Quelle est habituellement la prise en charge des patients lorsque ceux-ci sont en situation de "bas seuil" ?
12. Est-il exact d'affirmer que les soins apportés à l'appelé en cause peuvent être qualifiés de "situation d'aide à la survie et de soins palliatifs" ?
13. Peut-on admettre, dans une situation telle que celle connue par l'appelé en cause qui souffre de manque et de douleurs, qu'un médecin urgentiste n'a pas de choix ?
14. Pouvez-vous déterminer, s'il existait d'autres moyens thérapeutiques pour répondre aux situations d'urgence, en particulier en hospitalisant le patient ?
15. Pouvez-vous dire, si une hospitalisation volontaire ou non-volontaire était envisageable ? Si oui, qui aurait pu ou dû la préconiser ou l'ordonner ?
16. Une hospitalisation aurait-elle pu modifier la situation à moyen ou long terme ?
17. Quels auraient été les risques pour le patient si la recourante avait refusé de lui apporter de l'aide et de répondre à ses appels ?
- f) Faire toutes autres constatations utiles.
- g) Invite l'expert à déposer à sa meilleure convenance un rapport **en trois exemplaires** au Tribunal de céans.
18. Réserve le fond.

19. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La Présidente

Marie-Louise QUELOZ

Doris WANGELER

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