

EN FAIT

1. Madame F _____ (ci-après l'appelée en cause), née le 30 mars 1967, est assurée 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 2001, l'appelée en cause a régulièrement fait appel aux services de X _____ SA (ci-après la recourante) pour des injections de Péthidine, en raison de migraines de tension.
3. La recourante a ainsi établi entre le 31 mars 2005 et le 26 mars 2006, 443 factures pour un montant total de 110'747 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 les interventions quotidiennes de ses médecins auprès de l'appelée en cause 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 décisions du 18 mai 2006, notifiée à la recourante et communiquée en copie à l'appelée en cause, puis par décision sur opposition du 15 août 2006, la caisse a confirmé sa position.
6. La recourante, représentée par Maître Jacques ROULET, a interjeté recours le 18 septembre 2006, agissant par ailleurs en qualité de cessionnaire de l'appelée en cause. Elle souligne que personne ne prend en charge cette patiente, raison pour laquelle celle-ci continue à faire appel à elle.
7. Le Dr LOB, médecin-conseil de la caisse, a été entendu par le Tribunal de céans le 30 janvier 2007. Il explique que la Péthidine 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 Péthidine par la Méthadone qui est un opiacé 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 Péthidine. 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 LOB, l'injection de Péthidine 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 Péthidine 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'appelée 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.

8. Par ordonnance du 9 février 2007, le Tribunal de céans a ordonné l'appel en cause de Madame F_____.
9. Une nouvelle audition des parties s'est tenue le 13 mars 2007, étant précisé que l'appelée en cause a fait défaut. Elle a toutefois délié du secret médical le Dr L_____, médecin répondant de la recourante. Celui-ci a ainsi été en mesure de décrire sa situation.

Le Dr M_____, spécialiste FMH en médecine interne, a également été entendu. Il a déclaré que

"Je suis *l'appelée en cause* depuis mai 2005. Elle m'a consulté sur les conseils d'un médecin de X_____ du fait que je suis spécialement formé en médecine de l'addiction. En raison de mon FMH en onco-hématologie, j'ai appris à manier les opiacées. J'ai fondé avec le Dr N_____ le groupe genevois des praticiens en médecine de l'addiction. Je suis toujours membre du comité. Le groupe est subventionné par le Département de l'économie et de la santé et l'OFSP. J'ai posé les diagnostics suivants:

- pharmaco dépendance grave à la Péthidine avec un pronostic très réservé.
- psycho-traumatismes graves subis durant la petite enfance, l'enfance et l'adolescence. (...)
- migraines: elles sont apparues dans l'adolescence et se sont aggravées. *La patiente* a consulté divers neurologues ainsi que le Centre de la consultation de la douleur des HUG, sans succès.
- trouble développemental traumatique (...)
- personnalité Borderline (...)

La Péthidine ne constitue pas un traitement de la migraine. Il s'agit d'un opiacée très puissant qui ne devrait plus être utilisé. Elle a une action proche de l'héroïne (effet de flash), elle a un potentiel d'induction très puissant et se transforme en substance

neuro-toxique. D'autres produits peuvent la remplacer par exemple la morphine. Dans le cas de la patiente la dépendance s'est installée très rapidement. Elle a même subi des injections intraveineuses. Actuellement la patiente se voit prescrire six injections par jour de Péthidine. Il n'est pas possible de la sevrer en l'état vu les douleurs, vu la dépression grave avec risque suicidaire et vu la situation psychosociale qui se péjore. Je crois pouvoir dire que nous sommes dans une situation d'aide à la survie et de soins palliatifs. Le médecin urgentiste n'a pas de choix face à un patient qui souffre de manque et de douleurs. (...) Je regrette effectivement qu'elle ne vienne que si peu (environ 2 consultations par mois). Le fait de me consulter aussi peu fait partie de son déni. Je dois dire que nous avons une bonne relation thérapeutique. Elle a été difficile à établir. Elle est nécessaire dans la mesure où elle reçoit ses doses trois fois par semaine."

10. Par ordonnance du 30 novembre 2007, le Tribunal de céans a mandaté le Dr O_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie à Fribourg, afin qu'il l'éclaire sur le caractère efficace, approprié et économique des soins prodigués par la recourante à l'appelée en cause.
11. Un rapport d'expertise a été ainsi établi le 31 octobre 2008. Il en ressort que l'assurée souffre depuis l'âge de 12 ans d'un état migraineux pour lequel elle a bénéficié de nombreux et divers traitements. Elle a par ailleurs subi plusieurs opérations orthopédiques dues à une malformation à un pied. C'est au cours de ces hospitalisations qu'elle a reçu des antidouleurs opiacés (Péthidine). L'expert rapporte qu'elle a fait appel à la recourante dès 2001 pour le traitement de ses migraines très invalidantes. Il précise que "les médecins de l'organisation interviennent dans un premier temps à l'aide de traitements non opiacés, mais sur l'insistance des demandes et avec un probable sentiment d'impuissance des professionnels intervenant à domicile, l'intéressée finit par se faire prescrire la Péthidine. (...). Elle prétend qu'elle n'est pas informée sur le risque potentiel de dépendance de la molécule. Quelques mois plus tard elle ne se contente plus de la prise sous-cutanée mais expérimente l'administration intraveineuse faite par un médecin de la recourante très sûrement incompétent dans le domaine des addictions. Elle vit pour la première fois les effets euphorisants intenses de ce mode d'administration, de plus elle noue avec le médecin ayant prodigué le traitement intraveineux des rapports plus qu'ambigus sur le plan psychologique, à tel point que le professionnel lui livre des ampoules qu'elle s'injectera elle-même dans ses veines. Il y a indiscutablement à ce moment-là aggravation de la dépendance. Avec le temps la relation avec le médecin en question se dégrade, probablement cela est dû aux demandes insistantes de l'assurée pour être approvisionnée et pour pouvoir bénéficier des doses dont elle a besoin. (...). Il y a trois ans maintenant, un médecin de la recourante probablement très désemparé face à ce tableau d'addiction, adresse la patiente chez le Dr M_____ qui est connu pour être familier avec le traitement des dépendances et qui accepte de la suivre".

Le Dr O_____ a retenu les diagnostics de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés, utilisation continue, de difficultés liées au mode de vie, utilisation de drogues, de difficultés liées à l'environnement social et de difficultés d'adaptation à une nouvelle étape de la vie.

A la question de savoir qui lui a administré la Péthidine pour la première fois, il répond qu'il s'agit d'un médecin agissant dans le cadre d'une intervention demandée à la recourante par l'assurée. Les injections étaient administrées de façon répétées parfois plusieurs fois par jour jusqu'à fin 2005 par des médecins, puis progressivement par la patiente elle-même. Celle-ci est devenue dépendante à la Péthidine assez rapidement compte tenu de son potentiel addictif important et du syndrome de manque développé ensuite. Selon le Dr O_____ "le traitement de Péthidine n'est pas le traitement indiqué pour les migraines. Certes il peut soulager efficacement comme dans le cas présent, mais dans la pesée des intérêts entre l'effet soulageant et les risques de développer une dépendance, et ceci dans le cadre d'un tableau clinique prédisposant au développement d'une addiction, il aurait été adéquat de ne pas entreprendre ce traitement à la Péthidine". L'expert ajoute que "n'étant pas spécialiste en neurologie, je ne suis pas en mesure d'indiquer quel traitement aurait dû être administré et depuis quand dans le cadre de ses migraines. Toutefois un examen attentif de la situation et un autre projet thérapeutique scientifiquement validé aurait dû être proposé avant d'introduire un traitement opiacé avec la Péthidine".

Il a précisé qu'en cas de dépendance avérée à la Péthidine, il existait d'autres moyens pour traiter à la fois les céphalées, mais également le syndrome de dépendance dans lequel s'est retrouvée la patiente. Il relève du reste que la patiente s'est toujours refusée 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, étant persuadée que seule la Péthidine agissait sur ses migraines. Ces agents ont pourtant 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 Péthidine 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'appelée 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. Dans le cas d'espèce, il n'a pas été possible d'envisager une substitution classique, l'assurée ne s'étant jamais identifiée à une toxicomane.

Invité à dire si la situation de l'appelée 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 vie minimales. 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 Péthidine 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'appelée 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 Péthidine, 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'appelée en cause, qui souffre de manque et de douleurs, mais une fois l'administration de Péthidine effectuée le patient doit être référé ailleurs. Un urgentiste à moyen ou long terme, n'est pas en mesure de faire face à cette problématique compliquée et intriquée. 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 cette patiente. Une hospitalisation aurait été une option parmi d'autres si elle avait pu se faire après avoir noué une alliance thérapeutique suffisante avec la patiente, ce qui n'a pas été le cas. Une hospitalisation non-volontaire n'avait pas lieu d'être, car la dépendance n'est pas une indication majeure pour une hospitalisation d'office. 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.

Certes, l'hospitalisation dans la plupart des cas est l'occasion d'une expérience positive pour les patients. On peut penser qu'elle aurait pu permettre d'envisager d'autres options thérapeutiques pour la suite et influencer ainsi favorablement le

décours de cette situation dramatique, mais encore une fois cela n'est possible que si l'intéressé est hospitalisé sur une base volontaire.

Si la recourante avait refusé d'apporter de l'aide à l'appelée 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.

Les menaces des patients en manque parfois très maniérées sont plus difficiles à appréhender car elles reflètent aussi le vécu subjectif du manque. Il faut donc une équipe de professionnels habitués à faire face à ce type de comportement pour gérer la situation.

12. La recourante a produit un rapport détaillé établi par le Dr L_____, afin de démontrer, notamment, la très grande complexité du cas de l'appelée 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 l'intimée.

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

13. L'intimée a fait part de ses observations le 12 décembre 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'appelée 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. L'intimée maintient dès lors ses conclusions.
14. Le Tribunal de céans a ordonné la comparution personnelle des parties le 28 avril 2009. L'appelée en cause a eu l'occasion d'expliquer quelle était sa situation actuelle.
15. 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 P_____.
16. 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.

17. Par ordonnance du 24 juillet 2009, considérant que la cause n'était toujours pas en état d'être jugée, le Tribunal de céans a confié un mandat d'expertise au Docteur P_____.

18. Celui-ci a établi son rapport le 28 janvier 2010. L'expert a retenu les diagnostics suivants : troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacées, syndrome de dépendance, suit actuellement un régime de maintenance ou de substitution sous surveillance médicale et personnalité émotionnellement labile type borderline. Il a répondu aux questions posées par le Tribunal de céans comme suit :

"L'appelée en cause a reçu pour la première fois de la Péthidine en post-opératoire, à la suite d'interventions sur ses pieds vers l'âge de 20 ans. Il s'agissait à l'époque d'administration ponctuelle. Après une première administration par la recourante en mars 2000, sur un mode plus continu, les administrations de Péthidine remontent plutôt à l'année 2001.

Suite aux opérations (en 1978 ?), de la Péthidine lui a été administrée par un médecin hospitalier pour la première fois comme antalgique en post-opératoire, la seconde fois en mars 2000 par un médecin de X_____ intervenant en urgence au domicile. (...)

C'est dans le cadre de X_____ qu'elle va faire la rencontre d'une femme médecin, qui aurait débuté les premières injections intraveineuses. Selon l'appelée en cause, le Dr Q_____ l'a conquise car elle était à l'écoute et lui "a parlé en trouvant des mots humains", mais visiblement ce médecin n'a pas réussi à mettre un cadre thérapeutique limitant, car l'appelée en cause considère avoir développé avec ce médecin une relation allant au-delà du professionnel, définie comme quasiment amicale. Le Dr Q_____ va devenir son médecin traitant en 2001, avant qu'elle "la laisse tomber", car "elle s'est rendue compte que ça n'allait plus, qu'elle était dépendante, alors elle ne répondait plus à ses téléphones et ne voulait pas la recevoir".

Les injections étaient tout d'abord sporadiques, puis sont devenues répétées, pour atteindre un acmé en 2005, avec une administration de la Péthidine continue et à des doses importantes, parfois plusieurs fois par jour. Progressivement depuis le début de la prise en soin par le Dr M_____ (en juin 2005), c'est la patiente elle-même qui s'administrait le produit, cela dans une optique de sevrage puis une substitution par de la MST.

(...). L'appelée en cause est devenue dépendante de la Péthidine, ce qui est l'effet secondaire à craindre en utilisation répétée (habituellement la dépendance s'installe en une à deux semaines de traitement). Le début de la dépendance reste difficile à définir avec précision, mais l'appelée en cause fait remonter celle-ci à 2001 («J'ai pris de la Péthidine durant près de 10 ans j'en ai été dépendante pendant environ 5

ans de 2001 à 2006»). Ce serait surtout suite à l'effet lié à la première injection en intra veineuse que la dépendance psychique ce serait développée.

L'expert n'est ni spécialiste de la migraine, ni de la douleur et de ses traitements, mais les spécialistes dans ces domaines ne considèrent pas la Péthidine comme un traitement indiqué surtout en administration répétée au vu de son pouvoir addictogène particulièrement important et rapide. De même l'expert ne se considère pas compétent pour répondre à la question de quel traitement aurait pu être apporté en situation de détresse, mais sur le plan de la problématique psychique en cause (une personnalité borderline) et des effets secondaires produits par la répétition des injections (le développement d'une addiction), un questionnement médical paraissait indispensable avec la mise en place d'un projet thérapeutique de fond.

Il s'agit de différencier deux aspects, à savoir le traitement de la migraine et le traitement de la dépendance à un opiacé. Pour le premier aspect dans les guidelines la Péthidine n'est pas citée dans le traitement des céphalées (notamment en raison de sa trop courte durée d'action), mais comme cela a été relevé, aucune autre médication n'avait auparavant été efficace face à la douleur, ce qui est confirmé par *l'appelée en cause*. En cas de dépendance avérée et une fois le diagnostic posé, les inconvénients de la poursuite d'injections répétées de Péthidine sont de nature à remettre en question l'avantage éventuel de ce traitement : un sevrage du produit doit être entrepris par des opiacés à plus longue demi-vie et qui ont un effet antalgique. Le produit de choix étant la MST, la méthadone ou la buprenorphine. Le sevrage impliquant de facto, la présence d'un cadre de soins bien établi, avec un suivi régulier, notamment psychiatrique au vu de l'importante problématique présente dans ce domaine.

A la connaissance de l'expert qui n'est pas un spécialiste dans le domaine, la Péthidine a comme indication son utilisation comme antalgique ponctuel de la douleur aigue, en particulier les douleurs rebelles aux antalgiques non-morphiniques. C'est dans ces conditions définies dans des guidelines que les critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité de ce traitement sont réunis. Il y a aussi une marge de libre appréciation pour le médecin traitant, le choix thérapeutique lui incombe et doit pouvoir être justifié. Pour répondre à la question de quel autre traitement était médicalement indiqué, l'expert ne peut valablement répondre sur le plan des céphalées, mais par contre il est clair que *l'appelée en cause* présentait antérieurement à 2005 une problématique psychiatrique sévère qui n'a pas été suffisamment prise en compte (que la dépendance aux opiacés est venue compliquer) et qu'elle aurait nécessité une prise en charge dans ce domaine.

Il est vrai que le médecin doit intervenir pour traiter l'urgence de la manière qu'il considère comme appropriée, on peut dans ce cadre concevoir que de traiter une douleur majeure et un risque de manque est une urgence (même si elle est relative) ; par contre la répétition des interventions pose question quant à la notion d'urgence

et impliquer un processus de remise en question la poursuite de ce dernier sous la même forme.

Il aurait été indiqué dans cette situation de mettre en place un réseau de soins avec un cadre et un programme thérapeutique permettant de mieux contrôler la situation, qui devenait justement «hors contrôle». Pour un sevrage et une mise à l'abri de *l'appelée en cause* l'hospitalisation aurait été une option possible, en particulier pour permettre secondairement la mise en place d'une structure de soins, mais *l'appelée en cause* a elle-même dit qu'elle avait refusé cette option. Il faut également relever qu'une démarche médico-légale aurait pu éventuellement être initiée en signalant la situation de *l'appelée en cause* au Tribunal tutélaire du canton.

Une hospitalisation volontaire aurait été indiquée, mais n'était envisageable qu'avec l'accord du patient et selon l'anamnèse médicale *l'appelée en cause* avait refusé à plusieurs reprises cette option. Quant à une hospitalisation non-volontaire, celle-ci nécessite la présence d'un tableau psychiatrique avec la notion de présence de danger pour le patient ou autrui. En général une hospitalisation dans un problème de dépendance se fait en volontaire, sous la forme d'un contrat. L'hospitalisation non volontaire est une décision qui incombe au médecin après une évaluation clinique détaillée."

19. Les parties ont été invitées à se déterminer.
20. Le 14 février 2010, *l'appelée en cause* a apporté quelques précisions quant aux faits rapportés par le Dr P_____, relevant plus particulièrement qu'avant les difficultés rencontrées en raison de la Péthidine, elle avait une vie tout à fait normale, soit sans aucune addiction, ce malgré la personnalité borderline, souvent évoquée.
21. Le 18 février 2010, la caisse constate que l'expertise du 28 janvier 2010 aboutit aux mêmes conclusions que celles du Dr O_____ et de son médecin-conseil, à savoir que le traitement dispensé à *l'appelée en cause* ne remplissait pas les conditions posées par l'art. 32 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal ; RS 832.10). Elle maintient dès lors ses conclusions tendant au rejet de la demande de la recourante.
22. Le 26 février 2010, celle-ci a fait part de ses observations. Elle se plaint préalablement de ce que le secret médical ait été mis à mal par les deux expertises médicales. Au fond, elle relève que le Dr P_____ a soigneusement évité d'apporter une réelle réponse à la question principale qui lui a été posée, à savoir si les soins prodigués à *l'appelée en cause* du 31 mars 2005 au 26 mars 2006 étaient efficaces, adéquats et économiques. Elle rappelle à cet égard les déclarations faites par *l'appelée en cause*, selon lesquelles elle avait connu la Péthidine lors d'hospitalisations en raison de problèmes orthopédiques et qu'il lui était arrivé "de rappeler la recourante qui tardait à son goût menaçant au téléphone de se suicider."

Elle observe que tous y compris elle-même s'accordent pour dire que le cas très particulier de l'appelée en cause avait besoin à terme de trouver d'autres solutions que des consultations en urgence et des injections de Péthidine, mais souligne qu'on ne saurait lui reprocher dans ces conditions d'avoir rempli ses devoirs avec une expérience du terrain qu'elle est peut-être seule à avoir.

Elle joint à ses écritures un avis rédigé par le Dr L_____ et daté du 26 février 2010. Celui-ci, préalablement, décrit les éléments précis qui, sur le plan anamnestique, expliquent le refus systématique de l'appelée en cause de toute prise en charge psychiatrique. Il relève également que celle-ci avait reçu des soins psychiatriques lourds dans le passé, qui avaient échoué. Il a ainsi insisté sur l'importance qu'il y avait dans un tel cas de maintenir un lien thérapeutique même ténu, mais suffisant afin que le patient puisse être en mesure d'entreprendre les démarches appropriées à un moment donné. Il souligne à cet égard que le médecin auquel s'est finalement adressé l'appelée en cause, soit le Dr M_____, n'est pas psychiatre. Il constate que les diagnostics posés par ce médecin diffèrent de ceux du Dr P_____, que néanmoins sa prise en charge consistant à traiter l'appelée en cause à raison de six ampoules de Péthidine par jour pendant plusieurs années, soit bien davantage à ce qui lui avait été accordé par la recourante, n'a jamais été remis en cause par l'intimée.

Le Dr L_____ entend démontrer que le traitement remplissait les conditions de l'art. 32 LAMal, en ce sens qu'il était efficace, la Péthidine étant la seule substance qui pouvait calmer la symptomatologie de l'appelée en cause même si elle ne constituait pas un traitement usuel en cas de migraines, et approprié, puisqu'il n'a pas été possible d'orienter l'appelée en cause vers une prise en charge psychiatrique ou de l'y contraindre. Il a à cet égard ajouté que la prise en charge assumée par la recourante correspond bien à une situation "bas seuil" puisque se limitant à apporter un soutien en urgence tout en favorisant l'instauration d'un lien thérapeutique avec le médecin traitant. Le traitement était enfin économique, étant précisé que la recourante n'avait jamais eu à l'origine de sa démarche un quelconque appât du gain.

23. Les écritures des parties leur ont été transmises, puis la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 4 et let. c de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique tant 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) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal ; RS 832.10) que des contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale prévue par la LAMal, et

à l'assurance-accidents obligatoire prévue par la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA ; RS 832.20), relevant de la loi fédérale sur le contrat d'assurance, du 2 avril 1908 (Loi sur le contrat d'assurance, LCA ; RS 221.229.1).

S'agissant d'un recours interjeté par un fournisseur de prestations dont les médecins ont fourni les soins contre une décision de l'assureur, la question de la compétence *ratione materiae* du Tribunal de céans se pose.

Selon l'art. 89 al. 1 LAMal, les litiges entre assureurs et fournisseurs de prestations sont jugés par le Tribunal arbitral des assurances. Cette juridiction est aussi compétente si le débiteur de la rémunération est l'assuré (système du tiers garant). Les dispositions légales qui déterminent la compétence du Tribunal arbitral constituent une *lex specialis* par rapport aux dispositions réglant celle du Tribunal cantonal des assurances, et elles ont à ce titre la priorité (ATF 127 V 467 consid. 1).

La compétence matérielle du Tribunal arbitral présuppose que le litige ait pour objet des relations juridiques fondées sur la LAMal ou qui ont été établies en vertu de cette loi. L'objet du litige doit en outre concerner la position particulière de l'assureur ou du fournisseur de prestations dans le cadre de la LAMal. Afin de déterminer si un litige touche la position particulière de l'assureur ou du prestataire par rapport à la LAMal, il convient de déterminer en quelle fonction les parties s'opposent en réalité (ATF 132 V 303 consid. 4.1 ; RAMA 2004 298 p. 301 consid. 2.2). Cela peut également être déduit de l'art. 89 al. 3 LAMal, lequel prévoit expressément que la compétence du Tribunal arbitral se détermine indépendamment du fait que la rémunération est due par l'assuré (système du tiers garant) ou par l'assureur-maladie (système du tiers payant) (ATF K 124/02 du 30 avril 2004). Dans la mesure où le litige oppose à l'origine un assuré à son assurance-maladie, il est de la compétence du Tribunal cantonal des assurances. La cession de la créance de l'assuré à son médecin n'y change rien (K 66/02 du 17 août 2004).

Dans une cause opposant un fournisseur de prestations à une assurance-maladie portant sur la question de savoir dans quelle ampleur les coûts afférents aux prestations fournies devaient être supportés par l'assurance obligatoire des soins, le Tribunal fédéral des assurances a jugé qu'il s'agissait d'un litige opposant en premier lieu l'assureur-maladie à l'assuré, et partant de la compétence du Tribunal de céans (ATF K 96/05 du 24 juillet 2006 consid. 3).

2. En l'espèce, la recourante a directement adressé à l'intimée les factures relatives aux soins prodigués à l'appelée en cause, celle-ci lui ayant cédé ses droits au remboursement. Les décisions des 18 mai et 15 août 2006 lui ont été en conséquence notifiées. La cause a néanmoins pour origine la relation entre l'appelée en cause et l'intimée.

Aussi la compétence du Tribunal de céans est-elle établie.

3. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales, s'applique.
4. Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 60 LPGA).
5. Le litige porte sur la prise en charge par l'intimée du coût des soins apportés à l'appelée en cause par la recourante de mars 2005 à mars 2006.

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'étaient pas respectées.

La recourante considère au contraire que le traitement administré était efficace, approprié et économique. Elle soulève par ailleurs la question des limites d'application de cette disposition légale.

6. 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.

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.

L'efficacité, l'adéquation et le caractère économique des prestations sont réexaminés périodiquement."

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).

7. 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, 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).

8. Dans son rapport d'expertise réalisée le 31 octobre 2008, le Dr O _____ a indiqué que les soins apportés à l'appelée en cause 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 suffisamment motivées. S'agissant en particulier du caractère adéquat, il est difficile de les retenir telles quelles, puisque l'expert explique que seuls des médecins exerçant dans le cadre d'une structure adaptée en addictologie pourraient prodiguer à l'appelée en cause les soins adéquats mais qu'en l'espèce, une telle intervention est impossible du fait que, pour qu'elle soit mise en œuvre, le patient doit donner son consentement, ce qui n'est pas le cas en l'espèce.

Le Tribunal de céans a ainsi considéré que le rapport d'expertise établi par le Dr O _____ ne lui permettait pas en l'état de juger la cause et a, par ordonnance du 24 juillet 2009, mandaté un nouvel expert en la personne du Dr P _____ pour répondre aux questions déjà posées au premier.

Le Dr P _____ a réalisé son expertise le 28 janvier 2010. S'agissant plus spécifiquement de la question relative aux critères de l'art. 32 LAMal, à savoir si les soins dispensés à l'appelée en cause étaient efficaces, adéquats et économiques, l'expert a implicitement répondu par la négative, confirmant ainsi les conclusions du premier expert. Il a rappelé que la Péthidine a comme indication son utilisation comme antalgique ponctuel de la douleur aiguë, en particulier les douleurs rebelles aux antalgiques non morphiniques. Il a cependant précisé que le médecin traitant dispose d'une marge de libre appréciation à cet égard. Il admet ne pas savoir quel autre traitement aurait été médicalement indiqué sur le plan des céphalées, et rappelle que l'appelée en cause présentait une problématique psychiatrique sévère antérieurement à 2005, qui n'a pas été prise en charge.

9. Le Tribunal de céans constate que finalement aucun des experts n'a été en mesure d'apporter de réponses claires et très précises aux questions posées. Il peut toutefois être utile de considérer parallèlement leurs rapports, étant rappelé qu'ils considèrent tous deux que les critères de l'art. 32 LAMal ne sont pas réalisés.

Il apparaît que les difficultés auxquelles se sont heurtés les deux experts pour remplir leur mandat de façon satisfaisante viennent confirmer les conclusions de la recourante, selon lesquelles l'art. 32 LAMal ne peut pas s'appliquer sans autre dans le cas d'espèce. En effet, les critères de l'art. 32 LAMal sont, dans la grande

majorité des cas, examinés en relation avec une prestation médicale bien déterminée, dispensée à un moment donné et à une seule occasion. En l'espèce au contraire, il s'agit d'un grand nombre d'actes, régulièrement fournis par la recourante du 31 mars 2005 au 26 mars 2006. De plus, le médecin de la recourante qui intervenait auprès de l'appelée en cause n'était pas le même à chaque fois. Or, le praticien a nécessairement sa propre conception et sa propre appréciation quant à la façon d'envisager sa consultation.

10. Tant le Dr O _____ que le Dr P _____ ont expliqué que la Péthidine n'était pas le traitement indiqué pour les migraines, qu'elle était en principe utilisée comme antalgique ponctuel des douleurs aiguës, en particulier des douleurs rebelles aux antalgiques non-morphiniques. Le Dr P _____ a toutefois souligné qu'aucune autre médication n'avait auparavant été efficace face aux douleurs dont se plaignait l'appelée en cause. Le Dr O _____ a admis qu'elle pouvait soulager efficacement "comme dans le cas présent", tout en précisant qu'elle n'était efficace que pour une courte durée.

Le Tribunal de céans constate ainsi que la Péthidine ne constitue certes pas la médication classique indiquée qui devrait être prescrite pour traiter la migraine en tant que telle, que s'agissant en revanche des douleurs dont souffrait l'appelée en cause, ce produit apparaît comme étant le seul qui était susceptible de lui apporter un soulagement satisfaisant.

Il doit ainsi être considéré comme efficace et approprié dans un premier temps.

11. Cependant, l'efficacité est limitée à quelques heures et l'administration répétée du produit oblige à se poser la question du caractère approprié (art. 32 al. 2 LAMal).

Il n'est en effet ni contesté ni contestable que l'appelée en cause en est devenue dépendante.

Il y a de ce fait lieu de s'interroger sur le caractère approprié des soins apportés par la recourante à l'appelée en cause dès qu'ils interviennent de façon répétée.

12. Selon le Dr O _____, dans la pesée des intérêts entre l'effet soulageant et les risques de développer une dépendance, et ceci dans le cadre d'un tableau clinique prédisposant au développement d'une addiction, il aurait été adéquat de ne pas entreprendre ce traitement à la Péthidine. Un examen attentif de la situation et un autre projet thérapeutique scientifiquement validé aurait dû être proposé avant d'introduire un traitement opiacé avec la Péthidine.

Le premier expert a ajouté que "n'étant pas spécialiste en neurologie, je ne suis pas en mesure d'indiquer quel traitement aurait dû être administré et, depuis quand, dans le cadre de ses migraines", mais précisé qu'en cas de dépendance avérée à la Péthidine, il existait d'autres moyens pour traiter à la fois les céphalées et le

syndrome de dépendance dans lequel s'est retrouvée la patiente, tout en relevant que celle-ci s'est toujours refusée 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, étant persuadée que seule la Péthidine agissait sur ses migraines.

Le Dr P_____ a de même considéré qu'une remise en question de cette façon de procéder devait se mettre en place dès que les interventions se sont répétées.

13. a) Il y a lieu de déterminer si les médecins de la recourante auraient pu et dû prescrire à l'appelée en cause un autre produit, au lieu de lui administrer de la Péthidine de manière répétée.

b) Il importe à ce stade et à titre préalable de souligner que la Péthidine avait été prescrite pour la première fois à l'appelée en cause bien avant qu'elle ne fasse appel à la recourante, à la suite d'hospitalisations en raison d'atteintes orthopédiques, aux environs de l'âge de 20 ans.

Le Dr O_____ a déclaré que les médecins de la recourante étaient intervenus dans un premier temps à l'aide de traitements non opiacés, et ce n'est que sur l'insistance des demandes et "avec un probable sentiment d'impuissance" qu'ils avaient fini par lui prescrire la Péthidine. Le médecin a également relevé que c'est à la demande expresse de l'appelée en cause, laquelle ne se contentait plus de la prise sous-cutanée, que l'administration de la Péthidine s'est faite par voie intraveineuse.

Le Dr P_____ a confirmé que c'est un médecin de la recourante, la Dresse Sandra Q_____, qui avait débuté les premières injections intraveineuses. Il a rapporté que, selon la patiente, ce médecin l'aurait comprise, car étant à l'écoute, sans toutefois réussir à mettre un cadre thérapeutique limitant. Elle est devenue son médecin traitant en 2001 "avant qu'elle ne la laisse tomber" pour reprendre les propos tenus par l'appelée en cause, car "elle s'est rendue compte que ça n'allait plus (...), que j'étais dépendante (...), alors elle ne répondait plus à mes téléphones et ne voulait pas me recevoir."

Le Tribunal de céans relève ainsi que l'appelée en cause connaissait déjà la Péthidine pour se l'être vu prescrire en raison de ses problèmes orthopédiques, soit bien avant les interventions de la recourante. Force toutefois est de constater que les injections intraveineuses, lesquelles entraînent la dépendance, lui ont été administrées pour la première fois par un médecin de cette dernière.

c) Il appert de la partie en fait qui précède qu'il existe un traitement de substitution par de la méthadone ou d'autres agents de substitution comme la MST, la buprénorphine, voire de la morphine.

Le Tribunal de céans constate, il est vrai, que les experts confirment que l'appelée en cause s'opposait à ce que soit même envisagée la possibilité de lui prescrire d'autres produits. Le Dr M_____, lors de son audition le 13 mars 2007, a déclaré qu'"actuellement la patiente se voit prescrire six injections par jour de Péthidine. Il n'est pas possible de la sevrer en l'état vu les douleurs, vu la dépression grave avec risque suicidaire et vu la situation psycho-sociale qui se péjore." L'appelée en cause a du reste elle-même confirmé qu'il lui était arrivé de menacer la recourante de se suicider lorsque le médecin tardait à venir.

Il appartenait toutefois à la recourante de lui refuser les injections demandées, sachant que lorsque le risque suicidaire est jugé suffisamment important, l'appel à un psychiatre et une hospitalisation non volontaire s'imposent.

14. Les Drs P_____ et O_____ ont déclaré qu'il aurait été souhaitable que l'appelée en cause soit hospitalisée et soit ainsi mise au bénéfice d'un réseau de soins dans un cadre bien délimité et d'un programme thérapeutique. Ils relèvent cependant, tous deux, que l'appelée en cause ne voulait pas entendre parler d'hospitalisation, étant au demeurant précisé que l'hospitalisation volontaire n'est envisageable qu'avec l'accord du patient.

La recourante considère quant à elle qu'elle n'est pas restée sans agir et qu'elle a collaboré étroitement avec les médecins traitants ainsi qu'avec l'entier du réseau sanitaire genevois pour tenter de trouver d'autres solutions. Elle insiste toutefois sur les difficultés auxquelles elle se heurtait, l'appelée en cause refusant systématiquement toute prise en charge psychiatrique. Elle considère qu'il est important dans un tel cas de tout faire pour maintenir un lien thérapeutique même ténu, mais suffisant afin que le patient puisse être en mesure d'entreprendre les démarches appropriées à un moment donné. Elle souligne à cet égard que le médecin auquel s'est finalement adressé l'appelée en cause, soit le Dr M_____, n'est pas psychiatre. Elle ajoute enfin que la prise en charge qu'elle a assumée correspond bien à une situation "bas seuil" puisque se limitant à apporter un soutien en urgence tout en favorisant l'instauration d'un lien thérapeutique avec le médecin traitant.

15. Le Tribunal de céans constate qu'une prise en charge adaptée par des services compétents en matière d'addictologie, voire une hospitalisation, auraient peut-être pu éviter l'installation d'une dépendance. Il est vrai que l'appelée en cause, refusait d'être suivie par un psychiatre, que ce soit pour sa problématique psychiatrique présente avant la première intervention de la recourante et diagnostiquée par le Dr P_____, ou pour son addiction à la Péthidine, et d'être hospitalisée, et s'opposait à tout traitement de substitution. Il convient également de relever que les experts se sont dits conscients du fait qu'il n'était pas possible de garantir le pronostic à venir en cas d'hospitalisation. Ils font tous deux état, du reste, d'un certain sentiment d'impuissance.

Force est cependant de constater qu'après mai 2005, date à laquelle le Dr M_____ est devenu son médecin traitant, les médecins de la recourante ont continué à répondre aux appels de la patiente.

Il paraît difficile dans ces conditions de justifier les soins dispensés par les médecins de la recourante, agissant au domicile dans le cadre d'un service d'urgences, jusqu'en mars 2006. Le caractère approprié ne peut être que nié.

16. Par définition, le coût de prestations fournies en urgence est plus élevé. Il n'est toutefois pas envisageable d'exclure d'emblée qu'une mesure prise en urgence, de ce seul fait, ne revête pas le caractère d'économicité. D'après la jurisprudence, il s'agit d'examiner 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. Il s'agit en d'autres termes de déterminer si la recourante pouvait ou non refuser d'intervenir lorsque l'appelée en cause faisait appel à elle.

La recourante considère que la situation de l'appelée en cause doit être qualifiée de "bas seuil".

Tel n'est cependant pas l'avis des experts mandatés par le Tribunal de céans. Le Dr O_____ a à cet égard expliqué 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. Il considère ainsi que les soins apportés à l'appelée en cause ne peuvent pas être qualifiés de "situation d'aide à la survie et de soins palliatifs", puisque ces soins auraient dû être apportés par une institution spécialisée. Le Dr P_____ a également nié la qualification de "bas seuil" s'agissant de l'administration répétée de Péthidine par une structure d'urgence, au motif que l'intervention directe de médecins ou d'une structure médicale est déjà qualifiée de "seuil intermédiaire". Selon lui, la prise en charge des patients, lorsque ceux-ci sont en situation de "bas seuil", doit permettre de faire émerger la demande de soins et de construire un projet de traitement cohérent. L'aspect "aide à la survie et palliatif" peut se concevoir dans le cadre du traitement de la douleur ou éventuellement pour prévenir le sevrage aux opiacées, mais même dans ces situations "extrêmes", la démarche de soins doit rester cohérente avec entre autres une balance bénéfices/inconvénients qui reste favorable.

Seul le Dr M_____ considère qu'il s'agit ici précisément d'une situation d'aide à la survie et de soins palliatifs, ajoutant que "le médecin urgentiste n'a pas de choix face à un patient qui souffre de manque et de douleurs."

Quoi qu'il en soit, le Tribunal de céans considère qu'il n'incombe pas à un service d'urgences d'intervenir de manière répétée dans une situation de ce type, puisqu'il n'y a précisément pas urgence.

Il y a en conséquence lieu de considérer que le critère de l'économicité n'est pas rempli.

17. Aussi le recours doit-il être rejeté.

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

Statuant

En application de l'art. 56U al. 2 LOJ

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification 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 ; RS 173.110) auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) pour ce qui a trait aux prestations relevant de la LAMal et/ou par la voie du recours en matière civile auprès du Tribunal fédéral (av. du Tribunal fédéral 29, case postale, 1000 Lausanne 14), conformément aux art. 72 ss LTF en ce qui concerne les prestations relevant de la LCA; 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

Nathalie LOCHER

Doris WANGELER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique et à l'Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers par le greffe le