

GE_GERICHTE ATAS/620/2010 vom 20. Mai 2010

GE Cour de justice, 2010-05-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_620_2010

FR: GE_GERICHTE ATAS/620/2010 du 20 mai 2010

IT: GE_GERICHTE ATAS/620/2010 del 20 maggio 2010

Regeste

Résumé: Selon le Tribunal cantonal des assurances sociales : L'administration répétée et sur plusieurs années de Pethidine (opiacé très puissant proche de l'héroïne) par un service d'urgence dans un premier temps pour soulager une patiente souffrant de migraine, puis dans un deuxième temps dans le but de répondre à la situation de dépendance ayant précisément pour origine la prise de Pethidine ne saurait consister en une intervention prise en charge par l'assurance obligatoire. En effet, cette prestation n'est pas efficace, puisqu'un traitement de substitution (MST, méthadone ou buprenorphine) aurait pu être administré et que l'effet de la Pethidine ne dure que quelques heures. Cette prestation n'est pas non plus adéquate, en raison de son potentiel addictif important et du syndrome de manque développé ultérieurement. L'état santé de la patiente commandait cas échéant une hospitalisation volontaire ou non volontaire. Enfin, ce traitement n'est pas économique, ne s'inscrivant plus - au vu de sa fréquence et de sa durée - dans le cadre de l'urgence (bas seuil). Les conditions de l'article 32 LAMal ne sont ainsi pas réalisées. Selon le Tribunal fédéral : Le projet thérapeutique consiste uniquement dans le traitement de migraines par la prescription régulière de péthidine et non dans la prise en charge dans le cadre d'une structure d'urgence d'une dépendance générée par le traitement destiné à soigner la pathologie initiale. Il a également considéré que la juridiction cantonale a violé le droit fédéral en retenant que, dans un premier temps la péthidine avait soulagé les migraines au contraire des autres médicaments et qu'on pouvait de ce fait la considérer dans un premier temps comme efficace. Bien que l'efficacité d'un traitement se juge à l'aune du résultat produit sur l'atteinte à la santé et qui consiste en la disparition plus ou moins complète de celle-ci, l'administration de péthidine n'a nullement permis de faire disparaître la maladie même si elle pouvait très temporairement en atténuer la symptomatologie douloureuse. La prescription d'un tel médicament pour traiter des migraines n'a jamais été citée et encore moins recommandée par la doctrine médicale, de sorte que son efficacité n'a jamais été scientifiquement démontrée.

Erwägungen

E. 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

A/3413/2006 - 9/21 - 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 aiguë, 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

A/3413/2006 - 10/21 - 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."

E. 19

Les parties ont été invitées à se déterminer.

E. 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.

E. 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.

E. 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."

A/3413/2006 - 11/21 - 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 anamnétique, 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.

E. 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

A/3413/2006 - 12/21 - 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.

A/3413/2006 - 13/21 - 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 1er 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

A/3413/2006 - 14/21 - 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

A/3413/2006 - 15/21 - 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

A/3413/2006 - 16/21 - 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 reposer 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

A/3413/2006 - 17/21 - 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.

A/3413/2006 - 18/21 - 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.

A/3413/2006 - 19/21 - 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 demeurant 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.

A/3413/2006 - 20/21 - 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.

A/3413/2006 - 21/21 -

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.