

GE_GERICHTE ATAS/6/2012 vom 10. Januar 2012

GE Cour de justice, 2012-01-10, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_6_2012

FR: GE_GERICHTE ATAS/6/2012 du 10 janvier 2012

IT: GE_GERICHTE ATAS/6/2012 del 10 gennaio 2012

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 4 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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) 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

A/3411/2006 - 9/17 - 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). Dès le 1er janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 9 octobre 2009).

E. 2

En l'espèce, la recourante a directement adressé à l'intimée les factures relatives aux soins prodigués à l'appelé en cause, celui-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'appelé en cause et l'intimée. Aussi la compétence de la Cour de céans est-elle établie.

E. 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.

E. 4

Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 60 LPGA).

E. 5

Le litige porte sur la prise en charge par l'intimée du coût des soins apportés à l'appelé en cause par la recourante de mars 2005 à mai 2006.

A/3411/2006 - 10/17 - 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.

E. 6

a) Elle fait préalablement valoir que l'appelé en cause n'a délié aucun médecin du secret médical et conclut, partant, à ce que les informations médicales concernant celui-ci soient écartées du dossier. b) Le secret médical est le devoir de silence imposé aux médecins par le Code pénal (art. 321 CP). Il s'étend à toutes les informations médicales ou non médicales dont le médecin a connaissance dans l'exercice de son métier. Il prohibe toute communication de ces données à un tiers, en particulier à un assureur. Même une transmission à un autre médecin, lui-même tenu au secret médical, est interdite sans le consentement du patient assuré. La LAMal ne mentionne pas clairement le secret médical, ce qui ne signifie pas que la caisse-maladie puisse ignorer cette notion. Selon l'art. 42 al. 4 LAMal, toutefois, l'assureur-maladie, dans le cadre du contrôle du coût du traitement peut exiger un diagnostic précis et des renseignements supplémentaires d'ordre médical. L'art. 42 al. 4 LAMal ne précise pas clairement à qui de l'assuré ou du médecin traitant, l'assurance-maladie doit s'adresser. Selon Jacques MICHELI, *Le droit du patient assuré au respect du secret médical*, publié in *Colloques et journées d'étude, 1999-2001*, pp. 443 et ss, "le médecin traitant n'a aucune obligation légale de fournir des renseignements médicaux directement à l'assureur social. La demande de renseignements doit être adressée à l'assuré". Le secret médical peut être levé par le consentement du patient. Celui-ci n'est soumis à

aucune forme particulière. On peut même se contenter d'un consentement tacite lorsqu'en raison des circonstances, il n'est pas nécessaire d'obtenir un accord express. Un tel accord tacite est toutefois exclu lorsqu'il existe un conflit d'intérêts, fut-il potentiel entre le patient assuré et le tiers, en particulier à l'égard de l'assureur. Selon Jean-Louis DUC, *Secret médical et assurances*, paru in *Colloques et journées d'étude*, 1999-2001, pp. 160 et ss, enfin "si la sphère privée des assurés doit être sauvegardée, il faut aussi protéger l'ensemble des payeurs de primes contre des prétentions abusives de nature à augmenter les coûts de l'assurance. Cela implique des contrôles qui, par nature, vont porter sur la sphère personnelle des intéressés. (...) Il est hors de question d'invoquer le secret professionnel ou la protection des données pour jouir sans aucun contrôle de prestations soumises à de telles conditions." c) En l'espèce, il y a lieu de rappeler qu'à l'audience du 13 mars 2007, le Dr B_____ a indiqué que l'appelé en cause l'avait délié du secret médical par téléphone. De plus, le 16 novembre 2009, l'appelé en cause a téléphoné au Tribunal

A/3411/2006 - 11/17 - et a expliqué à la greffière que la raison des douleurs névralgiques dont il souffrait avait été trouvée, soit une racine dentaire mal soignée. Il a ainsi clairement démontré qu'il n'entendait pas taire des informations médicales susceptibles de permettre à la Cour de céans de trancher le présent litige. Il est vrai qu'il a refusé de se rendre à la consultation du Dr F_____ chargé de l'expertise et qu'il ne s'est pas présenté aux audiences de la Cour. La recourante en tire la conclusion qu'il entend en réalité ne pas délier les médecins du secret médical. Tel n'est pas l'avis de la Cour. On doit en effet interpréter ce comportement à la lumière de la maladie même dont souffre l'appelé en cause, soit un trouble psychique de type anxieux, dont le Dr C_____ a indiqué qu'il s'agissait d'une forme sévère de troubles anxieux qui peut précisément aller jusqu'à empêcher le patient de sortir de chez lui, et le conduire à se marginaliser parfois gravement. Il apparaît au surplus de l'entretien téléphonique du 16 novembre 2009 que si l'appelé en cause a refusé de se soumettre à l'expertise ordonnée par la Cour de céans, ce n'est pas parce qu'il ne voulait pas donner connaissance de son dossier médical, mais parce qu'il considérait qu'une expertise n'était plus utile, dans la mesure où il ne faisait plus appel à la recourante depuis quatre ans et ne prenait plus de Péthidine depuis deux ans. On ne saurait dès lors induire du comportement de l'appelé en cause une volonté de ne pas délier les médecins du secret médical, bien au contraire. d) Dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par la maxime inquisitoire, selon laquelle les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire (art. 61 let. c LPGa). Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 I 183 consid. 3.2). Le devoir du juge de constater les faits pertinents ne dispense donc pas les parties de collaborer à l'administration des preuves en donnant des indications sur les faits de la cause ou en désignant des moyens de preuve (ATF 130 I 184 consid. 3.2, 128 III 411 consid. 3.2). Autrement dit, si la maxime inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, elle ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 264 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à son adverse partie (ATF 124 V 375 consid. 3). Au demeurant, il n'existe pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré

(ATF 126 V 322, consid. 5a).

A/3411/2006 - 12/17 - En présence d'un refus de collaborer, le juge est fondé à procéder à une appréciation des preuves sur la base des éléments du dossier (KIESER, ATSG-Kommentar, Zürich 2003, n. 59 ad art. 61). Il ne peut toutefois se contenter d'examiner la décision attaquée sous l'angle du refus de collaborer de l'intéressé et s'abstenir de tout examen matériel de ladite décision sous l'angle des faits médicaux retenus par l'assureur (ATFA non publié du 6 mai 2004, I 90/04, consid. 4 ; voir aussi RCC 1985 p. 322). La loi genevoise du 12 septembre 1985 sur la procédure administrative (LPA), qui s'applique à la prise de décision par le Tribunal cantonal des assurances sociales du canton de Genève (art. 1er en liaison avec l'art. 6 al. 1er let. b LPA), contient des dispositions en ce qui concerne la coopération des parties et le droit d'être entendu. Selon l'art. 22 LPA, les parties sont tenues de collaborer à la constatation des faits dans les procédures qu'elles introduisent elles-mêmes, dans celles où elles y prennent des conclusions indépendantes ainsi que dans les autres cas prévus par la loi. Quant à l'art. 23 LPA, il dispose que les parties dont l'interrogatoire a été ordonné comparaissent personnellement ; les personnes morales désignent pour être interrogées une personne physique ayant la qualité d'organe et qui a personnellement connaissance des faits de la cause. Par ailleurs, les parties ont le droit d'être entendues par l'autorité compétente avant que ne soit prise une décision (art. 41 LPA) et elles ont le droit de participer à l'audition des témoins, à la comparution des personnes ordonnées par l'autorité ainsi qu'aux examens auxquels celle-ci procède (art. 42 al. 1er LPA). Cette réglementation cantonale est conforme aux exigences posées à l'art. 61 LPGA (ATFA non publié du 21 juillet 2005, I 453/04, consid. 2.2.3). e) Il est vrai qu'en l'espèce, l'appelé en cause n'a pas lui-même initié la présente procédure, le litige opposant l'intimée à la caisse-maladie. On ne saurait dès lors lui reprocher sans autre son manque de coopération. Il y a toutefois lieu de rappeler qu'en tant qu'assuré auprès de l'intimée, il peut prétendre à des prestations sur la base de l'assurance-maladie obligatoire, ce qui implique du reste qu'il a été en mesure de céder ses droits à l'intimée. Tant l'assureur que le juge sont en conséquence en droit d'attendre de lui qu'il collabore à l'établissement des faits. f) Force est, au vu de ce qui précède, de rejeter la requête de la recourante visant à ce que les données médicales concernant l'appelé en cause soient écartées du dossier. g) Il est vrai que le Professeur E_____ et le Dr F_____ n'ont pas pu rencontrer l'appelé en cause, de sorte que la Cour de céans a finalement mis un terme à leur mandat d'expertise, estimant qu'ils ne pourraient dans ces conditions amener aucun élément médical nouveau au dossier. Le Dr C_____ s'était lui aussi heurté au même problème, n'ayant pu s'entretenir avec l'appelé en cause que lors d'un bref entretien téléphonique. Il avait néanmoins établi un rapport

A/3411/2006 - 13/17 - d'expertise en se fondant sur le dossier médical comprenant notamment les rapports des HUG en relation avec une hospitalisation du 10 au 20 avril 2006. Force est de constater que l'appelé en cause a clairement manifesté sa volonté de ne subir aucune expertise. La Cour de céans ne peut qu'en prendre acte. Certes est-il regrettable de ne pas disposer d'une nouvelle expertise ayant valeur probante. La Cour de céans considère toutefois qu'il est possible d'y renoncer et de rendre un jugement en l'état, à la lumière de l'arrêt rendu par le TF le 6 juin 2011 dans le cas similaire. Du reste, dans certaines circonstances, la jurisprudence n'exige pas qu'un examen personnel de l'assuré soit systématiquement pratiqué (RAMA 2001 n° U 438 p. 345 ; ATF U 429/04 du 12 août 2005 ; ATF U 187/05 du 23 décembre 2005).

E. 7

Selon l'art. 25 LAMal, l'assurance obligatoire de soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles (al. 1). Ces prestations comprennent notamment les médicaments prescrits par un médecin (al. 2 let. b). Conformément à l'art. 34 al. 1 LAMal, les assureurs ne peuvent pas prendre en charge, au titre de l'assurance obligatoire des soins, d'autres coûts que ceux des prestations prévues aux art. 25 à 33. 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

A/3411/2006 - 14/17 - 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).

E. 8

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).

A/3411/2006 - 15/17 -

E. 9

Dans son rapport d'expertise établi le 23 avril 2008, Dr C _____ 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 C _____ 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 a obligé l'expert à se borner à des considérations d'ordre général. Le Tribunal a ainsi considéré que le rapport d'expertise établi par le Dr C _____ ne lui permettait pas en l'état de juger la cause et a, par ordonnance du 24 juillet 2009, confié au Dr D _____ la mission de répondre aux questions déjà posées au premier. Celui-ci toutefois ayant fait savoir qu'il renonçait à prendre en charge ce mandat, le Dr F _____ et le Professeur E _____ ont été, par ordonnance du 28 janvier 2010, mandatés pour mener à bien cette expertise. Ceux-ci n'ont cependant pu entrer en contact avec l'appelé en cause, de sorte que finalement ils ont été relevés de leur mandat. Le TF a rendu un arrêt le 6 juin 2011 portant également sur le cas du remboursement par l'intimée des coûts du traitement prodigué par la recourante à un patient souffrant de migraines, et plus particulièrement sur le point de savoir si ce traitement, consistant en injections de Péthidine, était efficace, approprié et économique. Le TF a clairement considéré que le projet thérapeutique dont l'efficacité, l'adéquation et l'économicité devaient être analysées, consiste uniquement dans le traitement des 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. Dans le cas traité par le TF, comme dans le cas d'espèce, les patients avaient fait appel à la recourante pour que celle-ci soulage leurs douleurs liées à des migraines résistantes aux traitements jusque-là entrepris. Rien dans le présent dossier ne permet non plus d'envisager qu'il y ait eu dépendance préexistante à des produits stupéfiants auxquels la Péthidine se serait substituée. Le fait que les patients aient appelé la recourante pour la même plainte somatique et qu'ils ont alors reçu une injection de Péthidine, fait que, selon le TF, le traitement doit être examiné dans son ensemble, et non

comme une succession d'interventions en urgence

A/3411/2006 - 16/17 - indépendantes les unes des autres. Constatant que l'administration de Péthidine n'avait pas permis de faire disparaître la maladie, il en a conclu que le critère d'efficacité n'était pas réalisé, ce d'autant moins que la prescription de Péthidine pour traiter des migraines n'a jamais été citée, ni recommandée, par la doctrine médicale. La même conclusion doit être apportée au cas d'espèce. Le TF, dans cet arrêt, a considéré que la prescription régulière de Péthidine ne répondait à aucun projet thérapeutique particulier, que le bénéfice escompté ne tenait aucun compte des risques encourus et que le résultat potentiel et finalement obtenu était bien plus grave que la situation initiale. Il a ajouté que l'utilisation d'opioïdes doit être entourée de précautions, ainsi que l'a expliqué le Dr G _____, médecin traitant de la patiente, entendu par la Cour de céans dans le cadre de cette procédure, et dès lors conclu que le traitement n'était pas approprié. De même en est-il pour le traitement similaire dispensé à l'appelé en cause. La recourante a, également dans le cas d'espèce, largement dépassé le cadre d'interventions ponctuelles et urgentes et ce faisant a empêché la mise en place plus rapide d'un programme thérapeutique. Il y a à cet égard lieu de constater que selon ses propres déclarations, l'appelé en cause ne recevait plus de Péthidine depuis 2007 environ et que la raison des douleurs névralgiques dont il souffrait avait enfin pu être trouvée. S'agissant enfin de l'économicité, le TF a relevé qu' "il est difficilement concevable qu'un professionnel choisisse de traiter uniquement la symptomatologie douloureuse d'une pathologie par l'injection d'un produit susceptible d'engendrer une sévère dépendance rapidement sans mettre en place un projet thérapeutique de fond. Les experts n'ont certes pas pu citer le traitement efficace et adéquat dans le cas particulier, mais ont toutefois suggéré que la prise en charge par un neurologue et par un psychiatre était tout indiquée eu égard à la résistance au traitement habituel en cas de migraines et à la sévère problématique psychiatrique. Le traitement n'est donc pas économique". En l'espèce, les HUG, le médecin conseil de l'intimée et le Dr C _____ ont retenu une forme sévère de troubles anxieux. Dans ce cas, on peut également considérer qu'il était difficilement concevable que la recourante choisisse de traiter uniquement la symptomatologie douloureuse d'une pathologie par l'injection d'un produit susceptible d'engendrer une sévère dépendance rapidement sans mettre en place un projet thérapeutique de fond. Une prise en charge par un neurologue et un psychiatre s'imposait ici aussi.

E. 10

Les soins dispensés à l'appelé en cause par la recourante ne respectent en conséquence pas les critères de l'art. 32 LAMal. Aussi le recours est-il rejeté.

A/3411/2006 - 17/17 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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