

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1534/2013

ATAS/225/2015

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 24 mars 2015

3^{ème} Chambre

En la cause

A_____ SA, sis à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en
l'étude de Maître ROULET Jacques

recourante

contre

INTRAS ASSURANCE-MALADIE SA, Droit & Compliance,
Tribtschenstrasse 21, LUZERN

intimée

Madame B_____, domiciliée c/o EMS C_____, à CHÊNE-
BOUGERIES

appelée en
cause

Siégeant : Karine STECK, Présidente.

ATTENDU EN FAIT

Attendu en fait que Madame B_____ (ci-après : l'assurée) a été affiliée à INTRAS assurance-maladie SA (ci-après : l'assureur) à compter du 1^{er} mars 1982 pour l'assurance obligatoire des soins et ce, jusqu'au 31 décembre 2005 ;

Qu'en 2005, l'assurée a bénéficié de plusieurs prestations (125 du 20 octobre au 31 décembre 2005 pour un montant de CHF 33'279.03) ; que les prestations fournies du 20 octobre au 31 décembre 2005 concernaient des visites à domicile journalières des médecins de la société A_____ SA (ci-après : A_____), suite à des appels téléphoniques de l'assurée ; qu'en fait, les médecins se sont déplacés de une à huit fois par jour, ont facturé des visites à domicile, des indemnités de déplacement, des prestations médicales en l'absence du patient, des indemnités forfaitaires de dérangement en cas d'urgence A ou C, des majorations en pourcents pour urgences C, des saturations oxygène, des sets injection et de la morphine AMP ; qu'ils ont généralement tenu à titre de diagnostics des douleurs du membre inférieur droit, des douleurs chroniques des membres inférieurs et une neuropathie du membre inférieur gauche ; que leurs interventions comportaient généralement une injection de morphine (10 mg) ;

Que par le 26 mars 2007, A_____ a adressé à l'assurance un relevé de compte de ses prestations effectuées en faveur de l'assurée pour les traitements dispensés du 20 octobre au 31 décembre 2005, soit un total de CHF 33'279.03 ;

Que le 4 avril 2007, l'assurance a proposé à A_____ de verser la somme de CHF 25'000.- pour solde de tout compte ;

Que A_____ a alors ouvert une poursuite contre l'assureur ; qu'un commandement de payer a été notifié le 10 mai 2007, auquel l'assurance a fait opposition ;

Que par courrier du 28 octobre 2011, a_____ a réclamé à l'assureur le montant de CHF 33'279.03 ;

Que le 14 novembre 2011, l'assureur a refusé de verser le montant réclamé en alléguant que le droit aux prestations figurant dans les factures inscrites dans le relevé de compte du 26 mars 2007 étaient prescrites ;

Que le 21 novembre 2011, A_____ a réitéré sa demande ;

Que par décision formelle du 20 août 2012, l'assureur a refusé de régler les factures relatives aux traitements du 20 octobre au 31 décembre 2005 par les médecins de A_____;

Que le 19 septembre 2012, A_____ s'est opposé à cette décision ;

Que le 22 mars 2013, le Dr D____, médecin-conseil de l'assureur, a pris position s'agissant du traitement dispensé à l'assurée par A_____ du 20 octobre au 31 décembre 2005 ; qu'il a relevé que des opiacés avaient été administrés plusieurs fois par jour à l'assurée, la plupart du temps sous forme d'injections sous-cutanées, parfois également d'injections intramusculaires ; que selon les documents fournis, la patiente souffrait de douleurs peu claires dans les extrémités inférieures, qu'une polyneuropathie due au diabète était mentionnée, qu'il y avait en outre des indications pour un trouble de la personnalité borderline, qu'un état dépressif était mentionné et qu'il était également indiqué que la patiente souffrait d'une dépendance aux opiacés ; que le médecin-conseil a exprimé l'avis que l'administration sous forme d'injections sous-cutanées était très inhabituelle ; qu'en toute règle, les opiacés sont administrés selon la prescription médicale, soit par voie orale, soit par application transdermique ; que normalement, le patient s'occupe lui-même de la prise ou de l'application du médicament ; que si l'on veut par la suite passer à l'injection sous-cutanée, il est possible d'apprendre à la personne assurée à faire cette injection elle-même ; que le médecin en a tiré la conclusion que le traitement décrit ne correspondait pas à la pratique habituelle ; qu'il a émis l'avis que le traitement facturé en l'occurrence (plusieurs visites à domicile par jour, chacune facturée comme visite d'urgence), ne correspondait pas au principe de l'économicité, et qu'il n'y avait donc pas d'obligation de remboursement à la charge de l'assurance obligatoire des soins ; qu'il a par ailleurs relevé que la dose maximale journalière de 100 mg prescrite par le compositum des médicaments n'avait pas été dépassée, d'après les rapports à disposition ; qu'il a en revanche émis des doutes quant au caractère d'urgence des traitements, au vu de la régularité des visites ;

Que par décision du 8 avril 2013, l'assurance a rejeté l'opposition ;

Que par écriture du 10 mai 2013, A_____ a interjeté recours contre cette décision, en concluant à son annulation et à ce que l'assurance soit condamnée à lui payer la somme de CHF 33'279.03, avec intérêts à 5% depuis le 25 novembre 2005 ; qu'en substance, la recourante fait notamment valoir que même si les injections sous-cutanées ne sont pas considérées comme étant un traitement habituel, il n'en demeure pas moins qu'il est possible de soigner des douleurs chroniques par ce moyen, et que ces prestations sont remboursées en principe par l'assurance obligatoire des soins ; qu'il rappelle ne pas avoir agi en tant que médecin-traitant, mais avoir répondu aux appels de détresse d'une assurée, qui ne trouvait pas d'autre réponse à ses troubles ;

Qu'invitée à se déterminer, l'intimée, dans sa réponse du 11 juin 2013, a conclu au rejet du recours en maintenant que les prestations fournies ne remplissaient pas le critère de l'économicité ; qu'elle relève en particulier qu'il n'y avait pas de caractère d'urgence, puisque le Dr E_____, médecin de la recourante, a noté dans un rapport du 7 novembre 2005 qu'à son arrivée, la patiente dormait profondément et qu'il avait eu du mal à la réveiller ; qu'elle fait remarquer que, pour cette intervention, la recourante a facturé de CHF 177.60, dont CHF 0.65 pour morphine, alors qu'il n'y a pas eu d'injection selon le rapport annexé (voir également les autres rapports cités pour exemples par l'assurance) ;

Que par écriture du 11 juillet 2013, la recourante a persisté dans ces conclusions ;

Que par ordonnance du 18 décembre 2013, la cour de céans a appelé formellement en cause l'assurée, lui a communiqué les pièces essentielles de la procédure et lui a accordé un délai au 15 janvier 2014 pour se déterminer ;

Que le 16 janvier 2014, les responsables de l'établissement médico-social (EMS) dans lequel réside désormais l'assurée ont répondu que celle-ci ne souhaitait ni prendre connaissance du dossier, ni donner suite à la proposition de consulter les pièces ;

Que le 27 juin 2014, la Cour de céans a informé les parties qu'elle envisageait de mettre sur pied une expertise et leur a communiqué les questions qui seraient posées à l'expert ;

Que les parties se sont exprimées en date du 29 juillet 2014 ;

CONSIDERANTS EN DROIT

Que conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 4 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal; RS 832.10) ;

Que sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie ;

Que les prescriptions légales régissant la forme et le délai du recours sont respectées (art. 56 ss LPGA), de sorte que le recours doit être déclaré recevable ;

Que l'objet du litige porte sur la prise en charge par l'intimée des factures établies par la recourante et concernant l'appelée en cause ;

Que 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) ;

que ces prestations comprennent notamment les médicaments prescrits par un médecin (al. 2 let. b) ; que 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 ;

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

Qu'en l'espèce, l'intimée a refusé de rembourser les factures du recourant, au motif, principalement, que les conditions de l'art. 32 LAMal n'avaient pas été respectées ;

Qu'il apparaît nécessaire d'ordonner une expertise ;

Que le mandat d'expertise sera confié au Docteur F_____, Directeur médical de la Clinique G_____

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

Statuant préparatoirement

1. Ordonne une expertise psychiatrique l'expert ayant pour mission d'examiner et d'entendre A_____ SA, après s'être entouré/entourés de tous les éléments utiles et après avoir pris connaissance du dossier de l'intimé, ainsi que du dossier de la présente procédure en s'entourant d'avis de tiers au besoin.
2. Charge l'expert de la mission suivante :
 - a) Prendre connaissance du dossier de la cause.
 - b) Recueillir auprès de A_____, par son médecin répondant, le Dr H_____, toutes informations médicales nécessaires et qui ne figurent pas au dossier judiciaire.
 - c) Prendre contact avec l'assurée, s'il le juge nécessaire, pour répondre aux questions suivantes.
 - d) Établir un rapport détaillé et répondre aux questions suivantes :
 1. Quelle est l'anamnèse détaillée du cas ?
 2. Quels sont les diagnostics ?
 3. Depuis quand a-t-on administré de la morphine à l'appelée en cause ?
 4. Qui la lui a administrée pour la première fois ?
 5. A quelle(s) fréquence(s) ces injections lui ont-elles été administrées depuis la première fois ? Par qui ?
 6. Suite aux injections de morphine, l'appelée en cause est-elle devenue dépendante à cette substance ? Dans l'affirmative, depuis quand ?
 7. Ce traitement d'injections à la morphine était-il indiqué ? Si non, expliquer pourquoi et indiquer quel traitement aurait dû être administré et depuis quand. Quels autres soins auraient pu être apportés en situation d'appel de détresse ?
 8. En cas de dépendance avérée à la morphine, existe-t-il un moyen autre que la poursuite d'injections à raison de plusieurs fois par semaine, voire par jour, pour traiter ce type de patients ?

Si non l'injection de morphine par une structure d'urgence telle que A_____ est-elle indiquée ? Quel est le rôle, en pareille situation, d'un service d'urgence ?

9. Les soins prodigués par A_____ à l'assurée pouvaient-il être considérés comme efficaces ? adéquats ? économiques ? Pourquoi ?

Compte tenu de l'état de santé de l'appelée en cause fin 2005, quelles autres méthodes de traitement médicalement indiquées auraient pu lui être dispensées alors ?

10. Quels autres traitements ont été proposés ou tentés ? Cas échéant quel en a été le résultat ?
11. L'assurée était-elle d'ores et déjà dépendante à d'autres substances, notamment à la morphine, avant sa première prise en charge par A_____ ?
12. Peut-on admettre, dans une situation telle que celle connue par l'appelée en cause (manque et douleurs), qu'un médecin urgentiste n'a pas de choix ?
13. Pouvez-vous déterminer, s'il existait d'autres moyens thérapeutiques pour répondre aux situations d'urgence, en particulier en hospitalisant l'assurée ? Une hospitalisation volontaire ou non volontaire était-elle envisageable ? Si oui, qui aurait pu ou dû la préconiser ou l'ordonner ?
14. Une hospitalisation aurait-elle pu modifier la situation à moyen ou long terme ?
15. Quels auraient été les risques pour l'assurée si A_____ avait refusé de répondre à ses appels ?
16. Peut-on médicalement justifier, à votre avis, qu'un service d'urgences comme A_____ SA charge en urgence, durant la même journée, cinq médecins différents pour consulter à huit reprises la même assurée ?

3. Commet à ces fins le Dr F_____, Directeur médical de la Clinique G_____.
4. Invite l'expert à déposer à sa meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la Chambre de céans.
5. Fixe aux parties un **délai de 10 jours** dès réception de la présente pour une éventuelle récusation de l'expert nommé.

6. Réserve le fond.

La greffière

La Présidente

Marie-Catherine SECHAUD

Karine STECK

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le