

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1534/2013

ATAS/369/2015

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt incident du 21 mai 2015

3^{ème} Chambre

En la cause

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

recourante

contre

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

intimée

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

appelée en cause

Siégeant : Karine STECK, Présidente; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, Juges assesseurs

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 et 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 opposée à cette décision ;

Que le 22 mars 2013, le docteur 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, 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 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 compendium 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'assureur 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'elle 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 docteur 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 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 ses 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 ;

Qu'après avoir sollicité pas moins d'une dizaine d'experts répartis dans toute la Suisse romande, la Cour de céans a obtenu une réponse positive du docteur F_____, Directeur médical de la Clinique de la Métairie, chargé d'enseignement suppléant à la Faculté de médecine de l'Université de Genève et spécialiste en psychiatrie ;

Que le 24 mars 2015, la Cour de céans a rendu une ordonnance aux termes de laquelle elle a donné mandat au Dr F_____ de procéder à une expertise judiciaire (ATAS/225/2015) ;

Que par écriture du 17 avril 2015, la recourante a sollicité la récusation du médecin désigné ;

Que la recourante fait valoir en substance que celui-ci serait prévenu dans la mesure où, en sa qualité de praticien auprès d'une clinique, il perçoit l'essentiel de ses revenus, sinon la totalité, des assurances maladies, d'une part, qu'il a personnellement intérêt à ce que les patients tels que l'appelée en cause soit hospitalisés plutôt que traités à domicile, d'autre part ;

Que par ailleurs, la recourante fait valoir que l'expert devrait être informé de la provenance des questions qui lui sont posées (la recourante, l'intimée ou la Cour) ;

Que par écriture du 29 avril 2015, l'intimée a fait remarquer que si l'on suit le raisonnement de la recourante, chaque médecin - ayant par définition un lien avec une assurance-maladie - devrait être récusé ;

CONSIDERANT 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 - E 2 05) en vigueur depuis le 1er 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 la Cour de céans est donc compétente pour connaître de la cause ;

Que la demande de récusation a été formée dans les délais et formes prescrits par la loi (art. 39 loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA-GE - E 5 10]), compte tenu des fêtes de Pâques ;

Que l'art. 39 al. 2 LPA stipule que les causes de récusation de l'art. 15 LPA s'appliquent aux experts ;

Que l'art. 15 al. 2 LPA prévoit que doivent se récuser ceux qui, notamment, représentent une partie ou ont agi pour une partie dans la même affaire (let. c) ou s'il existe des circonstances de nature à faire suspecter leur partialité (let. d) ;

Que selon la jurisprudence relative aux art. 29 al. 1 Cst., 30 al. 1 Cst. et 6 § 1 CEDH, les parties à une procédure ont le droit d'exiger la récusation d'un expert dont la situation ou le comportement sont de nature à faire naître un doute sur son impartialité ;

Que cette garantie tend notamment à éviter que des circonstances extérieures à la cause ne puissent influencer le jugement en faveur ou au détriment d'une partie ;

Qu'un expert passe pour prévenu lorsqu'il existe des circonstances propres à faire naître un doute sur son impartialité ;

Qu'on ne saurait en conclure qu'une récusation ne s'impose que lorsqu'une prévention effective est établie, car une disposition interne de l'expert ne peut guère être prouvée ;

Qu'il suffit que les circonstances donnent l'apparence de la prévention et fassent redouter une activité partielle ;

Que l'appréciation des circonstances ne peut reposer sur les seules impressions de l'expertisé, la méfiance à l'égard de l'expert devant au contraire apparaître comme fondée sur des éléments objectifs ;

Que seules des circonstances constatées objectivement doivent être prises en considération; les impressions individuelles d'une des parties au procès n'étant pas décisives (ATF 127 I 198 consid. 2b; ATF 125 V 351 consid. 3b/ee; ATF 123 V 176 consid. 3d et l'arrêt cité; VSI 2001 p. 109 consid. 3b/ee) ;

Que selon la jurisprudence en matière d'expertise médicale, le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas de douter a priori de l'objectivité de son appréciation, ni de soupçonner une prévention (cf. ATF 125 V 353) ;

Que, par ailleurs, il existe une présomption d'impartialité de l'expert, de sorte que l'assuré doit apporter la preuve du contraire permettant de renverser cette présomption (cf. arrêt du 27 août 2004 cause I 752/03 et doctrine citée) ;

Que l'expert doit être, d'une part, subjectivement impartial : il ne doit pas, par exemple, avoir fait des déclarations sur l'issue du litige, y avoir un intérêt personnel, être parent ou allié avec l'une des parties, etc. ;

Qu'il doit, d'autre part, être objectivement impartial, dans le sens de la jurisprudence susmentionnée (cf. J. MEINE, l'expert et l'expertise - critères de validité de l'expertise médicale, in L'expertise médicale, 2002, p. 27) ;

Qu'à titre d'exemple, le Tribunal Fédéral n'a pas retenu de cause de récusation lorsqu'était invoquée, comme circonstance donnant l'apparence d'une prévention, l'appartenance à un même conseil d'administration de l'expert judiciaire et de l'avocat de la banque propriétaire de la partie adverse ; qu'en effet, cette allégation ne permettait pas d'établir concrètement que l'expert se trouverait dans un rapport de subordination vis-à-vis de cet avocat ; certes, l'appartenance au même organe d'une société pouvait faciliter des contacts mutuels, mais cela n'était manifestement pas de nature à créer une quelconque apparence de prévention (arrêt 4A_113/2007 du 28 août 2007) ;

Que, de même, le Tribunal Fédéral a rejeté la demande de récusation faite contre un médecin, qui ne s'était jamais prononcé sur le cas de l'assuré, avec laquelle il n'avait eu qu'un entretien téléphonique, destiné à ménager la possibilité d'un rendez-vous avec le directeur d'une clinique, soit une intervention formelle qui ne permettait pas de mettre en doute l'impartialité et l'indépendance de l'expert, qui, en sa qualité d'auxiliaire de la justice, dispose d'une maîtrise et d'une distance suffisantes à l'égard d'un tel fait pour ne pas être influencé par celui-ci dans l'accomplissement de la mission qui lui est confiée (cf. arrêt 4P.22/2006 du 6 avril 2006 et arrêt 1P.596/2004 du 7 décembre 2004, consid. 3).

Que dans le cas d'espèce, la recourante invoque, comme circonstances donnant l'apparence d'une prévention, le fait que l'expert soit un médecin pratiquant dans une clinique, ce qui aurait pour conséquence, selon elle, qu'il serait lié aux assureurs-maladie en général, d'une part, et qu'il aurait tendance à privilégier l'hospitalisation des patients, d'autre part ;

Que la première cause de récusation invoquée par la recourante n'est manifestement pas fondée dans la mesure où cela reviendrait à admettre que tous les médecins - par définition remboursés par des assureurs-maladie - devraient être considérés comme prévenus ;

Que la seconde cause de récusation invoquée par la recourante n'apparaît pas plus convaincante, tant il est vrai qu'on ne saurait déduire du fait que l'expert travaille dans une clinique qu'il évaluera la situation de manière biaisée ;

Qu'enfin, aucun élément objectif ne permet en l'occurrence de renverser la présomption d'impartialité de l'expert désigné par la Cour de céans ;

Qu'il convient donc de rejeter la demande de récusation.

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

Statuant sur incident

A la forme :

1. Déclare la demande de récusation recevable.

Au fond :

2. La rejette.
3. Réserve la suite de la procédure.
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) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Marie-Catherine SECHAUD

Karine STECK

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