

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3222/2019

ATAS/684/2020

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 24 août 2020**

**10<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à MEYRIN

recourante

contre

ASSURA-BASIS SA, MONT-SUR-LAUSANNE

intimée

**Siégeant : Mario-Dominique TORELLO, Président; Saskia BERENS TOGNI et Pierre-Bernard PETITAT, Juges assesseurs**

---

### EN FAIT

1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1969, est assurée à l'assurance de base, assurance obligatoire des soins (ci-après : AOS) selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10), aux conditions du modèle « médecin de famille », depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2007, auprès d'Assura-Basis SA (ci-après : Assura ou l'intimée).
2. Le 8 décembre 2017, notamment, le docteur B\_\_\_\_\_, médecin généraliste à Genève (ci-après : le médecin traitant), a prescrit à l'assurée les médicaments Ritaline et Morphini HCL Streuli.
3. En date du 2 juillet 2018, le médecin-conseil d'Assura (ci-après : le médecin-conseil) a adressé à l'assurée une demande de renseignements visant à établir l'indication médicale et la posologie des deux traitements prescrits.
4. À réception du questionnaire rempli et complété, daté du 10 juillet 2018, le médecin-conseil a estimé opportun de mandater un expert indépendant, afin qu'il se prononce sur les traitements en cause.
5. Par courrier du 16 août 2018, Assura a écrit à l'assurée :

« Madame, Nous nous référons aux différents renseignements médicaux (recte : médicaux) transmis à notre médecin-conseil. Vu le caractère incertain et en partie contradictoire des diagnostics, vu également l'absence de coordination des traitement(s) médicaux, ce dernier considère qu'une expertise psychiatrique indépendante s'impose. Nous vous informons que vous recevrez prochainement une convocation directement d'un médecin psychiatre. En restant à votre entière disposition pour tout renseignement complémentaire, nous vous présentons, Madame, nos salutations distinguées ».
6. Par courrier du même jour (16 août 2018), Assura s'est adressée au médecin traitant en ces termes :

« Monsieur, Référence est faite aux renseignements médicaux transmis à notre médecin-conseil en date du 10 juillet 2018. Vu le caractère incertain et en partie contradictoire des diagnostics, vu également l'absence de coordination des traitements médicaux, ce dernier considère qu'une expertise psychiatrique indépendante s'impose. Ceci est d'autant plus nécessaire compte tenu de l'augmentation de la consommation de morphine, des benzodiazépines ainsi que de la Ritaline de Mme A\_\_\_\_\_. En outre, on ne peut exclure qu'il existe un syndrome de dépendance iatrogène induit par la prescription inappropriée des substances précitées. Comme l'indication à la prescription de ces substances à des doses inhabituellement élevées n'est pas claire, notre médecin-conseil recommande de prendre en charge les coûts des médicaments dans les limites prévues par le Compendium, respectivement la Liste des Spécialités, et ce de manière dégressive, de telle sorte que dans les prochains mois, c'est-à-dire d'ici la fin de l'année, puisse être mis en œuvre un traitement des troubles psychiatriques conforme aux

directives et incluant, cas échéant, un sevrage. Nous vous informons que cette expertise pourra être réalisée durant le mois de septembre 2018. Notre assurée précitée, recevra directement d'un médecin psychiatre une convocation. En restant à votre entière disposition pour tout renseignement complémentaire, nous vous présentons, Monsieur, nos salutations distinguées ».

7. Par courrier du même jour (16 août 2018), Assura s'est adressée au docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie forensique, en ces termes :

« Monsieur, Référence est faite à vos échanges de courriels avec Mme D\_\_\_\_\_ concernant une demande d'expertise pour Mme A\_\_\_\_\_. Chez l'assurée précitée, nous constatons que les gouttes de morphine, les benzodiazépines et la Ritaline sont prescrites à un dosage inhabituellement élevé. En outre, l'indication à la prescription de ces substances n'est pas claire. La psychiatre traitante, la Dresse med. E\_\_\_\_\_, pose le diagnostic d'un trouble anxio-dépressif chronicisé, pour lequel elle traite la patiente depuis mai 2015 en associant à la psychothérapie un antidépresseur. Elle n'est visiblement pas informée du fait que l'assurée est également traitée pour un autre trouble psychiatrique auprès du Dr med. B\_\_\_\_\_, et que ce dernier prescrit à l'assurée les médicaments précités. Le Dr B\_\_\_\_\_ pose en revanche les diagnostics suivants : syndrome somatoforme douloureux avec status post psycho-traumatisme sévère et troubles de l'adaptation. En outre, les dosages inhabituellement élevés des substances précitées font suspecter un syndrome de dépendance iatrogène. Pour ces raisons, notre médecin-conseil estime qu'une expertise est nécessaire. Il vous prie par conséquent de bien vouloir le renseigner sur les points suivants : 1. Anamnèse ; 2. De quels symptômes la patiente se plaint-elle ? ; 3. Diagnostics (selon ICD 10) ; 4. Le traitement en cours est-il conforme aux directives ? ; 5. Proposition thérapeutique ; 6. Pronostic ; 7. Remarques. Nous vous laissons le soin de convoquer Mme A\_\_\_\_\_ durant le mois de septembre 2018 et vous communiquons ses coordonnées ainsi que les rapports médicaux en notre possession (Adresse et numéro de téléphone de l'assurée). En restant à votre entière disposition pour tout renseignement complémentaire, nous vous présentons, Monsieur, nos salutations distinguées. Annexes : ment. P.S. la problématique de cette expertise ne porte pas sur la capacité de travail car l'assurée touche déjà une rente AI ».

8. L'expert désigné a rendu son rapport le 13 septembre 2018. Il indique avoir été mandaté pour renseigner le médecin-conseil de l'assurance sur les points suivants : anamnèse, symptômes dont la patiente se plaint, diagnostics, traitements en cours pour proposition thérapeutique, pronostic, remarques. Cette expertise a été basée sur un entretien avec l'expertisée à la consultation de l'expert à Genève le 11 septembre 2018 ; un entretien téléphonique avec le médecin traitant, le 13 septembre 2018 ; l'étude du dossier transmis à l'expert par Assura. Sous la rubrique « secret médical », l'expert indique que l'assurée a été informée par l'expert que le contenu de l'entretien avait pour fonction de lui permettre de rédiger un

rapport à l'intention du médecin-conseil de l'assurance et que les informations qu'elle transmettait à l'expert pourraient être consignées dans ce rapport. Elle a parfaitement compris ces explications et accepté de participer à l'entretien afin de satisfaire aux demandes de l'assurance. L'assurée n'a pas délié par écrit ses médecins traitants du secret professionnel à l'égard de l'expert. Elle a cependant affirmé qu'elle évoquerait cette question avec son médecin traitant. Contacté par téléphone, celui-ci a accepté de répondre aux questions de l'expert en précisant que sa patiente ne souhaitait pas que les informations concernant le contenu des consultations soit transmises à l'assurance. L'expert a énuméré les éléments médicaux versés au dossier soit les rapports de la Doctoresse E\_\_\_\_\_, psychiatre traitante, des 14 décembre 2015 et 22 décembre 2017 (ce dernier comportant les diagnostics retenus [trouble dépressif récurrent, épisode actuel fluctuant entre léger et moyen. Trouble anxieux non spécifique]), et l'« ordonnance » du médecin traitant du 10 juillet 2018 (en réalité l'énumération par ce dernier des diagnostics qu'il retient, sur un feuillet d'ordonnance [syndrome somatoforme douloureux ; status post-psycho traumatisme sévère, troubles de l'adaptation]). En substance, l'expert retient comme diagnostics un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger (F33.0) et un trouble anxieux avec des attaques de panique (F 41.0). En revanche, il a exclu les autres diagnostics évoqués par les médecins traitants, soit le syndrome somatoforme et le status post-psycho traumatisme sévère, le trouble de l'adaptation et le trouble anxieux non spécifique, en expliquant les raisons pour lesquelles il les écarte. L'expert s'est prononcé sur la justification du traitement actuel : s'il admet que la prescription d'un traitement antidépresseur au long cours accompagné si besoin d'un traitement anxiolytique (Duloxetine, Seresta) est conforme aux règles de l'art, il observe que la prescription de Ventolin spray ne correspond à aucune indication pour des troubles anxiodépressifs. Le généraliste traitant affirme que cette prescription correspond à une pathologie asthmatique, mais l'expertisée a précisé qu'à sa connaissance elle ne souffrait pas d'asthme. La Ritaline est normalement prescrite pour les enfants présentant un trouble de l'attention avec hyperactivité (TDAH), et est également depuis peu prescrite en cas de persistance de ce trouble chez l'adulte. Il ne correspond à aucune indication de prescription pour les troubles dépressifs ou les troubles anxieux aigus. La morphine en gouttes est habituellement prescrite en cas de douleurs non contrôlables par d'autres antalgiques ou, beaucoup plus rarement, en cas de syndrome de dépendance aux opiacés. L'expertisée ne souffre d'aucune de ces symptomatologies et la morphine n'a jamais été conseillée dans le traitement des troubles anxiodépressifs chroniques ou aigus. Il parvient à la conclusion que la prescription de Duloxetine et de Seresta est conforme aux règles de l'art pour les troubles dont souffre la patiente, et que la Ritaline et la morphine ne sont pas conformes aux règles de l'art pour ces diagnostics. La prescription de Ventolin spray est conforme aux règles de l'art en cas d'asthme, mais dans ce cas il convient d'informer la patiente du diagnostic et des modalités d'usage du spray, ce qui ne semble pas être le cas pour la patiente. Quant à la proposition thérapeutique et au pronostic, l'expert indique que la prescription de

Duloxetine et de Seresta devrait être continuée au long cours. La prescription de Ritaline et de morphine devrait être arrêtée. En cas d'aggravation de la symptomatologie anxiodépressive, un traitement antidépresseur correspondant à un diagnostic de dépression résistante devrait être mis en œuvre. Un tel traitement pourrait être étudié dans le cadre d'une consultation publique universitaire pour les troubles de l'humeur. La prescription de Ventolin spray n'est justifiée qu'en cas de maladie asthmatique. La prise en charge psychothérapeutique par la psychiatre traitante est adaptée à l'état actuel de la patiente. Le pronostic, eu égard à l'ancienneté des troubles et à une problématique de toxicodépendance qui ne semble pas résolue, est réservé.

9. Par courrier du 28 septembre 2018, Assura a indiqué à l'assurée que son médecin-conseil, se basant sur les conclusions de l'expertise susmentionnée, a émis un préavis défavorable concernant la poursuite de la prise en charge des médicaments à base de morphine ainsi que de la Ritaline. S'agissant de la morphine, Assura a toutefois accepté à titre exceptionnel la prise en charge de 6 flacons au maximum pour une durée de 3 mois et demi, soit jusqu'à mi-janvier 2019. Passé ce délai, plus aucun remboursement ne serait octroyé au titre de l'AOS.
10. L'assurée, se référant au courrier d'Assura du 28 septembre 2018, et après avoir sollicité la remise d'une copie de son dossier à son médecin généraliste traitant, a contesté les conclusions de son assureur-maladie. Elle observe qu'elle reçoit ce traitement depuis 2014, soit depuis plus de 4 ans. Elle affirme que ce traitement a été efficace puisque l'expert n'a retrouvé aucun des maux dont elle souffrait jusque-là. Elle considère en outre que ce traitement est économique car il s'agit de médicaments parmi les moins chers à disposition. Il est adéquat puisque grâce à lui elle peut mener une vie acceptable. Si Assura entend « interrompre son traitement à la mi-janvier, faudrait-il encore qu'elle lui indique quels autres traitements elle accepterait de soutenir au nom de l'AOS. Sans alternative, il s'agirait d'un défaut de soins qui, dans son cas, correspondrait à un acte de torture ».
11. L'assureur-maladie a persisté dans les termes et conclusions de son courrier du 28 septembre 2018, par lettre du 7 décembre 2018.
12. Dans un courriel du 7 mars 2019, se référant à un entretien téléphonique aux termes duquel il semblait que le courrier qu'elle avait adressé à Assura le 28 janvier 2019 se serait égaré, l'assurée a encore notamment observé qu'Assura l'avait adressée à un « expert » dont la spécialité était la médecine légale en milieu carcéral, ce qui n'avait aucun lien avec la psychiatrie. Le rendez-vous n'avait duré que 15 minutes et cela avait été très agressif pour elle. Les troubles post-traumatiques dont elle souffre ne pouvaient se raconter au premier venu, ayant déjà mis 10 ans à se confier à son médecin de famille ; il était au-dessus de ses forces de se retrouver face à un inconnu, tout médecin qu'il soit, et lui raconter de telles souffrances n'était pas une chose aisée. Elle avait tenté du mieux possible de répondre à ses questions, mais elle avait vécu cet entretien comme un abus de plus. En substance, ce courriel confirmait l'essentiel du contenu du courrier du 28 janvier 2019 au terme duquel

l'assurée considérait que l'expertise qu'elle avait subie était d'autant plus abusive qu'elle était en contradiction avec le travail accompli par son médecin de famille et son psychiatre.

13. Par courrier du 29 mars 2019, Assura a notifié une décision formelle confirmant le refus de prise en charge du 28 septembre 2018. Cette décision était susceptible d'opposition.
14. Par courrier du 10 avril 2019, l'assurée a formé opposition à la décision susmentionnée. Selon elle, l'argumentaire d'Assura avait changé : cet assureur ne se fondait plus sur les prescriptions de Swissmedic, mais aujourd'hui sur les diagnostics. Elle produisait une brochure explicative pour les patients des Hôpitaux universitaires de Genève concernant la prise en charge de la douleur par la morphine, ce qui était son cas.
15. Par décision sur opposition du 10 juillet 2019, Assura a rejeté l'opposition de l'assurée.
16. Par courrier daté du 31 août 2019 (date du timbre postal : 3 septembre 2019), l'assurée a recouru contre la décision susmentionnée. Elle conclut à ce que son assureur-maladie obligatoire prenne en charge la totalité de son traitement. À l'appui de son recours, elle se réfère à l'arrêt du Tribunal fédéral du 11 juillet 2019 (9C\_724/2018) consacrant un changement de jurisprudence par rapport à la prise en charge des prestations de l'assurance-invalidité en cas de toxicomanie. Elle reprend ses critiques antérieures consistant à contester avoir dû délier ses médecins du secret médical dans le contexte de l'expertise. Elle estime en outre, en substance, qu'il n'appartient pas à l'assureur de mettre en doute le choix thérapeutique de son médecin de famille. L'expert lui ayant fait comprendre que si elle ne collaborait pas, son assurance ne prendrait plus en charge son traitement, elle considère cette façon de faire comme du chantage, de l'abus de pouvoir et de l'intimidation, attitude qui l'a beaucoup choquée. Elle observe, s'agissant de la Ritaline, qu'elle n'avait jusqu'à présent pas eu à en prendre souvent (seulement lorsqu'elle était épuisée moralement et ne pouvait plus se concentrer, qu'elle n'avait plus aucune motivation...). Elle n'avait pas terminé le seul et unique emballage qu'elle avait été chercher à fin 2018. Concernant la morphine, elle estime que ce traitement n'est pas coûteux. Si Assura avait pris la peine d'étudier l'évolution de la posologie, elle aurait même vu qu'elle avait diminué la dose initiale de plus de la moitié depuis le début. Ce médicament était le plus efficace de tous ceux qu'elle avait pu essayer par le passé ; il était donc totalement approprié à sa situation en raison des séquelles chroniques et douloureuses du syndrome post-traumatique.
17. L'intimée a répondu par mémoire du 22 octobre 2019. Elle conclut au rejet du recours et à la confirmation de sa décision sur opposition du 10 juillet 2019, avec suite de dépens. Elle rappelle les principes et les dispositions légales applicables à la prise en charge, aux frais de l'AOS, des médicaments prescrits. Elle rappelle qu'à teneur de l'expertise du Dr C\_\_\_\_\_, ainsi qu'aux prescriptions du Compendium

des médicaments suisses, la prescription des deux produits litigieux n'est pas conforme aux règles de l'art. La documentation produite par l'assurée à l'appui de son opposition ne faisait que confirmer les avis du médecin-conseil et de l'expert, en ce sens que la morphine est préconisée en cas de douleurs osseuses chroniques, cancer, ou encore après une opération chirurgicale, soit en cas d'importantes douleurs liées à un traumatisme physique ou à une affection bien particulière ; ce qui n'est pas le cas de la recourante. La jurisprudence invoquée par la recourante à l'appui de son recours n'est pas pertinente en l'espèce. S'agissant des ch. F10 à F19 de la CIM10 invoqués par la recourante, l'intimée observe qu'alors même que la question de la toxicomanie avait été examinée lors de l'expertise, l'expert n'avait pas retenu ces chiffres en tant que diagnostic. En p. 3 du rapport d'expertise, le Dr C\_\_\_\_\_ observe que la recourante reconnaît qu'elle a eu des périodes d'abus de substances, mais elle refuse de donner des précisions sur ce point. Quand bien même elle devrait souffrir d'une telle affection, un plan thérapeutique autre que la médication litigieuse devrait être envisagé afin d'accompagner la recourante dans une mesure de sevrage. On ne saurait reprocher à cet égard un manque d'instruction de la cause par l'intimée, laquelle avait elle-même proposé à son assurée un arrêt progressif de la morphine, au moment de son refus de poursuivre la prise en charge de ce médicament.

18. L'assurée a répliqué par courrier du 11 novembre 2019. Elle persiste dans ses conclusions et produit à l'appui de sa détermination un rapport médical de sa psychiatre traitante du 8 novembre 2019. La Dresse E\_\_\_\_\_ atteste en substance suivre la patiente depuis le 13 juin 2013 pour un trouble dépressif récurrent et un trouble anxieux mixte : angoisse, attaque de panique et phobies, ainsi qu'à l'époque de sa prise en charge une consommation d'alcool pathologique à but anxiolytique. Elle avait essayé plusieurs traitements antidépresseurs et anxiolytiques avec un certain effet sur le trouble dépressif, mais sans grand succès sur les symptômes anxieux. Même si le traitement de morphine en gouttes n'avait pas été introduit par elle-même, et qu'il n'était pas classique de l'utiliser dans ce type de situations, elle n'avait pu que constater qu'il avait permis une nette amélioration du tableau général : la patiente était plus calme, plus posée ; le trouble anxieux avait diminué drastiquement et elle avait complètement cessé d'utiliser l'alcool comme automédication. Ceci n'avait pas été possible jusque-là malgré les traitements classiques antidépresseurs et anxiolytiques à dose correcte. De plus, les craintes qu'on pourrait avoir d'un risque de dépendance aux opiacés se sont avérées infondées, la patiente ayant diminué d'elle-même, progressivement, les doses de morphine, d'un flacon par semaine au début, à un flacon pour 3 semaines environ actuellement. On pouvait donc constater que ce traitement est efficace et approprié chez cette personne. Il était également économique vu le prix bas de la morphine, comparé au traitement antidépresseur et anxiolytique. Elle approuvait donc ce traitement chez la patiente, vu les bons résultats constatés. Elle estimait enfin que le risque d'une recrudescence du trouble anxieux en cas d'arrêt de la morphine était important, de même, en conséquence, que le risque de dépendance à l'alcool. In

fine, une telle situation coûterait beaucoup plus cher à l'assurance qu'un à deux flacons de morphine par mois.

19. L'intimée a dupliqué par courrier du 28 novembre 2019. Elle persiste dans ses conclusions et produit à l'appui de ses écritures la détermination de son médecin-conseil du 25 novembre 2019.

Le docteur F\_\_\_\_\_ s'est prononcé sur l'avis susmentionné de la psychiatre-traitante. Il conclut en substance que même si le traitement de morphine est efficace, adapté et économique selon la psychiatre traitante, il ne remplissait pas les recommandations d'autorisation de mise sur le marché éditées par Swissmedic et les conditions pour une prise en charge par le biais de l'art. 71a de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal - RS 832.102) ne sont pas remplies, au vu de l'existence d'alternatives thérapeutiques. Il préavisait dès lors négativement la prise en charge et le remboursement du traitement de morphine par l'AOS dans le cas de cette patiente.

20. Les parties ont été entendues par la chambre de céans en comparution personnelle le 24 août 2020.
21. La recourante a déclaré que l'assistance à ses côtés de son médecin traitant n'impliquait pas d'élection de domicile en son cabinet. Quant aux médicaments qu'elle prend encore actuellement, s'agissant de la Ritaline, elle a précisé qu'il s'agissait d'un essai thérapeutique remontant à la fin de l'année 2018, et qui était destiné à la soulager dans les moments difficiles, notamment par rapport à la prise en charge de ses enfants. En réalité, elle n'avait pris que quelques rares comprimés de ce médicament, et elle avait toujours la boîte pratiquement pleine, qu'elle avait acquise à l'époque. S'agissant de la morphine, la prescription de ce médicament était un peu antérieure à l'essai de Ritaline. Elle avait commencé avec des comprimés qui ne lui convenaient pas. Elle prenait toujours ces gouttes de morphine, mais à une dose qui avait bien diminué depuis le début. Parallèlement à cette médication, elle était toujours suivie par la Dresse E\_\_\_\_\_, en psychothérapie et traitement médicamenteux (Seresta et Duloxetine). Elle avait également diminué sensiblement le Seresta.

Le Dr F\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il est spécialiste FMH en chirurgie.

Madame G\_\_\_\_\_ pour l'intimée a déclaré avoir bien entendu les considérations de la chambre de céans par rapport aux conditions dans lesquelles l'expertise du Dr C\_\_\_\_\_ a été mise en place, et notamment du fait que ni l'assurée, ni son médecin traitant généraliste n'ont été informés de l'identité de l'expert ni des questions qu'Assura avait l'intention de lui poser, de sorte qu'elle n'avait ainsi pas pu se déterminer dans le cadre d'une demande de récusation éventuelle de ce médecin, pas plus que sur la mission de l'expertise et la possibilité de poser des questions complémentaires à l'expert. Dans ces conditions, Assura acceptait le principe d'un arrêt annulant la décision entreprise et le renvoi de la cause pour mise en place d'une nouvelle expertise, à confier à un autre médecin, dans le respect de la

désignation consensuelle de l'expert. Elle a toutefois observé que si en effet, la décision entreprise reposait notamment sur les conclusions de l'expert, elle se fondait également sur la problématique des indications retenues par Swissmedic par rapport à la liste des spécialités. Assura ne diligentait pas nécessairement une expertise lorsque la problématique se pose d'une demande de prise en charge et du remboursement de médicaments pour des prescriptions autres que celles qui figurent expressément dans la liste des spécialités. Dans ce contexte, Assura aurait dès lors pu rendre sa décision sur d'autres bases que sur l'expertise du Dr C\_\_\_\_\_.

La recourante s'est également déclarée d'accord avec la proposition de la chambre de céans de rendre un arrêt qui serait daté du 24 août 2020 et qui accepterait partiellement son recours en annulant la décision entreprise et retournant la cause à l'intimée pour mise en place d'une nouvelle expertise confiée à un nouvel expert, dans le respect de la désignation consensuelle de l'expert.

### **EN DROIT**

1. 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), 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 LAMal.

La compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais pour la période du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA et art. 89C let. b de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]), le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).
3. Le litige porte sur le droit de l'assurée à la prise en charge par l'intimée, au titre de l'AOS, des prescriptions de Ritaline et de Morphini HCL Streuli (morphine en gouttes).
4. a. La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu (art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 [Cst. - RS 101]), en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 135 I 279 consid. 2.3 ; ATF 135 II 286 consid. 5.1 ; ATF 132 V 368 consid. 3.1).  
  
b. Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit en principe entraîner l'annulation de la décision attaquée indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond. Selon la jurisprudence, la violation du droit d'être entendu - pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière - est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de

s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen. Au demeurant, la réparation d'un vice éventuel ne doit avoir lieu qu'exceptionnellement (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa ; ATF 126 V 131 consid. 2b et les références).

c. En vertu de l'art. 44 LPGA, si l'assureur doit recourir aux services d'un expert indépendant pour élucider les faits, il donne connaissance du nom de celui-ci aux parties. Celles-ci peuvent récuser l'expert pour des raisons pertinentes et présenter des contre-propositions.

Lorsque l'assureur ordonne une expertise avant de rendre une décision au sens de l'art. 49 LPGA, il doit respecter le droit de l'assuré d'être entendu à ce stade déjà. S'il omet de le faire, privant ainsi l'assuré de la faculté d'exercer ses droits de participation à l'établissement d'une expertise, le vice de procédure ne peut être réparé, du moins lorsque l'expertise constitue l'élément central et prépondérant de l'instruction (ATF 120 V 357 consid. 2b ; RAMA 2000 n° U 369 p. 104 consid. 2b, 1996 n° U 265 p. 294 consid. 3c).

À l'ATF 137 V 210 consid. 3, le Tribunal fédéral a instauré de nouveaux principes visant à consolider le caractère équitable des procédures administratives et de recours judiciaires en matière d'assurance-invalidité par le renforcement des droits de participation de l'assuré à l'établissement d'une expertise (droit de se prononcer sur le choix de l'expert, de connaître les questions qui lui seront posées et d'en formuler d'autres) et ce afin que soient garantis les droits des parties découlant notamment du droit d'être entendu et de la notion de procès équitable (art. 29 al. 2 Cst., art. 42 LPGA et art. 6 ch. 1 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 [CEDH - RS 0.101] ; ATF 137 V 210 consid. 3.2.4.6 et 3.2.4.9). Il est notamment revenu sur la jurisprudence de l'ATF 132 V 93 selon laquelle la mise en œuvre d'une expertise par l'assureur social ne revêtait pas le caractère d'une décision. Il a jugé qu'en l'absence d'accord entre les parties, une telle mise en œuvre doit revêtir la forme d'une décision au sens de l'art. 49 LPGA correspondant à la notion de décision selon l'art. 5 de la loi fédérale sur la procédure administrative du 20 décembre 1968 (PA - RS 172.021) laquelle peut être attaquée devant les tribunaux cantonaux des assurances sociales respectivement le Tribunal administratif fédéral (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.6 et 3.4.2.7). Il a modifié la jurisprudence de l'ATF 133 V 446 en ce sens que l'assuré a le droit de se déterminer préalablement sur les questions à l'attention des experts dans le cadre de la décision de mise en œuvre de l'expertise (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.9). Dans des arrêts ultérieurs, il a indiqué que ces principes et recommandations sont également applicables par analogie aux expertises mono- et bidisciplinaires (ATF 139 V 349 consid. 5.4).

Le Tribunal fédéral a par ailleurs précisé que l'assuré peut faire valoir contre une décision incidente d'expertise médicale non seulement des motifs formels de récusation contre les experts, mais également des motifs matériels, tels que par exemple le grief que l'expertise constituerait une seconde opinion superflue, contre

la forme ou l'étendue de l'expertise, par exemple le choix des disciplines médicales dans une expertise pluridisciplinaire, ou contre l'expert désigné, en ce qui concerne notamment sa compétence professionnelle (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.7 ; ATF 138 V 271 consid. 1.1). Il a également considéré qu'il convient d'accorder une importance plus grande que cela a été le cas jusqu'ici, à la mise en œuvre consensuelle d'une expertise, en s'inspirant notamment de l'art. 93 de la loi fédérale sur l'assurance militaire du 19 juin 1992 (LAM - RS 833.1) qui prescrit que l'assurance militaire doit rendre une décision incidente susceptible de recours (seulement) lorsqu'elle est en désaccord avec le requérant ou ses proches sur le choix de l'expert. Selon le Tribunal fédéral, il est de la responsabilité tant de l'assureur social que de l'assuré de parer aux alourdissements de la procédure qui peuvent être évités. Il faut également garder à l'esprit qu'une expertise qui repose sur un accord mutuel donne des résultats plus concluants et mieux acceptés par l'assuré (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.6).

S'agissant plus particulièrement de la mise en œuvre d'une expertise consensuelle, le Tribunal fédéral a précisé dans un arrêt subséquent qu'il est dans l'intérêt des parties d'éviter une prolongation de la procédure en s'efforçant de parvenir à un consensus sur l'expertise, après que des objections matérielles ou formelles ont été soulevées par l'assuré. La recevabilité des objections n'est soumise à aucun délai, étant précisé que conformément au principe de la bonne foi, l'assuré est tenu de les formuler dès que possible. Si le consensus n'est pas atteint, l'assureur ordonnera une expertise, en rendant une décision qui pourra être attaquée par l'assuré (ATF 138 V 271 consid. 1.1). Le Tribunal fédéral a encore récemment rappelé que depuis l'ATF 137 V 210, il existe en principe une obligation de la part de l'assureur de s'efforcer à mettre en œuvre une expertise consensuelle avant de rendre une décision (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_908/2012 du 22 février 2013 consid. 5.1).

d. La chambre de céans a jugé qu'indépendamment des griefs invoqués par l'assuré à l'encontre de l'expert, la cause devait être renvoyée à l'assureur, au motif que ce dernier n'avait pas essayé de parvenir à un accord avec l'assuré sur le choix de l'expert, ce qui violait les droits de participation de l'assuré dans la procédure de désignation de l'expert (ATAS/226/2013 et ATAS/263/2013). Dans ce dernier arrêt, la chambre de céans a également précisé que ce n'est pas uniquement en présence de justes motifs de récusation à l'encontre de l'expert que l'assuré peut émettre des contre-propositions.

Dans un arrêt (ATAS/598/2014 du 8 mars 2014) rendu en application de l'art. 133 al. 2 LOJ, la chambre de céans a considéré que le droit d'être entendu d'une assurée avait été violé, l'assurance n'ayant transmis les informations (nom de l'établissement chargé de l'expertise médicale, les questions soumises à l'expert avec un délai pour faire part de ses éventuelles remarques, délai que la recourante n'avait pas utilisé. Puis, un mois avant l'expertise, le nom des experts et la date des examens, sans que la patiente ne formule de remarques) qu'à la recourante alors qu'elle était représentée par un mandataire, avec élection de domicile. En privant la

recourante de ses droits de participation à l'établissement d'une expertise déterminante pour statuer sur son droit aux prestations, la violation du droit d'être entendu ne pouvait pas être réparée. L'assurance avait privé le conseil de la recourante de la faculté de connaître les questions posées à l'expert et de formuler ses propres questions, vidant ainsi de leur substance les nouvelles exigences procédurales qui visent à renforcer le caractère équitable de la procédure administrative. De plus, en ne communiquant pas les noms des experts au conseil de la recourante, elle avait également empêché celui-ci de se prononcer sur le choix des experts et d'émettre des contre-propositions ; partant elle avait violé son obligation de tendre à mettre en œuvre une expertise consensuelle. Comme le vice ne pouvait être réparé à ce stade de la procédure, l'expertise ne pouvait pas être considérée comme un moyen de preuve approprié et les décisions fondées sur celle-ci devaient être annulées. La mise en œuvre de l'expertise devait être reprise ab initio afin que les experts soient choisis après discussions entre les parties.

Par arrêt du 13 décembre 2017, la chambre de céans a également estimé que le droit de l'assurée à participer à l'établissement d'une expertise avait été violé par l'assureur-accidents, étant donné que ce dernier ne l'avait pas informée de son droit à s'opposer à l'expert choisi et ne lui avait pas transmis la liste des questions qui seraient soumises à l'expert (ATAS/1138/2017).

e. L'Office fédéral des assurances sociales a édité des dispositions d'exécution de cette nouvelle pratique aux p. 43 ss de la Circulaire sur la procédure dans l'assurance-invalidité (ci-après : CPAI, état au 1<sup>er</sup> janvier 2016).

Le mandat d'expertise et la convocation à l'expertise médicale sont communiqués sans indication des voies de recours. La communication indique le type d'expertise (monodisciplinaire, bidisciplinaire ou pluridisciplinaire) et les disciplines médicales prévues. Il faut y joindre la liste de questions et mentionner la possibilité pour l'assuré de remettre à l'office AI, par écrit, des questions supplémentaires. Pour les expertises monodisciplinaires ou bidisciplinaires, il faut indiquer le nom et le titre médical professionnel de la personne ou des personnes chargées de l'expertise. Un délai de dix jours est accordé à l'assuré pour formuler des objections contre l'expertise et les disciplines médicales prévues et remettre des questions supplémentaires. Ce délai peut être prolongé sur demande écrite et motivée. La personne assurée peut aussi soulever des objections de nature formelle ou matérielle. Si l'assuré ne fait pas usage de ce droit, le mandat est attribué à l'expert (cf. CPAI, p. 47, n° 2083 ss).

f. Enfin, le juge des assurances peut examiner l'éventuelle violation du droit d'être entendu aussi bien sur contestation d'une partie que d'office (ATF 120 V 362 consid. 2a ; cf. aussi ZIMMERLI, Zum rechtlichen Gehör im sozialversicherungsrechtlichen Verfahren, in Festschrift 75 Jahre EVG, Berne 1992, p. 326 ; ATAS/884/2019 consid. 4 ; ATAS/174/2018 consid. 14).

5. En l'occurrence, il résulte du dossier de l'intimée qu'à réception du questionnaire rempli et complété par le généraliste traitant de l'assurée, daté du 10 juillet 2018, le médecin-conseil a estimé opportun de mandater un expert indépendant, afin qu'il se prononce sur les traitements en cause.

Il ressort clairement des courriers adressés respectivement à l'assurée et à son généraliste traitant en date du 16 août 2018, que l'intimée, alors même qu'elle avait déjà choisi l'expert et lui confirmait par courrier du même jour sa mission et les questions auxquelles il devrait répondre, n'a indiqué à l'assurée et à son médecin traitant ni le nom de l'expert désigné, ni les questions posées, se contentant d'annoncer à l'assurée qu'une expertise psychiatrique indépendante s'imposait et qu'elle recevrait prochainement une convocation directement « d'un médecin psychiatre », privant ainsi l'assurée de son droit de se prononcer sur la récusation éventuelle de l'expert et sur la liste des questions qui lui seraient posées, et le cas échéant de son droit de proposer des questions complémentaires.

En recevant directement de l'expert la convocation pour l'expertise, la recourante n'avait d'autre choix que de se rendre au rendez-vous fixé.

6. Compte tenu de ce qui précède, il est établi que le droit de la recourante à participer à l'établissement d'une expertise a été violé par l'intimée. Étant donné que la recourante n'a pas pu participer à la mise en œuvre de l'expertise, notamment en exerçant son droit de se prononcer sur le choix de l'expert et de formuler ses propres questions, la violation du droit d'être entendu ne peut évidemment être réparée qu'en reprenant la procédure de désignation de l'expert ab initio. À défaut, la recourante serait privée de la possibilité d'obtenir la désignation consensuelle d'un expert.

Par conséquent, il incombera à l'intimée de mettre en œuvre une nouvelle expertise psychiatrique, consensuelle.

7. Vu ce qui précède, le recours est admis et la décision querellée annulée. La cause sera renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision.
8. À ce stade, la décision entreprise étant annulée et une nouvelle expertise devant être mise en place, il est inutile d'entrer en matière sur le fond des griefs de la recourante.
9. Bien qu'obtenant gain de cause, l'assurée se défendant en personne n'a pas droit à une indemnité - elle n'y a d'ailleurs pas conclu et n'a pas allégué avoir dû exposer des frais particuliers pour assurer sa défense.
10. Pour le surplus la procédure est gratuite.

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet.
3. Annule la décision sur opposition d'Assura-Basis SA du 10 juillet 2019, et renvoie le dossier à l'intimée pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants.
4. Dit que la procédure est gratuite.
5. 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

Le président

Véronique SERAIN

Mario-Dominique TORELLO

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