

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3397/2010

ATAS/1322/2010

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 2

du 21 décembre 2010

En la cause

Monsieur C_____, domicilié à Athenaz (Avusy), comparant
avec élection de domicile en l'étude de Maître LONGET-CORNUZ
Aude

recourant

contre

ASSURA CAISSE MALADIE ET ACCIDENT, sise avenue
C.-F. Ramuz 70, 1009 Pully

intimé

**Siégeant : Sabina MASCOTTO, Présidente; Christine BULLIARD MANGILI et
Patrick MONNEY, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Feue Madame à C_____ (l'assurée) était affiliée auprès d'ASSURA (ci-après la caisse) depuis le 1^{er} avril 1996, et bénéficiait, en 1999, des catégories d'assurance suivantes :
 - Basis, assurance obligatoire des soins, franchise annuelle de 500 fr. ;
 - Complementa Plus, assurance complémentaire des soins spéciaux élargis ;
 - Ultra, assurance complémentaire des frais d'hospitalisation en division privée ou en clinique.
2. Dans le cadre d'un traitement de chimiothérapie, l'assurée a été traitée à la Clinique de Carouge, notamment durant les mois de juin et juillet 2009. La Clinique de Carouge (ci après la clinique) fait partie de La Tour réseau de soins SA, selon l'inscription au Registre du commerce.
3. Le traitement dispensé consistait, en particulier, à prélever du sang à l'assurée, le faire irradier au laboratoire d'immuno-hématologie transfusionnelle des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), puis de l'auto-transfuser à l'assurée.
4. Entre début juin et fin juillet 2009, l'assurée a subi cinq auto-transfusions de sang irradié, les 5 juin, 16 juin, 1^{er} juillet, 16 juillet et 18 juillet 2009.
5. A chaque fois, le sang est prélevé à la clinique, puis transporté de la clinique au laboratoire des HUG, puis retourné à ladite clinique par l'intermédiaire de la société de transport « Transmed service ».
6. Chaque transport fait l'objet d'un bon qui mentionne, pour la date du prélèvement concerné, l'heure du prélèvement, l'heure à laquelle Transmed service enlève le prélèvement, l'heure à laquelle le produit sanguin est attendu par la clinique et l'heure à laquelle ce produit sanguin est délivré par Transmed service.
7. La clinique a facturé à l'assurée des frais pour le transport du sang de la clinique aux HUG, ainsi que le trajet de retour, par factures des 22 juin 2009 (60 fr.), 25 juin 2009 (60 fr.), 17 juillet 2009 (120 fr.), 30 juillet 2009 (60 fr.).
8. Le 31 juillet 2009, la caisse a remboursé à l'assurée, parmi d'autres factures médicales, le montant de la facture de 60 fr. relative au transport des produits sanguins du 16 juin 2009, au titre de l'assurance LCA Ultra.
9. Les 7, 18 et 28 août 2009, la caisse a refusé de rembourser, parmi diverses factures médicales, les trois factures (60 fr., 120 fr. et 60 fr.) relatives aux frais de transport des 5 juin, 1^{er}, 16 et 18 juillet 2009, soit 240 fr.

10. Par pli du 27 août 2009 adressé à la caisse, Monsieur Samuel C. _____, l'époux de l'assurée, lui demande de revoir sa position, de prendre en charge les frais de transport des produits sanguins, la clinique lui ayant assuré qu'il n'y aurait aucun problème de remboursement et, de surcroît, l'une des factures ayant été remboursée par la caisse.
11. Par pli du 2 septembre 2009, la caisse répond à l'assurée, l'informant que des investigations complémentaires sont en cours.
12. L'époux de l'assurée s'adresse encore une fois à la caisse, par pli du 22 septembre 2009, sollicitant, à défaut de revoir sa position, que la caisse lui notifie une décision écrite. La caisse répond, les 5 et 13 octobre 2009, que les investigations sont en cours et qu'elle est dans l'attente des justificatifs de la clinique.
13. Par pli du 8 janvier 2010 adressé à la clinique, la caisse indique que ni la loi, ni la liste des analyses en particulier, n'envisagent de prestations pour les frais de transport de matériel d'analyse ou de formule sanguine, de sorte que ces frais ne peuvent pas être facturés. L'assurance estime que ces frais sont des frais de fonctionnement et que ni l'assurance obligatoire des soins, ni l'assurée n'ont à les payer en sus des tarifs légaux en vigueur. L'assurance sollicite ainsi de la clinique qu'elle annule ces factures.
14. Par pli du 3 février 2010, le service de facturation de l'Hôpital de la Tour (ci après le service de facturation de l'hôpital) répond à la caisse que la clinique n'a pas d'autre choix que de faire acheminer les tubes de sang, pour groupage (comptabilité) auprès du laboratoire central des HUG, par une société de transport. Il s'agit d'une prestation fournie par la société Transmed service, qui est sollicitée pour le transport des produits sanguins, de sorte que la caisse est priée de revoir sa décision.
15. Par pli du 12 février 2010 adressé au service de facturation de l'hôpital, la caisse persiste à affirmer que le processus en vigueur pour l'acheminement des produits sanguins implique des frais inhérents au fonctionnement de la clinique, de sorte qu'ils ne sont à la charge ni de l'assurance obligatoire des soins, ni des assurés.
16. Par pli du 17 mars 2010 adressé à la clinique, le veuf de l'assurée réitère sa demande de remboursement des factures payées pour quatre transports, soit 240 fr., estimant intolérable que les patients soient les otages d'un bras de fer entre la clinique et la compagnie d'assurance la caisse, celle-ci n'ayant à aucun moment averti l'assurée que les prestations ne seraient pas prises en charge par l'assurance-maladie.
17. Par pli du 25 mars 2010, la caisse relance le service de facturation de l'hôpital.

18. Par pli du 10 mai 2010 à la caisse, le veuf de l'assurée réclame une décision formelle, la clinique refusant de lui rembourser les trois factures litigieuses pour 240 fr. Il adresse une copie de son courrier au service de facturation de la clinique, laquelle lui répond le 30 mars 2010 qu'elle comprend son mécontentement mais rappelle qu'elle doit payer les services du transporteur et qu'il est libre d'intenter les procédures judiciaires qui auraient le mérite de clarifier la situation.
19. Par décision du 25 mai 2010, la caisse refuse le prise en charge des prestations ressortant des trois factures litigieuse qui ne relèvent pas de la LAMal. La loi ne prévoit pas le remboursement de frais de transport, qui relèvent de frais de fonctionnement du laboratoire externe ou de la clinique elle-même.
20. Par acte du 23 juin 2010, le veuf de l'assurée, représenté par avocat, forme opposition contre la décision. Il rappelle que les traitements de chimiothérapie ont été remboursés et que l'irradiation et la transfusion du sang font partie du traitement reconnu. Le transport du sang de la clinique aux HUG est une obligation légale de droit fédéral et cantonal et fait donc partie intégrante du traitement de sorte qu'il incombe à la caisse.
21. Par décision sur opposition du 2 septembre 2010, la caisse rejette l'opposition. Le sang et les produits sanguins sont considérés comme des médicaments selon la loi sur les produits thérapeutiques. Selon la liste des médicaments avec tarif qui fait partie de l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance maladie, le prix de l'irradiation du sang contient une marge de 7,5% et les frais de transport. Ainsi, la clinique n'est pas autorisée à facturer en sus du traitement les frais de transport. La facture du transport de sang du 16 juin 2010 a donc été remboursée à tort mais au vu de son montant, la caisse renonce à en réclamer le paiement à la succession de feu l'assurée.
22. Par acte du 6 octobre 2010, le veuf de l'assurée forme recours devant le Tribunal de céans. Et reprend l'argumentation développée dans son opposition. Il conclut que la caisse soit condamnée à lui rembourser les factures litigieuses de 240 fr. avec suite de dépens.
23. Lors de l'audience du 7 décembre 2010, la caisse a admis ne pas avoir sollicité l'avis de l'OFAS sur la question de principe. Elle a accepté, à bien plaisir et sans reconnaissance de droit, de verser au recourant la somme de 240 fr. litigieuse, se réservant le droit, mise au bénéfice d'une cession de créance par le recourant, de saisir le Tribunal arbitral. Sur ce, l'assuré a cédé sa créance et renoncé à solliciter des dépens.
24. Compte tenu de l'accord intervenu, la cause a été gardée à juger, afin d'homologuer l'accord.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 4 et let. c de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique tant des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal ; RS 832.10) que des contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale prévue par la LAMal, et 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 la contrat d'assurance, du 2 avril 1908 (loi sur le contrat d'assurance, LCA ; RS 221.229.1).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce n'est pas pour autant établie.

2. En effet, selon l'art. 89 al. 1 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal ; RS 832.10), 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). Dans ce cas, l'assureur représente à ses frais l'assuré au procès, selon l'art. 89 al. 3 LAMal.

Les dispositions légales qui déterminent la compétence du Tribunal arbitral constituent une *lex specialis* par rapport à celles réglant la compétence du Tribunal cantonal des assurances, et elles ont à ce titre la priorité (ATF 127 V 467 consid. 1).

3. En l'espèce, le Tribunal renoncera à examiner sa compétence et, selon la décision prise, la nécessité de transmettre la cause au Tribunal arbitral, dès lors que les parties ont trouvé un accord qu'il convient d'homologuer au vu des circonstances du cas et du montant litigieux. L'assuré n'a en effet pas à être prétérité par un litige entre un assureur et un fournisseur de soin, ceux-ci ayant la faculté de soumettre leur conflit au Tribunal arbitral, cas échéant à l'occasion d'un autre cas d'application.

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES**

Statuant d'accord entre les parties

(conformément à l'art. 56 W LOJ)

1. Donne acte à ASSURA CAISSE MALADIE ET ACCIDENT de son accord de verser la somme de 240 fr. à Monsieur C_____, en remboursement des factures de la Clinique de Carouge des 22 juin 2009 (60 fr.), 17 juillet 2009 (120 fr.), 30 juillet 2009 (60 fr.), à bien plaie et sans reconnaissance de droit.
2. L'y condamne en tant que de besoin.
3. Donne acte à Monsieur C_____ qu'il cède à ASSURA CAISSE MALADIE ET ACCIDENT sa créance en 240 fr. contre la Clinique de Carouge - la Tour Réseau de Soins SA.
4. Dit que la procédure est gratuite.

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

Florence SCHMUTZ

Sabina MASCOTTO

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