

Tribunal cantonal du canton du Jura, 2 juin 1999,
le C. de g. h. c. la Mobilière suisse, société d'assurances, Berne

Faits: Par mémoire de demande du 2 avril 1998, le C. de g. h. (ci-après: CGH) a introduit une action en paiement fondée notamment sur les articles 41 ss CO, 65 et 84 LCR contre la Mobilière suisse, société d'assurances (ci-après: Mobilière suisse), concluant au paiement par celle-ci d'une somme de Fr 15'874. 10, plus intérêt à 5% dès le 25 mai 1997, sous suite des frais et dépens.

A l'appui de sa demande, le CGH fait notamment valoir les faits suivants:

Le 13 mars 1997, O. St. a été victime d'un accident de la circulation routière qui a nécessité un transport par ambulance ainsi qu'une hospitalisation à HRP jusqu'au 5 avril 1997. La conductrice et détentrice du véhicule responsable, S. G., assurée en responsabilité civile auprès de la Mobilière suisse, a été condamnée pénalement à une amende de Fr 300.- par ordonnance de condamnation du Ministère public du 21 mars 1997, entrée en force.

L'HRP a établi deux factures, l'une de Fr 23'444. 10 pour le séjour hospitalier et les prestations médicales, l'autre de Fr 1'259.80 pour le transport par ambulance.

La facture relative au séjour et aux prestations médicales durant l'hospitalisation d'O. St. est répartie comme suit:

- à charge de l'assurance-maladie et accidents de la lésée, la Chrétienne sociale suisse assurances (ci-après: CSS), Fr 7'570.--, montant correspondant au tarif forfaitaire établi par la Convention liant la Fédération jurassienne des assureurs-maladie au CGH (ci-après: Convention FJAM-CGH 1997), étant précisé que la CSS a payé le montant réclamé,
- à la défenderesse Mobilière suisse pour le solde par Fr 15'874. 10, représentant la différence entre le tarif détaillé selon les prestations effectivement fournies et le tarif forfaitaire prévu dans la Convention FJAM-CGH 1997.

La facture concernant les frais de transport par ambulance a été également transmise à la défenderesse Mobilière suisse, qui l'a réglée, mais a refusé de payer le montant de Fr 15'874. 10 relatif au séjour hospitalier et aux soins médicaux, faute de base légale.

Par acte du 3 juin 1997, O. St. a cédé à l'HRP la créance qu'elle est en droit de faire valoir à l'égard du tiers responsable de l'accident, respectivement de son assurance-responsabilité civile, pour les frais de traitement ambulatoires et hospitaliers à concurrence de l'étendue de la responsabilité du tiers.

Le demandeur fonde son action sur le fait que les conventions tarifaires passées entre les établissements hospitaliers jurassiens et la Fédération jurassienne des assureurs-maladie ne s'appliquent pas pour les assureurs qui n'en font pas partie. De ce fait, les hôpitaux seraient autorisés à facturer le prix correspondant au tarif des assurances privées, lorsqu'un assureur RC doit intervenir. Toute autre solution serait contraire au principe de l'assurance-maladie sociale qui obéit à des règles de financement et de subventionnement spécifiques et déterminantes pour les conventions tarifaires.

Le demandeur se réfère dès lors à l'article 3 de la Convention FJAM-CGH 1997 qui énonce que les tarifs conventionnels ne sont pas applicables, notamment, au patient accidenté dont les frais doivent être supportés par un tiers ou une assurance-responsabilité civile. Selon lui, la protection tarifaire prévue par l'article 44 LAMal n'exclut pas de pratiquer un tarif différent entre les cas couverts par un

assureur-maladie et ceux couverts par un assureur-responsabilité civile qui n'est pas partie aux conventions tarifaires.

En outre, le CGH se fonde sur l'article 126 OAMal qui autorise le fournisseur de prestations à réclamer directement au tiers responsable, par subrogation légale, l'éventuelle différence entre le tarif valable pour les assureurs RC et les tarifs conventionnels applicables pour les assureurs-maladie.

Il invoque également l'article 59 de la Loi jurassienne sur les hôpitaux qui stipule que si, en principe, les frais de construction ne peuvent être mis à la charge des usagers, ils peuvent toutefois être débités aux usagers suivants:

- a) au patient domicilié hors du canton,
- b) au patient bénéficiant de l'indemnisation d'une assurance-responsabilité civile ou de celle d'une personne civilement responsable,
- c) au patient au bénéfice d'une assurance-accidents.

Dans sa réponse du 14 juillet 1998, la défenderesse a conclu, à titre préjudiciel, au renvoi de la demande sans examen de son mérite et, à titre principal, au débouté des conclusions de la demande, sous suite des frais et dépens.

Sur le fond, la défenderesse considère que le demandeur n'a pas la qualité de lésé et, partant, la qualité pour agir au sens de l'article 65 LCR, car la victime de l'accident n'a pas subi de dommage s'agissant de ses frais médicaux, ceux-ci ayant été payés intégralement par son assurance-maladie, la CSS! L'article 84 LCR ne trouve en conséquence pas non plus application.

La victime de l'accident n'ayant subi aucun dommage qui n'ait été couvert par son assurance-maladie et accidents, la cession du 3 juin 1997 est de nul effet. Selon la défenderesse, les frais médicaux de la lésée ont été pris entièrement en charge par l'assurance-maladie. Ces frais ont été calculés en application du tarif établi par la Convention FJAM-CGH 1997, de telle sorte que le demandeur ne saurait appliquer un autre tarif à l'assuré, respectivement à son assureur, en vertu de la protection tarifaire stipulée à l'article 44 al. 1 LAMal et de l'existence d'une convention.

La Mobilière suisse estime également que l'article 4 litt. c de la convention précitée qui exclut de son champ d'application les patients dont les frais doivent être supportés par un tiers où une assurance-responsabilité civile est contraire à la LAMal, dans la mesure où il enfreint le principe de légalité de traitement des assurés.

De surcroît, selon la défenderesse, le demandeur réclame plus que ce qu'il a droit pour les soins prodigués au patient, selon le tarif conventionnel légal. En tout état de cause, il réclame un dommage indirect, par ricochet, ce qui est inadmissible.

Enfin, la défenderesse constate que le demandeur fonde son action sur la subrogation légale dont il bénéficie à l'encontre du tiers responsable en vertu de l'article 126 OAMal. Toutefois, le juge est tenu de refuser l'application de cette disposition, faute de base légale suffisante.

La défenderesse en conclut, dès lors, qu'il n'existe aucune base légale permettant de fonder la qualité pour agir du demandeur.

Par arrêt du 27 janvier 1999, la Cour constitutionnelle a jugé de manière définitive que le présent litige était de la compétence de la justice civile, notamment compte tenu du fait que le demandeur agissait sur la base d'une cession de droit civil, dont la Cour constitutionnelle n'a toutefois pas examiné l'ampleur et la validité.

Par jugement du 9 mars 1999, le Président du Tribunal du district de Porrentruy a condamné la défenderesse à payer à la demanderesse la somme de Fr 15'874. 10 plus intérêt à 5% dès le 20 septembre 1997, sous suite des frais et dépens.

A l'appui de ses considérants, le premier juge a estimé qu'O. St. disposait, en tant que victime d'un accident de la circulation et dans la mesure où le demandeur pouvait lui réclamer la différence entre le montant des frais facturés à son assurance-maladie et les coûts effectifs de son hospitalisation, d'une créance de droit civil à l'encontre de l'assureur responsabilité civile de S. G., responsable, à faire valoir au besoin en justice.

Du fait que la lésée a cédé son droit au CGR ladite cession permet au demandeur de poursuivre directement l'assurance-responsabilité de l'auteur de l'accident, l'article 44 LAMal qui impose au fournisseur de prestations de respecter les tarifs et les prix fixés par la convention ou par l'autorité compétente ne déployant ses effets que pour les traitements fournis pour le compte de l'assurance-maladie sociale.

Le demandeur, cessionnaire des droits d'O. St., est ainsi fondé à réclamer à la défenderesse non pas le tarif découlant de la Convention FJAM-CGH 1997, mais le tarif ordinaire adopté par le Gouvernement (tarif CGH) selon les prestations effectivement fournies.

La défenderesse a interjeté appel de ce jugement en temps utile et a conclu, en modification du jugement attaqué, au débouté des conclusions de la demande, sous suite des frais et dépens dans les deux instances.

Motifs: Le demandeur fonde son action principalement sur la cession de créance d'O. St. concernant les droits qu'elle est en droit de faire valoir à l'égard du tiers responsable de l'accident, respectivement de son assurance RC, pour les frais de traitement ambulatoires et hospitaliers (différence entre le tarif pour les assureurs RC et le tarif conventionnel). Subsidièrement, le CGH invoque l'article 59 de la Loi jurassienne sur les hôpitaux, l'article 3 de la Convention FJAM-CGH 1997 et l'article 126 OAMal.

Il convient donc d'examiner en premier lieu si la lésée O. St. était titulaire d'une créance envers le responsable de l'accident, respectivement de son assureur RC au titre des frais hospitaliers, ce que conteste la défenderesse.

Cela revient à examiner si le CGH est en droit de facturer à la victime de l'accident, O. St., le plein tarif hospitalier établi par le Gouvernement jurassien pour les hospitalisations non conventionnelles.

La nouvelle Loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 régleme de façon uniforme les tarifs et les prix des prestations de l'assurance obligatoire des soins (art. 43 à 53) et assure la protection tarifaire non seulement entre les partenaires tarifaires (fournisseurs de prestations et assureurs), mais également - et surtout - à l'égard des assurés (Message concernant la révision de l'assurance-maladie, FF 1992, p. 157). Le nouveau droit introduit ainsi un système uniforme de protection tarifaire qui sauvegarde le principe de l'égalité de traitement des assurés, selon lequel les fournisseurs de prestations doivent, lors de la facturation, respecter les prix et les tarifs convenus par les conventions tarifaires ou fixés par les autorités compétentes et s'abstenir de calculer des rémunérations plus élevées pour les prestations allouées conformément à la LAMal. Ce dernier point est important pour les assurés, notamment dans le système du tiers garant, où les assurés sont les débiteurs de la rémunération, mais également dans le système du tiers payant, où l'assureur est le débiteur direct, les assurés ne risquant alors pas de recevoir une facture supplémentaire pour des prestations accordées selon cette loi (Message précité, p. 157).

Aux termes de l'article 44 al. 1 LAMal, les fournisseurs de prestations doivent respecter les tarifs et les prix fixés par convention ou par l'autorité compétente; ils ne peuvent exiger de rémunération plus élevée pour des prestations fournies en application de la présente loi (protection tarifaire).

Pour rémunérer le traitement hospitalier, y compris le séjour à l'hôpital, les parties à une convention conviennent de forfaits. Pour les habitants du canton, ces forfaits couvrent au maximum, par patient ou par groupe d'assurés, 50% des coûts imputables dans la

division commune d'hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics. Les coûts imputables sont établis lors de la conclusion de la convention. La part des frais d'exploitation résultant d'une surcapacité, les frais d'investissement et les frais de formation et de recherche ne sont pas pris en compte (art. 49 al. 1 LAMal).

L'alinéa 4 de la disposition précitée énonce clairement que la rémunération au sens des premier à troisième alinéas "épuise toutes les prétentions de l'hôpital pour la division commune."

Il suit de cette disposition que l'hôpital ne peut donc, pour la division commune, présenter une facture supplémentaire ni à l'assureur ni à l'assuré (Message précité, p. 158). Des facturations au-delà du tarif conventionnel sont illégales (Maurer, Das neue Krankenversicherungsrecht, p. 89).

Il suit de ce qui précède que la LAMal a exclu des tarifications différenciées pour la division commune. Le législateur n'a prévu des exceptions que pour les patients qui sont assurés par une assurance-maladie qui n'est pas partie à une convention tarifaire (notamment les assureurs privés), pour les habitants hors canton (art. 41 al. 3 LAMal) et pour les cas qui relèvent de l'assurance-accidents sociale, où un tarif plus élevé est prévu (art. 56 LAA).

En l'espèce, la victime de l'accident, assurée en risques maladie et accident auprès d'une caisse-maladie partie à la convention tarifaire, qui a reçu des prestations au titre de la LAMal, bénéficie ainsi de la protection tarifaire instaurée par l'article 44 al. 1 LAMal. De la sorte, le CGH est tenu de respecter les tarifs et les prix fixés par la convention et il ne peut exiger de rémunération plus élevée pour les prestations fournies en application de la LAMal à l'assurée. Les prestations facturées à sa caisse-maladie, la CSS, épuisent toutes les prétentions de l'hôpital pour la division commune (art. 49 al. 4 LAMal).

De ce fait, l'assurée ne subit aucun dommage allant au-delà des frais hospitaliers couverts par sa caisse-maladie. Elle ne dispose ainsi d'aucune créance en réparation du dommage à l'encontre de l'assureur RC qu'elle pourrait céder au CGH.

Dès lors, dans la mesure où l'action est fondée sur la cession de créance, elle doit être rejetée.

Il convient encore d'examiner si le demandeur peut justifier d'une action directe à l'égard de l'assureur RC, en application des articles 126 OAMal et 59 al. 2 lett. b de la Loi jurassienne sur les hôpitaux.

Aux termes de l'article 126 OAMal le tiers responsable doit, dans les limites de son obligation de réparer le dommage, rembourser au fournisseur de prestations l'éventuelle différence entre le tarif valable pour lui et le tarif appliqué par l'assureur-maladie.

Cette disposition, adoptée par le Conseil fédéral, introduit un droit d'action directe à l'égard du tiers responsable ou de son assureur RC pour permettre de lui réclamer la différence entre le tarif conventionnel et le plein tarif. L'ordonnance d'application de la LAMal a ainsi introduit une tarification différenciée que ne prévoit pas la LAMal elle-même.

Conformément à l'article 96 LAMal, le Conseil fédéral agit par voie de délégation pour édicter les dispositions nécessaires à l'exécution de la loi.

Une ordonnance fédérale est susceptible d'être contrôlée à l'occasion de l'adoption d'une décision impliquant l'application de cette ordonnance ou lors d'un recours dirigé contre une nouvelle décision (Knapp, Précis de droit administratif, 4e éd., n° 326; Grisel, Traité de droit administratif, t. I, p. 326). Le Tribunal fédéral et les tribunaux cantonaux se prononcent avec plein pouvoir d'examen sur la validité des ordonnances fédérales (Knapp, op. cit., n° 328).

Le contrôle de validité de l'ordonnance porte sur sa compatibilité avec le cadre fixé par la délégation et avec les règles de fond de la loi de délégation (Knapp, op. cit., n° 334 et les arrêts cités). Autrement dit, les tribunaux se demandent si l'ordonnance respecte la délégation législative. Ils disposent à cet effet d'un plein pouvoir d'examen sur les questions de droit (ATF 112 V 178 et 118 V 225).

Si la délégation autorise le Conseil fédéral à adopter des dispositions d'exécution en lui laissant un large pouvoir d'appréciation, elle ne lui donne toutefois pas la compétence de

déroger à la loi. Aussi, la légalité des dispositions de l'ordonnance ne pourra être admise que si ces normes reposent sur une interprétation convaincante du texte légal (ATF 116 VI 189, cons. 3).

Il se justifie ainsi d'examiner la validité de l'article 126 OAMal.

Cette disposition est insérée dans le titre deuxième de l'ordonnance qui traite de la subrogation légale et de l'ordre interne des recours. Il convient ainsi d'examiner la conformité de cette disposition avec l'article 79 LAMal qui régleme la subrogation de l'assureur-maladie sociale.

Conformément à l'article 79, le législateur a accordé à l'assureur-maladie un droit de subrogation (Rückgriffrecht) contre tout tiers responsable, jusqu'à concurrence des prestations légales. Il a toutefois limité ce droit de recours contre les proches de l'assuré et a autorisé le Conseil fédéral à édicter des prescriptions détaillées sur l'exercice du droit de subrogation.

La loi s'interprète en premier lieu selon sa lettre.

Au cas d'espèce, l'examen de l'article 79, tout particulièrement de l'alinéa 3, permet de constater que le législateur n'a autorisé le Conseil fédéral à édicter des prescriptions détaillées que relativement à la subrogation de l'assureur-maladie. Or, l'article 126 OAMal sort du cadre de la subrogation, en instituant un tarif différencié et une obligation de remboursement au fournisseur de prestations, pour la différence entre le tarif valable pour lui et le tarif conventionnel appliqué par l'assureur-maladie. Cela étant, l'article 126 OAMal introduit carrément un nouveau droit de recours en faveur du fournisseur de prestations pour les soins accordés à l'assuré social, ce qui constitue une dérogation à la loi incompatible avec la délégation contenue à l'article 79 al. 3 LAMal. En outre, l'article 126 OAMal institue de nouveaux droits en matière de responsabilité civile (pour les fournisseurs de soins) et de nouvelles obligations (pour le tiers responsable ou son assureur) que n'a pas envisagé le législateur dans la LAMal.

Il s'ensuit que le juge doit se refuser à appliquer l'article 126 OAMal qui viole le droit fédéral supérieur (Maurer, op. cit., p. 129).

Quant aux clauses contenues dans les tarifs conventionnels qui instituent un droit de recours du fournisseur de prestations ou l'application d'un tarif différencié, elles sont illégales, également pour les mêmes motifs. Il en va de même des dispositions de droit cantonal qui instituent, comme l'article 59 al. 2 litt. b de la Loi jurassienne sur les hôpitaux, un droit de recours des établissements hospitaliers.

Il s'ensuit que le demandeur doit être débouté de toutes ses conclusions, sous suite des frais et dépens dans les deux instances.

PAR CES MOTIFS

LA COUR CIVILE

en réformation du jugement
de première instance

déboute

le demandeur de ses conclusions,

met

les frais de la procédure de première instance par Fr 1'600.-- et ceux de seconde instance par Fr 1'600.-- à la charge du demandeur, à prélever sur les avances des parties,

condamne

le demandeur à rembourser à la défenderesse la part des frais prélevés sur son avance;

condamne

le demandeur aux dépens de la défenderesse dans les deux instances par Fr 9'245.--.