

VD_FINDINFO HC / 2015 / 305 vom 24. April 2015

VD Tribunal cantonal, 2015-04-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_HC___2015___305

FR: VD_FINDINFO HC / 2015 / 305 du 24 avril 2015

IT: VD_FINDINFO HC / 2015 / 305 del 24 aprile 2015

Regeste

ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE EN CAS D'HOSPITALISATION, MANDAT, HONORAIRES, MÉDECIN, CAPACITÉ DE DISCERNEMENT, FARDEAU DE LA PREUVE, CALCUL | 16 CC, 560 al. 2 CC, 1 CO, 394 CO, 402 CO

Erwägungen

E. 1

L'appel est recevable contre les décisions finales de première instance (art. 308 al. 1 let. a CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272]) au sens de l'art. 236 CPC, dans les causes patrimoniales dont la valeur litigieuse dépasse 10'000 francs (art. 308 al. 2 CPC). Formé en temps utile (art. 311 al. 1 CPC), par une partie qui y a intérêt (art. 59 al.

E. 2

L'appel peut être formé pour violation du droit ou pour constatation inexacte des faits (art. 310 CPC). L'autorité d'appel peut revoir l'ensemble du droit applicable, y compris les questions d'opportunité ou d'appréciation laissées par la loi à la décision du juge et doit le cas échéant appliquer le droit d'office conformément au principe général de l'art. 57 CPC (Tappy, Les voies de droit du nouveau Code de procédure civile, JT 2010 III 134). Elle peut revoir librement la constatation des faits sur la base des preuves administrées en première instance (Tappy, op. cit., JT 2010 III 135).

E. 3

L'appelant soutient que feu D._____ était incapable de discernement lorsqu'elle a signé le formulaire d'accord pour patients privés et mi-privés le 19 juillet 2009.

E. 3.1

La capacité de discernement comporte deux éléments, l'un intellectuel, qui est la capacité d'apprécier le sens, l'opportunité et les effets d'un acte déterminé, l'autre volontaire ou caractériel, qui est la faculté d'agir librement en fonction de cette compréhension raisonnable, selon la libre volonté du sujet. La capacité de discernement est relative; elle ne doit pas être appréciée dans l'abstrait, mais concrètement, par rapport à un acte déterminé, en fonction de sa nature et de son importance, et les facultés nécessaires doivent être présentes au moment de l'acte (TF 4A_270/2010 du 21 janvier 2011 c. 4.1; ATF 134 II 235 c. 4.3.2). Le droit suisse ne connaît pas, en ce qui concerne la capacité de faire des actes juridiques, la notion de capacité (ou d'incapacité) restreinte : ou bien un contrat est valable ou bien il ne l'est pas (ATF 111 V 58; ATF 117 II 231). Une personne n'est privée de discernement que si sa faculté d'agir raisonnablement est altérée, en partie du moins, par l'une des causes énumérées à l'art. 16 CC, à savoir la maladie mentale, l'ivresse, la faiblesse d'esprit ou une autre altération semblable de la pensée, à savoir des états anormaux

suffisamment graves pour avoir, dans le cas particulier et le secteur d'activité en cause, effectivement altéré la faculté d'agir raisonnablement (TF 4A_270/2010 du 21 janvier 2011 c. 4.1). En relation avec la règle générale sur le fardeau de la preuve consacrée par l'art. 8 CC, l'art. 16 CC institue une présomption légale en faveur de la capacité de discernement (ATF 134 II 235 c. 4.3.3; ATF 124 III 5 c. 1b). Cette présomption n'existe toutefois que s'il n'y a pas de raison générale de mettre en doute la capacité de discernement de la personne concernée (Steinauer/Fountoulakis, Droit des personnes physiques et de la protection de l'adulte, Berne 2014, n. 103 pp. 34 s), ce qui est le cas des adultes qui ne sont pas atteints de maladie mentale ou de faiblesse d'esprit (ATF 134 II 235 c. 4.3.3).

E. 3.2

En l'espèce, l'autorité de première instance a considéré que feu D. _____ avait la capacité de discernement lorsqu'elle avait signé le formulaire d'accord pour patients privés et mi-privés, choisissant ainsi non seulement une chambre à un lit, mais également le médecin cadre responsable lors de son séjour. Le premier juge a notamment relevé que D. _____ avait été hospitalisée à de nombreuses reprises avant le 19 juillet 2009 et qu'elle avait déjà signé le formulaire litigieux lors de ses précédentes admissions. Elle était de surcroît accompagnée lors de son admission par son ami et avait fait instrumenter, quelques jours plus tard, un testament en faveur de ce dernier. L'appelant n'apporte pas d'élément susceptible de remettre en cause cette appréciation. Il ressort en effet des différents rapports médicaux évoqués ci-dessus (ch. 2 supra) que D. _____ a été admise au Y. _____ en raison d'une altération de son état général à la suite d'une « reprise de la consommation éthylique » au cours des semaines précédentes (pièce 111). S'il n'est pas contesté que D. _____ avait recommencé à consommer de l'alcool, il n'est en revanche pas établi qu'elle prenait encore son traitement d'Antabuse lorsqu'elle a été admise au Y. _____ en juillet 2009, de sorte qu'on ignore si elle souffrait des effets provoqués par le mélange de ce médicament avec l'alcool (cf. notamment rapport d'hospitalisation du 20 juillet 2009, pièce 104). En outre, bien que le rapport médical établi le 23 juillet 2009 fasse état d'altérations de son état de conscience, rien n'indique que tel aurait été le cas lors de son admission le 19 juillet 2009. Les propos que lui prêtent les différents médecins l'ayant examinée à tour de rôle semblent cohérents puisqu'à chaque fois, D. _____ a expliqué qu'elle était veuve, vivait avec son ami architecte et avait consommé de l'alcool en l'absence de celui-ci durant les semaines précédentes. Par ailleurs, la capacité de discernement devant être appréciée à l'aune de l'acte concerné, c'est à juste titre que le premier juge a relevé, au nombre des circonstances déterminantes, le fait que D. _____ avait été hospitalisée à plusieurs reprises auparavant et connaissait bien le formulaire d'accord pour patients privés et mi-privés, qu'elle avait déjà eu l'occasion de remplir et de signer lors de ses précédents séjours (cf. pièces 21 et 22). En outre, les différents témoins entendus, notamment le notaire chargé d'instrumenter le testament de l'intéressée, ont confirmé que D. _____ était parfaitement capable de discernement lorsqu'ils lui ont rendu visite. Compte tenu de ces témoignages et des pièces du dossier médical (pièce 151), il apparaît que durant son séjour du 19 juillet au 7 août 2009, D. _____ est passée par différents états de conscience. Aucun élément n'établit en revanche qu'au moment de signer le formulaire litigieux, elle aurait été incapable de saisir la portée de ses actes. A cet égard, le fait qu'elle ait indiqué correctement, sur ce document, le nom du médecin chargé de son suivi, à savoir le Dr [...], semble contradictoire avec cette dernière hypothèse. L'argument selon lequel « une fois sa capacité de discernement recouvrée et toutes les informations en sa possession, [D. _____] [aurait] pris la décision de quitter la division privée » (ch. 23

appel), n'est du reste pas établi. Selon la pièce 111, la patiente a été reclassée en lit B le 7 août 2009 dans l'attente d'une place dans l'unité de soins palliatifs à l'hôpital de [...]. Conformément aux informations ressortant du formulaire d'information mentionné ci-dessus (cf. ch. 2 supra), il apparaît ainsi que dès le 7 août 2009, l'intimé a considéré que l'état de la patiente ne nécessitait plus une hospitalisation en soins aigus (lit A) mais pouvait se poursuivre par une suite de traitement ou réadaptation en lit B. Rien n'indique en revanche que l'intéressée aurait demandé à être transférée dans une division commune. Lorsque le Dr [...] l'a examinée le 24 juillet 2009 – soit lorsqu'elle a été installée dans une chambre privée après avoir été soignée aux urgences et dans les soins continus – D._____ n'a d'ailleurs pas exprimé de doléances particulières (cf. pièce 109). Enfin, quand bien même l'appelant aurait été le curateur de D._____ au sens des art. 392 ss aCC, ce qui ne ressort pas des pièces du dossier, cette dernière conservait l'exercice de ses droits civils (art. 417 al. 1 aCC) et avait donc, à défaut de preuve du contraire, la faculté de signer le formulaire en question. Quoi qu'il en soit, la présence même de l'appelant aux côtés de D._____ lors de son admission suffit à retenir que cette dernière bénéficiait de son assistance. Au vu de ce qui précède, le grief de l'appelant doit être rejeté.

E. 4

L'appelant fait ensuite valoir que le contrat entre D._____ et l'intimé n'aurait pas été valablement conclu, car elle ne se serait jamais engagée à payer elle-même les frais d'une hospitalisation privée. Par ailleurs, D._____ n'aurait pas été suffisamment renseignée quant aux coûts de cette prestation et aurait d'emblée renoncé à la division privée si elle en avait connu le prix. L'appelant en veut pour preuve le fait que D._____ aurait demandé à intégrer une division ordinaire le 7 août 2009, après avoir pris conscience du problème de prise en charge.

E. 4.1

Les contrats du domaine médical sont une expression générique visant tous ceux qui ont pour objet des services par lesquels sont fournis des soins, qu'ils soient physiques ou psychiques (Tercier/Favre, *Les contrats spéciaux*, 4 e éd., Zürich 2009, n. 5389). Il n'existe pas de règles spéciales relatives aux contrats médicaux, raison pour laquelle on leur applique les règles du mandat (ATF 132 III 359 c. 3.1, JT 2006 I 295; Tercier/Favre, op. cit., n. 5396). En dehors du devoir de ne faire que les prestations convenues, soit de ne procéder qu'aux traitements et actes que le patient a acceptés, sauf exceptions, et du devoir de confidentialité, le prestataire de soins médicaux est tenu par le devoir d'information et par le devoir de respecter les règles de l'art (Tercier/Favre, op. cit., nn. 5406 ss; CACI 27 mars 2014/161 c. 3b/aa).

E. 4.1.1

Aux termes de l'art. 1 al. 1 CO (Code des obligations du 30 mars 1911, RS 220), le contrat est parfait lorsque les parties ont, réciproquement et d'une manière concordante, manifesté leur volonté. Cette manifestation peut être expresse ou tacite (art. 1 al. 2 CO). Les parties sont liées dès l'instant où elles se sont mises d'accord sur l'ensemble des points objectivement et subjectivement essentiels (art. 2 al. 1 CO). Si les parties réservent l'un ou l'autre points essentiels à un accord ultérieur, le contrat ne viendra à chef qu'à ce moment-là (ATF 127 III 248 c. 3e). Le contrat de mandat est conclu selon les règles générales applicables à la conclusion de tout contrat : il suppose une manifestation de volonté, expresse ou tacite, réciproque et concordante des parties (art. 1 CO). En application du

principe de la liberté contractuelle, les parties sont en principe libres de conclure un mandat. Toutefois, dans certains cas où l'intérêt public l'exige, le mandataire peut avoir l'obligation de contracter. Il en est ainsi lorsqu'une norme de droit public prévoit cette obligation de contracter (p. ex. défense d'office), ou lorsque le refus de contracter constitue une violation des droits de la personnalité ou des mœurs (p. ex. médecine d'urgence, droit des cartels) (Werro, Commentaire romand, Code des obligations I, 2 e éd., Bâle 2012, n. 7 ad art. 395 CO).

E. 4.1.2

Une rémunération est due au mandataire si la convention ou l'usage lui en assure une (art. 398 al. 3 CO), ce qui est notamment le cas lorsque l'affaire traitée ou le service rendu le sont à titre professionnel (TF 4D_2/2008 du 28 mars 2008 c. 2.4; ATF 82 IV 145 c. 2a, JT 1957 IV 71). La créance d'honoraires est fondée sur la convention des parties (et non pas l'exécution correcte du mandat). Cette convention peut intervenir soit au moment de la conclusion du contrat, soit postérieurement à celle-ci. Il appartient au mandataire de prouver l'existence de la convention de rémunération (Werro, op. cit., nn. 39 s ad art. 394 CO).

E. 4.2

L'art. 42 al. 1 et 2 LAMal (loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994, RS 832.10) prévoit que, sauf convention contraire entre assureurs et fournisseurs de prestations, l'assuré est le débiteur de la rémunération envers le fournisseur de prestations. L'assuré a, dans ce cas, le droit d'être remboursé par son assureur (système du tiers garant). Le système du tiers payant (par opposition au système du tiers garant) est prévu à l'art. 42 al. 2 LAMal, selon lequel assureurs et fournisseurs de prestations peuvent convenir que l'assureur est le débiteur de la rémunération. Il s'agit d'une forme de reprise de dette contractuelle de l'assureur vis-à-vis du fournisseur de prestations, qui a pour effet de libérer l'assuré de sa dette à l'égard de ce dernier (ATF 132 V 18 c. 5.2). Dans ce système, l'assuré envoie les factures à son assureur ou ce dernier les reçoit directement du fournisseur de prestations. L'assureur est alors tenu d'indemniser la personne qui fournit les prestations. L'assureur est le débiteur direct du fournisseur. Ce système est particulièrement avantageux pour le patient lorsque les montants à payer sont élevés, comme en cas d'hospitalisation ou pour les assurés qui font régulièrement appel aux services des pharmaciens, surtout pour la délivrance de médicaments coûteux. En cas de traitement hospitalier notamment, les conventions tarifaires prévoient, en règle ordinaire, un système de tiers payant conditionnel afin de permettre à l'assureur de vérifier si toutes les conditions d'une prise en charge par l'assurance-maladie obligatoire sont remplies: l'assureur dispose d'un certain délai, fixé dans la convention, pour signifier son refus de rembourser directement au fournisseur une prestation, si les conditions requises ne sont pas remplies (ATF 132 V 18 c. 5.2).

E. 4.3

En l'espèce, il n'est pas contesté que le contrat conclu entre D. _____ et l'intimé relève du contrat de mandat. Les parties ont convenu d'une rémunération du mandataire basée sur le formulaire d'accord pour patients privés et mi-privés, que D. _____ a signé lors de son admission le 19 juillet 2009. Comme mentionné supra (ch. 2), avant l'espace réservé à la signature, ce document comprend le passage suivant, mis en évidence : « Le ou la soussigné ou son représentant certifie avoir pris connaissance de ce qui précède, du règlement, du tarif et du devis et du barème des dépôts de garantie, et s'engage à les respecter. Il commande

contre paiement sous sa responsabilité les catégories de prestations complémentaires cochées dans ce formulaire. Il admet notamment que les prestations complémentaires liées au choix du médecin sont facturées dès le 1^{er} jour d'hospitalisation ». D. _____ a rempli la deuxième rubrique du formulaire, réservée aux patients souhaitant séjourner en chambre privée ou mi-privée et bénéficiant d'une assurance complémentaire couvrant ces prestations. Comme le relève l'appelant, elle n'a pas rempli la troisième rubrique, puisque celle-ci était réservée aux patients déclarant assumer eux-mêmes leurs frais d'hospitalisation. D. _____ ayant souscrit une assurance complémentaire privée, elle escomptait sans doute que celle-ci prendrait en charge les frais correspondant. Contrairement à ce que semble soutenir l'appelant, le fait que l'assurance ait finalement refusé d'entrer en matière, au motif que l'hospitalisation en question appartenait aux risques exclus, n'a pas de conséquence sur la validité du contrat conclu entre D. _____ et l'intimé. En effet, dans la mesure où la V. _____ a refusé la prise en charge – ce qui ne paraît pas avoir été contesté auprès de cette compagnie – D. _____ est redevenue la débitrice des honoraires de l'intimé. A suivre l'appelant, D. _____ ne se serait jamais engagée à payer elle-même les frais de son hospitalisation et ne devrait en conséquence rien à l'intimé. Or, un tel raisonnement reviendrait à exiger que chaque patient souhaitant être hospitalisé en division privée/mi-privée et indiquant bénéficiant d'une assurance complémentaire couvrant ces prestations coche simultanément la case « le patient assume lui-même les frais d'hospitalisation », faute de quoi l'hôpital ne pourrait lui facturer les prestations correspondantes en cas de refus de l'assurance de les prendre en charge. En outre, comme cela a été relevé ci-dessus, il n'est pas établi que D. _____ aurait demandé à changer de chambre le 7 août 2009, après avoir réalisé qu'il existait un problème de prise en charge (cf. c. 3.2 supra). Par ailleurs, il ressort des pièces du dossier qu'elle avait déjà assumé personnellement certains frais non pris en charge par son assurance complémentaire (cf. pièce 23). L'appelant n'établit pas en quoi l'intimé aurait violé son devoir d'information en soumettant à D. _____ le formulaire précité pour signature, ni pour quelle raison le contrat de mandat ne serait pas venu à chef. Enfin, l'intimé a démontré qu'il avait obtenu, le 29 juillet 2009, la garantie de prise en charge de la V. _____ (pièce 20), de sorte qu'aucune négligence ne peut lui être reprochée à cet égard.

E. 5

L'appelant conteste enfin la quotité de la facture elle-même. Il fait valoir qu'il n'existerait aucune explication permettant de justifier la différence de 2'368 fr. 05 selon que le destinataire de la facture est la V. _____ (pièce 5) ou D. _____ (pièce 2). La facture de 7'187 fr. 05, payée par l'assurance de base pour les mêmes prestations, devrait en outre être déduite des frais facturés à titre d'hospitalisation privée. Enfin, le forfait facturé, représentant plus de la moitié de la facture, aurait dû être adapté en fonction de la durée effective du séjour.

E. 5.1

Le canton de Vaud utilise un système de rémunération des hôpitaux basé sur une classification de type DRG (« Diagnosis Related Groups », en français : groupe de pathologie par diagnostic), en l'occurrence le système APDRG (« All Patients Diagnosis Related Groups »). Selon le Conseil fédéral, les forfaits liés aux prestations, qui ont été introduits de longue date dans certains cantons, tel que le canton de Vaud, permettent de mieux prendre en compte la réalité des coûts des prestations des hôpitaux que ne le feraient d'autres systèmes de rémunération comme, par exemple, les forfaits journaliers (Rapport du

Conseil fédéral sur l'introduction des forfaits liés à la prestation, état de la mise en œuvre et expériences dans les cantons et à l'étranger en réponse au postulat 09.3061 [...] du 5 mars 2009, pp. 3 et 12). Selon le système APDRG, les durées des hospitalisations classées dans un DRG donné permettent de calculer quatre valeurs fondamentales : une borne inférieure des durées de séjour (LTP : « low trim point »), deux bornes supérieures des durées de séjour (HTP1 et HTP2 : « high trim point » 1 et 2) et une durée moyenne de séjour (ALOS : « average length of stay »). Les hospitalisations dont la durée est comprise entre les bornes LTP et HTP1 sont appelées « inliers », celles dont la durée est inférieure à la borne LTP sont appelées « low outliers », celles dont la durée est supérieure à la borne HTP1 et inférieure ou égale à la borne HTP2 sont appelées « high outliers » et celles dont la durée est supérieure à la borne HTP2 « very high outliers ». Dans les hôpitaux universitaires, la proportion d'hospitalisations « inliers » est de 74,7% tandis que celle de « low outliers » est de 18,9 % (Cost-Weights Version 6.0, décembre 2008, ch. 1.3.1 p. 2 et ch. 2 p. 6 [document dans la fourre verte]). Les tarifs non conventionnels ambulatoires et d'hospitalisation pour l'année 2009 (pièce 8) se réfèrent à la version 6.0 des cost-weights, dont l'intimé a produit un extrait comprenant le cost-weight applicable à la pathologie de l'intéressée (pièce 25).

E. 5.2

L'art. 44 al. 1 LAMal prévoit que 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 loi (protection tarifaire). Comme l'indique expressément cette disposition, et l'a précisé le Tribunal fédéral dans son arrêt 2P.25/2000 du 12 novembre 2002 (c. 8.3), la protection tarifaire est limitée aux prestations de soins accordées selon la LAMal, pour lesquelles une facturation supplémentaire est exclue. Cette protection s'adresse à l'assuré en tant que débiteur des coûts des soins, comme à son assureur en sa qualité de tiers garant. A contrario, les prestations qui ne tombent pas sous le coup de l'assurance obligatoire ne bénéficient pas de la protection tarifaire. Ainsi, celle-ci ne s'étend pas notamment aux rapports avec des patients privés, aux assurances complémentaires qui couvrent des prestations non comprises dans le tarif (TF 9C_627/2010 du 3 octobre 2011 c. 3.2). S'agissant de prestations qui ne tombent pas sous le coup de la loi sur l'assurance-maladie, le fournisseur est en principe libre d'en déterminer le prix ou de les facturer hors tarif (TF 9C_627/2010 du 3 octobre 2011 c. 3.2; ATF 129 I 346 c. 3.2; Eugster, *Krankenversicherung*, in Koller/Müller/Rhinow/Zimmerli, *Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit*, 2 e éd. 2007, nn. 975 ss). Le Message du Conseil fédéral du 15 septembre 2004 concernant la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (financement hospitalier) confirme que les prestations devant être couvertes par une assurance complémentaire, telles qu'un confort accru pour un séjour dans une chambre à un ou deux lits et le libre choix du médecin à l'hôpital, ne sont pas des prestations au sens de la LAMal (FF 2004 5207, spéc. 5223).

E. 5.3

Aux termes de l'art. 8 CC (Code civil suisse du 10 décembre 1907, RS 210), chaque partie doit, si la loi ne prescrit pas le contraire, prouver les faits qu'elle allègue pour en déduire son droit. Un fait est établi si le juge est convaincu de sa véracité. Il doit être convaincu de l'existence d'un fait selon des critères objectifs. La réalité du fait n'a cependant pas à être certaine; il suffit que des doutes éventuels apparaissent comme insignifiants. En revanche, il ne suffit pas qu'il soit hautement vraisemblable que le fait allégué se soit produit (ATF 128

III 271 c. 2b, JT 2003 I 606).

E. 5.4

En l'espèce, la facture litigieuse se compose de trois montants distincts, à savoir : - séjour hospitalier, cost-weight standard : 1'075 fr. (valeur du point) x 1.610 (cost-weight) = 1'730 fr. 75; - prestations des médecins cadre et organisation du séjour : 6'500 fr. (valeur du point) x 1.610 (cost-weight) = 10'465 fr.; - chambre à un lit privé : 350 fr. x 15 jours = 5'250 fr. L'intimé a produit en temps utile les pièces permettant de vérifier la conformité des honoraires réclamés avec les tarifs applicables. Ainsi, selon la pièce 25, le cost-weight de D._____ est de 1.610, ce qui correspond au DRG 557 : affection hépatobiliaire ou du pancréas. La valeur du point, quant à elle, ressort des tarifs non conventionnels ambulatoires et d'hospitalisation pour l'année 2009 (pièce 8, p. 3). S'agissant des prestations complémentaires en matière de soins somatiques aigus, la part à la charge du patient pour les prestations de base est de 1'075 fr. et celle de l'Etat de 4'464 fr. (total : 10'003 francs). L'assurance de base B._____ s'est bien acquittée de sa part, puisqu'elle a réglé un montant de 7'187 fr. 05 (4'464 x le cost-weight de 1.610 [pièce 1]). Il n'y a dès lors pas lieu de déduire cette somme de la facture adressée à D._____. Le montant à la charge de cette dernière (1'075 fr.) doit également être multiplié par le cost-weight de 1.610 applicable à sa pathologie, ce qui revient au premier poste de la facture du 19 avril 2010 de 1'730 fr. 75 (pièce 2). Toujours selon le tarif non conventionnel, s'agissant des prestations complémentaires relatives au choix du médecin et à l'organisation du séjour, la part point APDRG « inlier » est de 6'500 fr., qu'il convient à nouveau de multiplier par le cost-weight de 1.610, ce qui correspond au deuxième montant facturé de 10'465 francs. Enfin, il n'est plus contesté que D._____ a bénéficié d'une chambre à un lit pendant quinze jours. Cette prestation complémentaire a été facturée 350 fr. par jour conformément au tarif précité (pièce 8), justifiant le troisième montant facturé de 5'250 fr. (350 fr. x 15). Le fait que les prestations en cause aient été refacturées à la patiente selon les tarifs non conventionnels (pièce 8) explique la différence entre les factures adressées à la V._____ et à D._____ (cf. pièces 2 et 5). A la lecture de ces documents, on constate que la valeur du point est identique seulement pour le séjour hospitalier (cost-weight standard – 1075 fr. x 1.610). En revanche, pour les prestations complémentaires (choix du médecin et supplément confort de la chambre à un lit), la valeur du point diffère. Ces dernières prestations étant exclues de la protection tarifaire de l'art. 44 al. 1 LAMal, la décision de l'intimé de facturer celles-ci à un montant supérieur au patient, conformément aux tarifs non conventionnels, ne paraît pas pouvoir être remise en cause (cf. c. 5.1.2 supra). Enfin, le système de facturation n'a pas fait apparaître, pour le séjour en question (20 jours dont 15 en chambre privée), un « outlier » (soit complément ou réduction relatif à la durée du séjour, cf. c. 5.1 supra). Selon les tarifs non conventionnels appliqués, le montant de 6'500 fr. correspond à un séjour « inlier », soit un séjour compris entre la borne inférieure (LTP) et la première borne supérieure (HTP1). L'appelant n'apporte pas d'élément susceptible de mettre en doute le classement du séjour de la patiente dans cette catégorie. En particulier, il n'explique pas en quoi le séjour de D._____ aurait été suffisamment court pour entrer dans la catégorie « low outlier » et, partant, justifier une réduction. Par conséquent, la facture litigieuse peut être confirmée tant dans son principe que dans sa quotité.

E. 6

Au vu de ce qui précède, l'appel doit être rejeté et le jugement entrepris confirmé. Les frais judiciaires, arrêtés à 774 fr. (art. 62 al. 1 TFJC [tarif des frais judiciaires civils du 28

septembre 2010, RSV 270.11.5]), sont mis à la charge de l'appelant, qui succombe (art. 106 al. 1 CPC). Vu l'issue du litige, l'appelant versera à l'intimé la somme de 2'500 fr. à titre de dépens de deuxième instance (art. 12 al. 1 TDC [tarif des dépens en matière civile du 23 novembre 2010, RSV 270.11.6]).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.