

Rathausgasse 1
3011 Berne
Telefon +41 (31) 633 79 20
Fax+41 (31) 633 79 09
www.gef.be.ch

11 G 45

DECISION SUR RECOURS du 20 août 2013

dans l'affaire

X

recourante



contre

Y

instance précédente

concernant la décision du Y du 14 octobre 2011

(frais de traitement et intérêts)

I. Exposé des faits

1. X (ci-après : la recourante) s'est blessée au pied gauche le 3 novembre 2009. Elle a été examinée et traitée le jour même en ambulatoire au service des urgences du Y (ci-après: l'instance précédente).

2. En date du 18 novembre 2009, l'instance précédente a adressé une facture de 374.70 francs directement à l'assurance A, caisse-maladie de la recourante, pour les soins d'urgence prodigués en ambulatoire suite à un accident. L'employeur mentionné («entreprise») est B / C.

3. Le 16 mars 2010, la recourante a annoncé l'accident à sa caisse-maladie A au moyen du formulaire d'assurance prévu à cet effet. Elle y indique avoir été au service de C au moment de l'accident. Dans un courrier du 25 novembre 2011, la caisse A, rejette son obligation de prestations envers l'instance précédente et exhorte celle-ci à adresser sa facture directement à l'assurance-accident de l'employeur de la recourante.

4. Le 23 juillet 2010, l'instance précédente facture directement à la recourante un montant de 407,90 francs pour le traitement ambulatoire du 3 novembre 2009, vu que l'accident n'avait pas été annoncé et que l'assurance-accident était inconnue.

Le 22 septembre 2010 et le 12 octobre 2010, l'instance précédente envoie un rappel à la recourante, selon les propres indications de celle-ci.

5. Le 8 novembre 2010, l'instance précédente dépose auprès de l'Office des poursuites de la commune de Bienne une réquisition de poursuite pour une créance de 407,90 francs, plus frais de recouvrement de 10 francs et intérêts moratoires de 5 % à compter du 22 août 2010. Le commandement de payer a été notifié le 13 janvier 2011 à la recourante, laquelle a formé le même jour opposition sans indication de motifs.

6. Par courrier recommandé du 29 août 2011, l'instance précédente a invité la recourante à retirer son opposition jusqu'au 30 septembre 2011 auprès de l'Office des poursuites et de verser sur son compte postal le montant de 407,90 francs, majoré d'un intérêt de 5 % (s'élevant à 22 francs), des frais du commandement de payer à hauteur de 30 francs, ainsi que des frais de recouvrement à hauteur de 10 francs.

7. Par décision du 14 octobre 2011, l'instance précédente ordonne à la recourante le paiement de 407,90 francs pour les frais de traitement du 3 novembre 2009, plus des intérêts moratoires de 5 % à compter du 23 août 2010. L'instance précédente a en outre prononcé la mainlevée de l'opposition formée par la recourante le 13 janvier 2011.

8. La recourante a déposé le 11 novembre 2011 un recours contre cette décision auprès de la Direction de la santé publique du canton de Berne (SAP). Elle demande en substance l'annulation de la décision attaquée, arguant principalement du fait que le paiement des frais de traitement dus incombe non pas à sa personne, mais à son employeur de l'époque. Celui-ci l'aurait informée que les frais en question devaient être pris en charge par son assurance contre les accidents professionnels, mais aurait manifestement omis d'entreprendre les démarches nécessaires auprès de son assurance.

L'Office juridique de la SAP, compétent pour instruire les recours pour la SAP¹, a invité l'instance précédente à lui remettre le dossier complet de l'affaire et a dirigé l'échange d'écritures.

9. Dans son mémoire de réponse du 15 décembre 2011, l'instance précédente demande en substance le rejet du recours. Elle fait valoir, pour l'essentiel, qu'elle n'avait connaissance ni de l'assurance-accidents de l'employeur ni d'un numéro d'assurance-accidents. Elle aurait engagé la recourante à faire le nécessaire auprès de son ancien employeur afin de compléter le dossier. A sa connaissance, l'assurance de l'employeur n'aurait cependant ouvert aucun dossier pour ce sinistre. Selon ses propres vérifications, l'employeur ne souhaitait pas signaler l'accident pour cause de problème avec son employée.

10. Dans sa prise de position du 20 mars 2013, la recourante a déclaré que son employeur de l'époque, B, s'était rendu le 3 novembre 2009 sur le lieu de l'accident 15 minutes après sa survenance, en compagnie de son comptable, D. Ce dernier aurait remis à sa place le pan de fenêtre qui était tombé sur le pied de la recourante. Ainsi, son employeur aurait été parfaitement au fait de l'accident.

Les écritures et les documents au dossier seront discutés, si besoin est, dans les considérants ci-après.

II. Considérants

1. Recevabilité du recours

a) La recourante conteste la décision rendue le 14 octobre 2011 par l'instance précédente. Cette dernière est un centre hospitalier régional (art. 10 LSH²) qui, en sa qualité de prestataire de soins au sens de l'art. 9, al. 4 LSH, contribue à la garantie des soins hospitaliers pour la population du canton de Berne (art. 1, al. 1 LSH) et assume de ce fait une mission d'ordre public³. Dans le domaine ambulatoire des soins somatiques aigus, elle exerçait aussi une fonction publique au moment des faits du 3 novembre 2009⁴. La relation de soins établie entre l'instance précédente et la recourante relève par conséquent du droit public⁵. L'instance précédente règle les rapports juridiques de droit public en rendant des décisions, à

¹ Article 10 de l'ordonnance du 29 novembre 2000 sur l'organisation et les tâches de la Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale (ordonnance d'organisation SAP ; RSB 152.221.121)

² Loi du 5 juin 2005 sur les soins hospitaliers du canton de Berne (LSH ; RSB 812.11)

³ Jugement non publié du Tribunal administratif, du 26 juin 2012 (100.2011.305)

⁴ Art. 23, al. 2, lit. b de l'ordonnance du 30 novembre 2005 sur les soins hospitaliers (OSH ; RSB 812.112), version en vigueur du 01.01.2010 – 31.12.2011 (aOSH) en relation avec point 2.1.4 du contrat de prestations conclu entre le canton de Berne et le Y du 13 et du 22 janvier 2009 resp. en vigueur du 1^{er} janvier au 31 décembre 2009.

⁵ Jugement non publié du Tribunal administratif du 26 juin 2012 (100.2011.305)

moins que la LSH y déroge (art. 49 LPJA⁶). En vertu de l'art. 62 LPJA, la décision rendue par l'instance précédente le 14 octobre 2011 peut faire l'objet d'un recours auprès de la SAP : celle-ci est donc compétente pour connaître du présent recours.

b) En sa qualité de destinataire de la décision, la recourante peut légitimement former recours (art. 65 LPJA).

c) Remplissant les conditions de forme et de délai requises selon l'art. 67 en corrélation avec l'art. 32 LPJA, le recours est recevable.

2. Droit applicable

Certaines bases juridiques pertinentes en l'espèce (LSH et OSH⁷) ont subi plusieurs modifications depuis que la décision attaquée a été rendue le 14 octobre 2011. Par conséquent, il se pose d'abord la question du droit applicable. Ce sont en premier lieu les dispositions transitoires de la législation pertinente qui déterminent dans quelle mesure le nouveau droit s'applique aux procédures pendantes. Sauf dispositions particulières, les règles générales du droit transitoire s'appliquent. Les principes du droit transitoire veulent que le nouveau droit ne déploie généralement pas d'effet juridique sur des faits survenus avant son entrée en vigueur⁸. Selon la pratique du Tribunal fédéral, la légalité d'une décision doit s'apprécier en principe d'après la situation juridique qui prévalait au moment où elle a été rendue, les modifications du droit intervenues ultérieurement n'entrant pas en ligne de compte⁹. Doivent s'appliquer aux procédures pendantes les dispositions qui étaient en vigueur au moment de la réalisation des faits. On se réfère ici aux faits qu'il s'agit d'apprécier juridiquement ou dont découlent des conséquences juridiques¹⁰. Les modifications législatives postérieures à la décision rendue en première instance ne doivent être prises en compte que lorsque la modification en question pourrait justifier aussi une révocation¹¹.

Dans le cas présent il s'agit d'apprécier la conformité au droit de la décision rendue le 14 octobre 2011. Pour traiter des aspects juridiques pertinents, il faut donc se reporter aux bases juridiques en vigueur à cette date.

5. Prétentions envers la recourante

⁶ Loi du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives (LPJA; RSB 155.21)

⁷ Ordonnance du 30 novembre 2005 sur les soins hospitaliers (OSH ; RSB 812.112)

⁸ Merkli/Aeschlimann/Herzog, Kommentar zum Gesetz über die Verwaltungsrechtspflege im Kanton Bern, 1997, art. 25 N 6 - 7

⁹ ATF 122 V 85, 89; ATF 112 Ib 39, 42 ss

¹⁰ ATF 130 V 329, 333; 129 V 1, 4

¹¹ Häfelin/Müller/Uhlmann, Allgemeines Verwaltungsrecht, Zürich 2010, Rz. 326 et 327

a) La question litigieuse à examiner ici consiste à savoir si c'est à bon droit que l'instance précédente a enjoint directement la recourante de régler la somme de 407,90 francs pour le traitement ambulatoire du 3 novembre 2009, avec paiement d'intérêts moratoires de 5 % à compter du 23 août 2010 et si la mainlevée de l'opposition formée par la recourante est légitime.

b) Le remboursement des prestations convenues est soumis aux dispositions du droit fédéral des assurances sociales et de la législation sur les soins hospitaliers (art. 31, al. 1 aOSH¹²). Les prestations fournies par les hôpitaux dans le domaine ambulatoire sont, sauf exception, intégralement rétribuées par les personnes soignées ou par des tiers payants (art. 38, al. 1 OSH), étant entendu que le terme de tiers payant désigne en particulier les assureurs-maladie¹³. Le contrat-cadre peut prévoir une réglementation divergente pour certaines prestations de spécialité (art. 38, al. 2 OSH).

c) Sont assurés à titre obligatoire contre les accidents tous les travailleurs occupés en Suisse (art. 1a, al. 1 LAA¹⁴). Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGGA¹⁵). Cette définition légale s'applique depuis le 1^{er} janvier 2003 également dans le domaine de l'assurance-accidents (art. 1 LAA). Est réputé travailleur quiconque exerce une activité lucrative dépendante au sens de la législation fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) (art. 1 OLAA¹⁶). Les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle (art. 6, al. 1 LAA). Sont réputés accidents professionnels les accidents dont est victime l'assuré lorsqu'il exécute de travaux sur ordre de son employeur ou dans son intérêt (art. 7, al. 1, lit. a LAA). Les travailleurs à temps partiel occupés chez un employeur au moins huit heures par semaine sont également assurés contre les accidents non professionnels (art. 13, al. 1 OLAA).

La recourante s'est blessée le 3 novembre 2009 au pied gauche en effectuant des travaux de nettoyage pour C. Voici comment elle décrit cet événement avéré: „*Un pan de fenêtre m'est tombé sur le pied gauche en les nettoyant*“. Il s'agit ici à l'évidence d'un accident au sens de l'art. 4 LPGGA.

¹² Version de l'ordonnance sur les soins hospitaliers en vigueur entre le 1^{er} janvier 2010 et le 31 décembre 2011, sous www.lexfind.ch/dtah/70159/FR/

¹³ Rapport de la Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne (SAP) au Conseil-exécutif concernant l'ordonnance sur les soins hospitaliers (OSH), p. 15 à propos de l'art. 38, sous: http://www.gef.be.ch/gef/fr/index/direktion/organisation/spa/rechtliche_grundlagen.assetref/content/dam/documents/GEF/RA/fr/ra_G_Vortrag_SpVV_f.pdf

¹⁴ Loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA ; RS 832.20)

¹⁵ Loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1)

¹⁶ Ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance accidents (OLAA ; RS 832.202)

L'instance précédente a joint à son mémoire de recours une copie du contrat de travail conclu le 1^{er} juillet 2009 entre la recourante et C ainsi que les fiches de salaires pour les mois d'août à novembre 2009. De ces documents, il ressort avec suffisamment de clarté qu'en date du 3 novembre 2009, des rapports de travail de durée indéterminée existaient entre la recourante et C, que d'août à novembre 2009, l'employeur a porté en déduction du salaire brut de la recourante une prime au titre de l'assurance-accidents obligatoire selon LAA (accidents non professionnels) et que la durée de travail mensuelle de la recourante se montait à 33 heures par mois entre août et novembre 2009.

Ces éléments recourent les indications que la recourante a fournies dans la déclaration d'accidents envoyée le 16 mars 2010 à son assurance-maladie A, où elle chiffre son temps de travail hebdomadaire à 8 heures, déclare l'existence d'une assurance-accidents obligatoire et renvoie à son employeur pour de plus amples renseignements concernant son assurance.

Au moment de l'accident, la recourante était donc salariée de C et à ce titre, elle était assurément une travailleuse au sens de l'art. 1a, al. 1 LAA. Occupée huit heures par semaine, elle était en outre assurée à la fois contre les accidents professionnels et les accidents non professionnels.

L'accident du 3 novembre 2009 s'est produit lors de travaux que la recourante exécutait sur ordre de son employeur. Il s'agit donc sans conteste d'un accident professionnel au sens de l'art. 7, al. 1, lit. a LAA, contre lequel la recourante, en sa qualité d'employée, devait être obligatoirement assurée par son employeur (art. 1a, al. 1 LAA) et qui lui ouvrait le droit à un traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 LAA).

d) Lorsqu'une personne est assurée dans le cadre de la LAA, les frais de traitement correspondants se calculent sur la base de la convention-cadre entre les assureurs au sens de la loi fédérale sur l'assurance-accidents et « H+ Les Hôpitaux de Suisse » conclue le 1^{er} octobre 2003 et entrée en force le 1^{er} janvier 2004 (ci-après: convention-cadre TarMed LAA)¹⁷, pour autant que le prestataire qui assure le traitement soit membre de « H+ Les Hôpitaux de Suisse » ou, à défaut, qu'il soit signataire de la convention-cadre TarMed LAA (art. 2, al. 1-3, et art. 5 convention-cadre TarMed LAA).

L'instance précédente est membre de « H+ Les Hôpitaux de Suisse »¹⁸ depuis le 5 décembre 2000. En conséquence, elle est subordonnée, pour les prestations ambulatoires en cas d'accidents au sens de la LAA, à la convention-cadre TarMed LAA.

¹⁷ www.hplus.ch/fileadmin/user_upload/Tarife___Preise/TARMED/UV_IV_MV_-_Bereich/Convention-cadre_TARMED_Hplus_MTK.pdf

¹⁸ http://www.hplus.ch/fr/servicenav/portrait/membres/liste_des_membres/nocache/1/view/single/ru/14/

e) Pour les prestations en nature telles que les traitements (art. 14 LPGA), la compensation du dommage par l'assurance s'opère soit selon le principe des prestations en nature soit selon le principe du remboursement des frais¹⁹. Le principe des prestations en nature fait de l'assureur le débiteur direct du prestataire de soins. L'assureur règle directement la facture du prestataire et agit ce faisant en tant que tiers payant²⁰. La personne assurée n'a alors pas à s'occuper du paiement de cette prestation²¹. Le principe des prestations en nature est usuel dans l'AI, l'AA et l'AM²², ce qui signifie que ces assurances fournissent des prestations en nature et sont redevables vis-à-vis des prestataires²³. Lorsque s'applique le principe du remboursement des frais, il existe une relation juridique directe entre le fournisseur et le bénéficiaire des prestations au sens où l'assuré est alors débiteur du prestataire. L'assureur rembourse ensuite les frais à l'assuré; il est un tiers garant, ce qui dit que la personne assurée est fondée à réclamer auprès de l'assurance le remboursement des frais dont elle s'est préalablement acquittée²⁴.

Dans le cas présent, il a été opté à l'art. 9, al. 1 de convention-cadre TarMed LAA pour le système de remboursement dit du tiers payant (principe des prestations en nature) qui veut que l'assureur soit le débiteur de la rémunération des prestations TARMED facturées. L'hôpital établit sa facture une fois le traitement terminé (art. 9, al. 3 convention-cadre TarMed LAA) et les assureurs s'engagent à la régler dans les 30 jours pour autant qu'ils soient en possession des documents nécessaires et que l'obligation de paiement soit donnée (art. 9, al. 5 convention-cadre TarMed LAA).

Avec une convention tarifaire prévoyant le système du tiers payant, il est stipulé une prise en charge globale de la dette par l'assureur. En conséquence, la personne assurée est d'emblée libérée de la dette envers le prestataire de soins, de sorte qu'elle ne peut être tenue de payer un intérêt moratoire en lien avec la facture²⁵. Dans le cas présent, l'instance précédente aurait dû facturer ses prestations directement à l'assurance-accidents de la recourante, au lieu de quoi elle a d'abord adressé sa facture à la caisse-maladie de celle-ci, A. L'obligation de prestations de l'assurance obligatoire des soins (AOS) en cas d'accident (art. 28 en corrélation avec art. 1, lit. b LAMal²⁶) ne concerne cependant que les cas où la victime de l'accident n'est pas soumise à l'obligation d'assurance pour les travailleurs selon la LAA et n'a pas conclu d'assurance-accidents. Comme mentionné plus haut, la recourante était bel et bien soumise à l'obligation d'assurance selon la LAA (art. 1a LAA). Après que la caisse A a réfuté à raison

¹⁹ Gabriela Riemer-Kafka, Schweizerisches Sozialversicherungsrecht, Bern 2012, Rz. 5.20 s.

²⁰ Riemer-Kafka, loc. cit., N 5.23

²¹ Ueli Kieser, commentaire sur la LPGA, Zurich 2009, N 10 concernant l'art. 14 LPGA

²² Riemer-Kafka, loc. cit., N 5.24

²³ Riemer-Kafka, loc. cit., Rz. 5.70

²⁴ Riemer-Kafka, loc. cit., N 5.25.

²⁵ ATF 9C_354/2012 du 6 février 2013, E. 3.2.3; Gebhard Eugster, Krankenversicherung, in: Soziale Sicherheit, SBVR Bd. XIV, 2. Aufl. 2007, S. 732 Rz. 986

²⁶ Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal ; SR 832.10)

son obligation de prise en charge, l'instance précédente a facturé ses prestations directement à la recourante. Elle justifie le procédé par le fait que l'assurance-accidents de la recourante lui était inconnue et qu'elle avait invité la recourante à signaler l'accident à son employeur.

f) Le travailleur assuré doit aviser sans retard son employeur ou l'assureur de tout accident qui nécessite un traitement médical ou provoque une incapacité de travail (art. 45, al. 1 LAA). L'employeur doit, de son côté, aviser sans retard l'assureur dès qu'il apprend qu'un assuré de son entreprise a été victime d'un accident qui nécessite un traitement médical (art. 45, al. 2 LAA). Dans sa prise de position du 20 mars 2013, la recourante a indiqué, peu de temps après l'accident, que son employeur de l'époque s'était rendu sur le lieu du sinistre accompagné de son comptable et qu'il avait de fait amplement connaissance de l'accident. Aucune communication dudit employeur à une assurance-accidents ne figure pourtant dans le dossier, bien que C ait été sommé, par décision de la SAP du 27 février 2013, de fournir des renseignements à ce propos et d'apporter les preuves correspondantes. Ces éléments coïncident avec les indications fournies par l'instance précédente dans son mémoire de réponse du 15 décembre 2011, selon lesquelles l'employeur n'avait pas souhaité annoncer l'accident en raison de problème avec l'employée. Sur la base du dossier, on peut admettre que la recourante a respecté ses obligations de déclaration selon l'art. 45, al. 1 LAA et que son employeur était informé de l'accident dont elle a été victime ainsi que du traitement médical reçu, mais qu'il n'a malgré tout pas annoncé le sinistre à une assurance-accidents. Le manquement éventuel à l'obligation de déclaration (art. 45, al. 2 LAA) de l'employeur de la recourante et la question de savoir si celui-ci avait réellement conclu une assurance-accidents ne font toutefois pas l'objet de la présente procédure. Il s'agit ici d'examiner si l'instance précédente était légitimée à facturer ses prestations directement à la recourante.

g) Si un travailleur soumis à l'assurance obligatoire n'est pas assuré au moment où survient un accident et si la SUVA n'est pas compétente pour son assurance, la caisse supplétive lui alloue les prestations légales d'assurance (art. 59, al. 3 et art. 73, al. 1 LAA).

La LAA garantit ainsi qu'un travailleur victime d'un accident reçoit quoi qu'il en soit les prestations légales, même si, par négligence ou à dessein, l'employeur n'a pas rempli son obligation d'assurance. Dans l'assurance obligatoire, le non-paiement de la prime n'a aucune influence sur le maintien de l'assurance. Les travailleurs restent en principe assurés²⁷. La caisse supplétive sert à prévenir les lacunes d'assurance et tient lieu de dispositif de secours²⁸. En l'absence d'une assurance-accidents, le sinistre doit être annoncé à la caisse supplétive. Celle-ci contrôle alors d'abord auprès de l'employeur de la victime de l'accident si l'assurance obligatoire existe, par l'effet de la loi, à la SUVA ou, en vertu d'un contrat, chez l'un des autres

²⁷ Guide de l'assurance-accidents obligatoire LAA, 3^e version, juin 2004, p. 88 sous www.svv.ch/sites/default/files/document/file/svv_f_ok.pdf.

²⁸ Gabriela Riemer-Kafka, loc. cit., S. 305, Rz. 6.64

assureurs (art. 2.1 du règlement administratif de la caisse supplétive²⁹). Si la SUVA n'a pas compétence de traiter le sinistre et qu'il n'existe aucune assurance chez un assureur désigné à l'art. 68 LAA, la caisse supplétive fait savoir à la victime de l'accident ou aux ayants droit que c'est elle, sur la base de l'art. 73 LAA, qui s'occupe du sinistre et sert les prestations légales d'assurance, une fois établi que toutes les conditions sont réunies (art. 2.2 du règlement administratif de la caisse supplétive). La caisse supplétive somme l'employeur négligent, par écrit, de demander dans les 14 jours l'assurance obligatoire à un assureur désigné selon l'art. 68 LAA et de lui communiquer le nom de cet assureur dans les mêmes délais.

Employée d'une entreprise de nettoyage, la recourante ne devait, en l'espèce, pas être assurée à la SUVA (art. 66, al. 1 LAA). Quant à savoir si une assurance était conclue auprès d'un assureur désigné selon l'art. 68 LAA, cela demeure inconnu à ce jour. En tout état de cause, les prestations d'assurances légales n'ont pas été fournies jusqu'à présent. Le sinistre aurait donc dû être annoncé auprès de la caisse supplétive, laquelle aurait d'abord vérifié auprès de l'ancien employeur de la recourante si celui-ci avait conclu l'assurance obligatoire. En cas de réponse négative, la caisse aurait fourni les prestations d'assurances prévues par la loi, autrement dit, elle aurait réglé les frais de traitement de la recourante auprès de l'instance précédente.

h) L'instance précédente part visiblement du principe que la non-existence ou le manque de connaissance d'une assurance-accidents obligatoire a pour effet de modifier le système de remboursement, c'est-à-dire un changement du système du tiers payant convenu dans le cas présent au système du tiers garant, où l'assuré devient débiteur du prestataire. Le point de vue de l'instance précédente ne saurait être retenu.

Dans le système de remboursement des frais dit du tiers payant, les frais de traitement sont facturés directement à l'assureur et non pas à l'assuré. Si l'employeur de la recourante, que la loi contraint de s'affilier à une assurance, manque à ses obligations, il ne peut y avoir de lacune dans la couverture d'assurance de la personne assurée, si bien que c'est la caisse supplétive qui remplace l'assurance-accidents obligatoire généralement compétente. Le même principe doit s'appliquer lorsque l'employeur refuse, comme dans le cas présent, de fournir des informations concernant l'assurance-accidents et la déclaration de sinistre de sorte que l'assurance-accidents demeure inconnue. Pour éviter toute lacune dans la protection d'assurance, la caisse supplétive a dans les deux cas pour rôle de fournir sans difficulté les prestations prévues par la loi, c'est-à-dire de couvrir les frais de traitement de l'instance précédente (art. 10, al. 1, lit. c LAA).

Le système des prestations en nature dit du tiers payant que prévoit la convention-cadre TarMed LAA, doit aussi s'appliquer lorsque la caisse supplétive intervient en lieu et place de

²⁹ Edition 2008.1, sous: www.ersatzkasse.ch/fr/reglement/

l'assurance-accidents obligatoire pour fournir les prestations légales. Le passage au système du tiers garant aurait pour effet une position moins favorable pour la personne assurée, en faisant de celle-ci la débitrice du prestataire à qui il incombe de régler en premier les frais de traitement. Dans ce cas de figure, ce serait à la personne assurée de supporter les conséquences lorsqu'un employeur s'abstient de s'affilier à une assurance obligatoire, ce qui va à l'encontre de l'objectif de la caisse supplétive, qui, précisément, consiste à intervenir dans pareille situation pour éviter de nuire à la personne assurée.

Par conséquent, le système du tiers payant convenu dans la convention-cadre TarMed est maintenu, ce qui revient à dire que l'instance précédente aurait dû se tourner vers la caisse supplétive. Elle aurait dû envoyer la facture des frais de traitement à la caisse supplétive plutôt qu'à la recourante, car c'est cette caisse et non pas l'assuré qui est débiteur des frais de traitement.

Le recours est donc recevable et la décision attaquée est annulée. Par souci de clarté, il convient de préciser qu'en présence d'un tel résultat, l'opposition formée par la recourante contre la poursuite n° 00000000 de l'Office des poursuites de Bienne est maintenue

6. Coûts

a) Les frais de procédure, qui consistent en un émolument forfaitaire (art. 103, al. 1 LPJA), sont mis à la charge de la partie qui succombe, à moins que le comportement d'une partie au cours de la procédure permette une répartition différente ou qu'il soit justifié par des circonstances particulières de ne pas percevoir de frais (art. 108, al. 1 LPJA).

Dans le cas présent, l'instance précédente est la partie qui succombe. Des frais de procédure ne pouvant pas être mis à sa charge (art. 108, al. 2 LPJA), il ne sera pas perçu de frais de procédure.

b) La partie qui succombe doit payer les dépens de la partie adverse, à moins que le comportement de cette dernière au cours de la procédure ou des circonstances particulières justifient une autre répartition ou la compensation des dépens, ou encore qu'ils ne doivent être mis à la charge de la collectivité (art. 108, al. 3 LPJA). Les dépens comprennent les frais découlant de la représentation par un mandataire professionnel (art. 104, al. 1 LPJA). La recourante n'étant pas défendue par un avocat, il n'y a pas lieu de lui allouer de dépens.

III. Dispositif

1. Le recours est admis et la décision du 14 octobre 2011 est annulée. L'affaire est renvoyée à l'instance précédente pour qu'elle rende une nouvelle décision.
2. Il n'est pas perçu de frais de procédure.
3. Il n'est pas alloué de dépens.

IV. A notifier

- à la recourante, par acte judiciaire
- à l'instance précédente, par acte judiciaire

LE DIRECTEUR DE LA
SANTÉ PUBLIQUE ET DE LA
PRÉVOYANCE SOCIALE :

Philippe Perrenoud
Regierungsrat

Indication des voies de droit

La présente décision peut, dans les 30 jours à compter de sa notification, faire l'objet d'un recours de droit administratif déposé par écrit devant le Tribunal administratif du canton de Berne, Cour des affaires de langue française, Speichergasse 12, 3011 Berne. Le recours doit être produit en deux exemplaires au moins. Il doit contenir les conclusions, l'indication des faits, les moyens de preuve et les motifs et porter une signature ; la décision contestée et les moyens de preuve disponibles seront joints.