

COUR DE CASSATION

Audience publique du **31 mai 2001**

Rejet

M. GOUGÉ, conseiller le plus ancien, faisant fonctions de
président

Arrêt n° 2358 F-D

Pourvoi n° R 99-20.489

REPUBLIQUE FRANCAISE

AU NOM DU PEUPLE FRANCAIS

LA COUR DE CASSATION, CHAMBRE SOCIALE, a rendu
l'arrêt suivant :

Sur le pourvoi formé par la Polyclinique Saint-Privat, dont le
siège est 46, avenue Enseigne Albertini, 34500 Béziers,

en cassation d'un arrêt rendu le 16 septembre 1999 par la cour d'appel de
Montpellier (chambre sociale), au profit de la SNCF Toulouse Caisse de
Prévoyance, dont le siège est 37, avenue de Lyon, 31500 Toulouse,

défenderesse à la cassation ;

La demanderesse invoque, à l'appui de son pourvoi, les deux
moyens de cassation annexés au présent arrêt ;

LA COUR, en l'audience publique du 30 mars 2001, où étaient
présents : M. Gougé, conseiller le plus ancien, faisant fonctions de
président, M. Leblanc, conseiller référendaire rapporteur, MM. Thavaud,
Duffau, conseillers, Mme Guilguet-Pauthé, conseiller référendaire,
Mme Barrairon, avocat général, M. Richard, greffier de chambre ;

ne osent

Sur le rapport de M. Leblanc, conseiller référendaire, les observations de la SCP Bachellier et Potier de La Varde, avocat de la Polyclinique Saint-Privat, de Me Odent, avocat de la SNCF Toulouse Caisse de Prévoyance, les conclusions de Mme Barrairon, avocat général, et après en avoir délibéré conformément à la loi ;

Sur les deux moyens réunis :

Attendu qu'à la suite de l'annulation de l'article 1er de l'arrêté du 13 mai 1991, ayant modifié la contribution des caisses au titre du complément afférent aux frais de salle d'opération, prévu par l'article R.162-32 du Code de la sécurité sociale abrogé par le décret n° 92-1257 du 3 décembre 1992, en appliquant un coefficient de 3/5e pour les actes d'anesthésie, la polyclinique Saint-Privat a demandé à la Caisse de prévoyance SNCF le versement de la différence entre les facturations qu'elle avait perçues, pour la période du 19 mai 1991 au 31 mars 1992, en application de l'arrêté annulé et ce qu'elle aurait reçu sur le fondement du précédent arrêté du 28 décembre 1990 ; que l'article 34 de la loi du 27 décembre 1996 a validé les facturations et versements en tant qu'ils résultent de l'application de l'arrêté du 13 mai 1991 ; que la cour d'appel (Montpellier, 16 septembre 1999), appliquant ce texte, a débouté la polyclinique Saint-Privat de sa demande ;

Attendu que la polyclinique Saint-Privat fait grief à l'arrêt attaqué d'avoir ainsi statué alors, selon le premier moyen, *qu'une mesure de validation législative à effet rétroactif est d'application stricte ; que dès lors, en jugeant que l'article 34 de la loi du 27 décembre 1996 validant, en tant qu'ils résultent de l'application de l'arrêté du 13 mai 1991, les facturations des établissements de santé privés et les versements y afférents, effectués au titre du complément afférent aux frais de salle d'opération, faisait obstacle, eu égard à sa précision suffisante, aux demandes présentées une fois ledit arrêté annulé en vue d'obtenir le paiement du solde de ce complément qui n'avait pas été initialement facturé et qui n'étaient dès lors pas concernées par la validation des factures initiales, la cour d'appel, qui a méconnu le principe sus-énoncé a ainsi violé, par fausse application, ladite disposition législative ci-dessus mentionnée ; alors, selon le second moyen :*

1°) *que l'article 1er du premier protocole additionnel à la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales garantit le droit de chacun au respect de ses biens, de la propriété desquels il ne peut être privé que pour cause d'utilité publique et dans les principes généraux du droit international ; qu'en jugeant que l'Etat français avait pu priver les établissements de santé de leurs créances acquises à l'égard des caisses de sécurité sociale à la suite de l'annulation de l'arrêté du 13 mai 1991, sans rechercher concrètement s'il existait un*

juste équilibre entre l'atteinte ainsi portée à des droits garantis par la Convention et l'utilité publique de l'économie ainsi réalisée dans les comptes de la sécurité sociale, la cour d'appel n'a pas donné de base légale à sa décision au regard de ladite disposition conventionnelle ;

2°) qu'en s'abstenant de rechercher si, en privant les établissements de soins privés de leur droit d'obtenir en justice le remboursement auquel ils pouvaient prétendre à la suite de l'annulation de l'arrêté ministériel du 13 mai 1991, le législateur n'avait pas méconnu, au regard de l'intérêt général s'attachant concrètement à cette mesure de validation, leur droit à un recours effectif et à un procès équitable, la cour d'appel n'a pas donné de base légale à sa décision au regard des articles 6-1 et 13 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales et 2, § 3 du Pacte international sur les droits civils et politiques publié par le décret du 29 janvier 1981 ;

Mais attendu que si, comme le soutient exactement le pourvoi, l'article 6-1 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales s'oppose à l'application de l'article 34 de la loi du 27 décembre 1996, validant les versements effectués par les organismes de sécurité sociale aux établissements de santé privés régis par l'article L.162-22 du Code de la sécurité sociale, il ne s'ensuit pas pour autant que la prétention de la clinique soit fondée ;

Attendu qu'en effet, en application de l'article R.162-32 du Code de la sécurité sociale alors en vigueur, les tarifs de responsabilité des organismes de sécurité sociale comprenaient un complément afférent aux frais de salle d'opération dont le montant devait être fixé selon des modalités définies par un arrêté interministériel ; que si l'arrêté du 28 décembre 1990 a fixé à titre temporaire à compter du 1er janvier 1991 les modalités nécessaires au calcul du complément, il a été abrogé par l'article 2 de l'arrêté du 13 mai 1991, dont l'article 1er a modifié les règles de détermination dudit complément ; que l'arrêt du Conseil d'Etat en date du 4 mars 1996, n'ayant annulé que les seules dispositions de l'article 1er de l'arrêté du 13 mai 1991, a laissé subsister l'abrogation de l'arrêté du 28 décembre 1990 ; qu'il en résulte que pour la période du 19 mai 1991 au 3 décembre 1992, date d'abrogation de l'article R.162-32 précité, aucun texte réglementaire n'a fixé le montant du complément afférent aux frais de salle d'opération ; que dès lors, la clinique qui a perçu, pendant la période litigieuse, le complément afférent aux frais de salle d'opération, dont le principe était reconnu par l'article R.162-32 précité, ne disposait, à la suite de l'annulation de l'arrêté du 13 mai 1991, d'aucun droit au versement de la différence entre ce qu'elle avait reçu et ce qu'elle aurait dû recevoir si l'arrêté du 28 décembre 1990 n'avait pas été abrogé ;

D'où il suit qu'abstraction faite des motifs tirés de l'article 34 de la loi du 27 décembre 1996, la décision attaquée se trouve légalement justifiée par ces motifs de pur droit ;

PAR CES MOTIFS :

REJETTE le pourvoi ;

Condamne la Polyclinique Saint-Privat aux dépens ;

Vu l'article 700 du nouveau Code de procédure civile, rejette la demande de la Polyclinique Saint-Privat ;

Ainsi fait et jugé par la Cour de Cassation, Chambre sociale, et prononcé par le président en son audience publique du trente et un mai deux mille un.

Moyens produits par la SCP Bachellier et Potier de la Varde, avocat aux Conseils pour l'établissement Saint-Privat ;

MOYENS ANNEXES à l'arrêt n° 2358 (Soc)
F. D.

PREMIER MOYEN DE CASSATION

RG9 / 20489

La Polyclinique exposante fait grief à l'arrêt confirmatif attaqué de l'avoir déboutée de ses demandes en paiement de soldes de compléments de frais de salle d'opération (FSO) correspondant à 40 % de leur montant ;

AUX MOTIFS QUE l'article 34 de la loi du 27 décembre 1996 prévoit expressément la validation des facturations des établissements de santé privés « en tant qu'elles résultent de l'application de l'arrêté du 13 mai 1991 » ; que cette validation rétroactive n'est exclue qu'à l'égard des établissements qui ont obtenu une décision de condamnation définitive avant le 1^{er} janvier 1997 ; que la loi de validation en question répond aux exigences de précision nécessaire et suffisante pour déroger au principe posé par l'article 2 du Code civil ; que l'autorité absolue de la décision du Conseil d'Etat annulant l'arrêté du 13 mai 1991 n'a plus d'effet en présence d'une loi de validation non équivoque prise régulièrement par le législateur dont la constitutionnalité a été confirmée par l'instance suprême de contrôle ;

ALORS QU'une mesure de validation législative à effet rétroactif est d'application stricte ; que dès lors en jugeant que l'article 34 de la loi du 27 décembre 1996 validant, en tant qu'ils résultent de l'application de l'arrêté du 13 mai 1991, les facturations des établissements de santé privé et les versements y afférents, effectués au titre du complément afférent aux frais de salle d'opération, faisait obstacle, eu égard à sa précision suffisante, aux demandes présentées une fois ledit arrêté annulé en vue d'obtenir le paiement du solde de ce complément qui n'avait pas été initialement facturé, et qui n'étaient dès lors pas concernées par la validation des facturations initiales, la Cour d'appel, qui a méconnu le principe sus énoncé a ainsi violé, par fausse application, ladite disposition législative ci-dessus mentionnée.

SECOND MOYEN DE CASSATION

La Polyclinique exposante fait grief à l'arrêt attaqué de l'avoir déboutée de ses demandes en paiement de soldes de compléments de frais de salle d'opération (FSO) correspondant à 40 % de leur montant ;

AUX MOTIFS QUE la privation des biens d'une personne physique ou morale est autorisée par la Convention européenne des droits de l'homme « pour cause d'utilité publique et dans les conditions prévues par la loi et les principes généraux du droit international ; qu'en l'espèce, les créances de la Polyclinique sur les caisses de sécurité sociale sont nées par l'effet de l'arrêt du Conseil d'Etat le 4 mars 1996 ; que la suppression de ces droits par la loi du 27 décembre 1996, relative au financement de la sécurité sociale pour 1997 répond aux conditions posées par la Convention européenne des droits de l'homme ; qu'en effet la démonstration de l'utilité publique de la mesure résulte de l'objet même du financement du service public de la santé ; que les développements ci-dessus constatent par ailleurs la régularité de la procédure législative appliquée pour la mise en œuvre de la validation de l'arrêté ministériel du 13 mai 1991 ;

ALORS QUE l'article 1^{er} du premier protocole additionnel à la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales garantit le droit de chacun au respect de ses biens, de la propriété desquels il ne peut être privé que pour cause d'utilité publique et dans les principes généraux du droit international ; qu'en jugeant que l'Etat français avait pu priver les établissements de santé de leurs créances acquises à l'égard des caisses de sécurité sociale à la suite de l'annulation de l'arrêté du 13 mai 1991, sans rechercher concrètement s'il existait un juste équilibre entre l'atteinte ainsi portée à des droits garantis par la Convention et l'utilité publique de l'économie ainsi réalisée dans les comptes de la sécurité sociale, la Cour d'appel n'a pas donné de base légale à sa décision au regard de ladite disposition conventionnelle ;

ET ALORS QU'en s'abstenant de rechercher si, en privant les établissements de soins privés de leur droit d'obtenir en justice le remboursement auquel ils pouvaient prétendre à la suite de l'annulation de l'arrêté ministériel du 13 mai 1991, le législateur n'avait pas méconnu, au regard de l'intérêt général s'attachant concrètement à cette mesure de validation, leur droit à un recours effectif et à un procès équitable, la Cour d'appel n'a pas donné de base légale à sa décision au regard des articles 6-1 et 13 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales et 2 § 3 du Pacte international sur les droits civils et politiques publié par le décret du 29 janvier 1981.

COUR D'APPEL DE MONTPELLIER

EXTRAIT DES MINUTES DU SECRETARIAT-GREFFE DE LA COUR D'APPEL

DE MONTPELLIER (HERAULT)

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE AU NOM DU PEUPLE FRANÇAIS

CHAMBRE SOCIALE

ARRET DU 16 SEPTEMBRE 1999

ARRET N° 1325

APPELANTE :

R.G : 99/00100
T.a.s.s. l'herault
01 décembre 1998

POLYCLINIQUE SAINT-PRIVAT

46, avenue Enseigne Albertin
34500 BEZIERS

Représentant : Me MUSSET & ASSOCIES (Avocat au barreau de LYON)

**P O L Y C L I N I Q U E
S A I N T - P R I V A T**

INTIMEES :

C/

S.N.C.F. TOULOUSE CAISSE DE PREVOYANCE

37, avenue de Lyon
31500 TOULOUSE

Représentant : Mr. FERNANDEZ muni d'un pouvoir du 01.06.1999.

**S.N.C.F. TOULOUSE
C A I S S E D E
PREVOYANCE
DRASS 31**

**COMPOSITION DE LA COUR LORS DES DEBATS ET DU
DELIBERE :**

DD/CC

M. Louis GERBET, Président
M. Dominique DECOMBLE, Conseiller
M. Nadia BERGOUNIOU, Conseiller

GREFFIER :

M. Chantal COULON, Greffier,

DEBATS :

A l'audience publique du 01 Juillet 1999, où l'affaire a été mise en délibéré au 16
Septembre 1999

ARRET :

Contradictoire, prononcé et signé par M. Louis GERBET, Président, à
l'audience publique du 16 Septembre 1999, date indiquée à l'issue des débats.

*

*

*

FAITS ET PROCEDURE

Etablissement de santé privé conventionné en application de l' article L 162-22 du Code de la Sécurité Sociale, la Polyclinique Saint Privat à Béziers percevait un complément de rémunération au titre des frais de salle d'opération dit " F.S.O. ", fixé par arrêté préfectoral en application d'un coefficient égal à la somme du K opératoire et du K anesthésique.

Les modalités de fixation du complément de rémunération ont été modifiées par l'arrêté du 13 mai 1991 qui affecte la cotation des actes anesthésiques d'un coefficient égal à 3/5 au lieu des 5/5 appliqués jusque là.

Par arrêt du 4 mars 1996, le Conseil d'Etat annulait l' article 1er de l'arrêté ci-dessus.

Se fondant sur les effets de cette annulation, la Polyclinique St Privat réclame aux organismes de Sécurité Sociale avec lesquels elle est conventionnée, la prise en charge financière du " F.S.O. " selon les modalités en vigueur avant l'arrêté du 13 mai 1991 pour la période du 19 mai 1991 au 31 mars 1992.

Elle sollicite ainsi le versement des 2/5 restant dûs par les organismes de Sécurité Sociale, soit 37 168,45 F à la Caisse de Prévoyance de la S.N.C.F.

Après rejet du recours déposé devant la Commission de Recours Amiable, la Polyclinique saisit le Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale de Montpellier.

Par jugement du 1er décembre 1998, cette juridiction confirme la décision administrative..

La Polyclinique St Privat relève appel.

MOYENS DES PARTIES

La Polyclinique Saint Privat fait valoir à l'appui de son appel que la loi du 27 décembre 1996 relative au financement de la Sécurité Sociale qui stipule dans son article 34 que les facturations relatives aux frais de salle d'opération remboursés par les organismes de Sécurité Sociale sont validées en tant qu'elles résultent de l'application de l'arrêté de 13 mai 1991, n'a pas d'effet rétroactif.

Elle ajoute que l'arrêt du Conseil d'Etat du 4 mars 1996 a l'autorité absolue de la chose jugée.

L'appelante soutient encore que sa demande est fondée sur l' article 1er

du protocole additionnel de la Convention Européenne des Droits de l'Homme relatif au droit de propriété ainsi que sur l'article 13 de ladite Convention relatif à un recours effectif.

Elle conclut à l'infirmité du jugement et à la condamnation de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Montpellier au paiement de 40 000 F au titre de l'article 700 du nouveau code de procédure civile.

Elle sollicite également le paiement de dommages-intérêts équivalents au montant des intérêts capitalisés entre le 1er avril 1992 et le 31 décembre 1998, ainsi que les intérêts légaux depuis cette date.

La Caisse de Prévoyance de la S.N.C.F. conclut à la confirmation du jugement.

MOTIFS DE LA DECISION

1°) Sur la non rétroactivité de la loi.

Attendu que l'article 34 de la loi du 27 décembre 1996 prévoit expressément la validation des facturations des établissements de santé privés "en tant qu'ils résultent de l'application de l'Arrêté du 13 mai 1991"; que cette validation rétroactive n'est exclue qu'à l'égard des établissements qui ont obtenu une décision de condamnation définitive avant le 1er janvier 1997 ;

Que la loi de validation en question répond aux exigences de précision nécessaire et suffisante pour déroger au principe posé par l'article 2 du Code Civil ;

2°) Sur l'autorité de la chose jugée.

Attendu que l'autorité absolue de la décision du Conseil d'Etat annulant l'Arrêté du 13 mai 1991 n'a plus d'effet en présence d'une loi de validation non équivoque prise régulièrement par le législateur dont la constitutionnalité a été confirmée par l'instance suprême de contrôle ;

3°) Sur l'application de la Convention Européenne des Droits de l'Homme.

Attendu que la privation des biens d'une personne physique ou morale est autorisée par la Convention Européenne des Droits de l'Homme "pour cause d'utilité publique et dans les conditions prévues par la loi et les principes généraux du droit international" ;

Qu'en l'espèce, les créances de la Polyclinique Saint-Privat sur les caisses de Sécurité Sociale sont nées par l'effet de l'arrêt du Conseil d'Etat le 4 mars 1996 ; que la suppression de ces droits par la loi du 27 décembre 1996, relative au financement de la Sécurité Sociale pour 1997 répond aux conditions posées par la Convention Européenne des Droits de l'Homme ;

Qu'en effet la démonstration de l'utilité publique de la mesure résulte de l'objet même du financement du service public de la santé ; que les développements ci-dessus constatent par ailleurs la régularité de la procédure législative appliquée pour la mise en oeuvre de la validation de l' Arrêté ministériel du 13 mai 1991 ,

4°) Sur l' application de l'article R 144-6 du Code de la Sécurité Sociale.

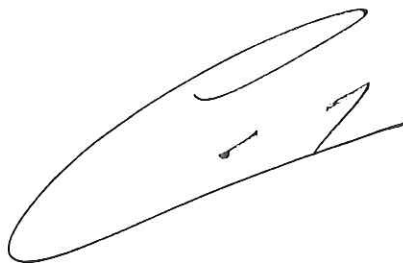
Attendu que les éléments de la procédure d'appel justifient la condamnation de l'appelante au paiement de 1.400 frs en application de l'article R 144-6 du Code de la Sécurité Sociale.

PAR CES MOTIFS

Confirme le jugement;

Condamne l'appelante au paiement de 1 400 F en application de l'article R 144-6 du code de la Sécurité sociale.

LE GREFFIER.



LE PRESIDENT..



En conséquence, la République Française mande et ordonne :
 — à tous Huissiers de Justice, sur ce requis de mettre le présent arrêt à exécution.
 — aux Procureurs Généraux et aux Procureurs de la République près les Tribunaux de Grande Instance d'y tenir la main.
 — à tous Commandants et Officiers de la force publique de prêter main-forte lorsqu'ils en seront légalement requis ;
 En foi de quoi, le présent arrêt a été signé sur la minute par le Président et par le Greffier.

POUR GROSSE CONFORME.
 LE GREFFIER EN CHEF.



TRIBUNAL DES AFFAIRES DE SECURITE SOCIALE
DE L'HERAULT

JUGEMENT DU 01 DECEMBRE 1998

DOSSIER
N°9704695

DEMANDEUR : Monsieur le Directeur
POLYCLINIQUE SAINT-PRIVAT
46 AVENUE ENSEIGNE ALBERTINI
34500 BEZIERS
Comparant par Me MUSSET

DEFENDEUR : S.N.C.F.
37 AVENUE DE LYON
31500 TOULOUSE
Comparant par M. FERNANDEZ (CPAM MTP),
Muni d'un pouvoir régulier.

Date de
Notification :

11 DEC. 1998

COMPOSITION DU TRIBUNAL lors des débats et du délibéré,

PRESIDENT : Jean-François DAUX
Juge au Tribunal de Grande Instance
de Montpellier.

Assesseur Salarié : Roland FABRE

Assesseur non Salarié : Annie GARZINO-BOYER

Secrétaire : Bernadette ALLIDIERES

PROCEDURE

Date de la saisine :	19 NOVEMBRE 1997
Date convocation :	08 SEPTEMBRE 1998
Débats en audience publique du :	06 OCTOBRE 1998
Jugement en audience publique du :	01 DECEMBRE 1998

FAITS ET PROCEDURE

La Polyclinique SAINT-PRIVAT a saisi le 03 juillet 1997 la Commission de Recours Amiable pour contester la décision de la S.N.C.F. rejetant la demande de paiement de la somme de 37 168,45 frs correspondant au frais de salle d'opération anesthésie (FSO).

La clinique requérante a tenté de saisir la Commission de Recours Amiable de la S.N.C.F. aux mêmes fins pour obtenir le paiement de la somme de 37 168,45 frs.

Le Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale a été saisi le 19 novembre 1997 (recours N°9704695).

MOYENS DES PARTIES

- Pour la clinique requérante :

Elle expose qu'à l'occasion de chaque intervention chirurgicale l'établissement facture à l'assurance maladie :

- pour son activité « hôtelière », un forfait journalier pour les frais de séjour et de soins exprimé en francs ;

- pour son activité proprement chirurgicale, un complément dénommé frais de salle d'opération (ci-après FSO), c'est la cotation en Kc du chirurgien qui détermine le nombre de FSO de chirurgie ; de même, la cotation de l'anesthésiste détermine de nombre de FSO anesthésie.

La valeur unitaire respectivement du K et du FSO est fixée chaque année par arrêté du préfet de région.

Le FSO anesthésie est seul en discussion dans le présente instance.

A l'automne 1990 et sur la demande de l'assurance maladie, le gouvernement avait mis en place un mécanisme de réfaction des FSO au moyen de deux arrêtés ministériels :

- pour les FSO de chirurgie : par un arrêté ministériel en date du 27 décembre 1990,

- pour le FSO d'anesthésie : par un arrêté ministériel en date du 13 mai 1991 qui a institué une réfaction de 3/5^e de leur montant, de sorte qu'au lieu de pouvoir facturer 100% des FSO anesthésie, les établissements n'ont plus pu en facturer que 60%.

Ces deux arrêtés ont été déférés à la censure du Conseil d'Etat, qui les a annulé l'un et l'autre pour excès de pouvoir.

Par un premier arrêt, le Conseil d'Etat a annulé l'arrêté relatif aux FSO de chirurgie. Les établissements ont alors demandé aux diverses Caisses de les rétablir dans leurs droits :

Les caisses ont, en conséquence, versé aux chirurgiens la part manquante sur les FSO chirurgicaux.

Par un second arrêt rendu le 04 mars 1996, le Conseil d'Etat a également annulé de l'arrêté du 13 mai 1991 relatif aux FSO d'anesthésie. Les caisses n'ayant pas spontanément versé aux cliniques la part de FSO manquante, les établissements ont officiellement demandé à être rétablis dans leurs droits pour la période d'application de l'arrête du 13 mai 1991, soit du 19 mai 1991 au 31 mars 1992, date à laquelle l'arrêté a été abrogé.

En effet les prestations en cause sont dues depuis 1991, soit 40% (2/5^e) de chiffre d'affaires sur le FSO anesthésie est en attente d'encaissement depuis près de 7 ans.

En effet, les caisses, à la différence de ce qui s'était passé pour les FSO de chirurgie, et à la demande de la Caisse nationale, ont toutes répondu qu'il convenait de surseoir au paiement dans l'attente du dispositif de régularisation sur le point d'être en place par la Caisse nationale.

Mais, après avoir fait miroiter par écrit aux établissements la mise en place d'un dispositif de régularisation par la Caisse nationale d'assurance maladie, cette dernière via le Gouvernement a fait adopter par le Parlement une mesure de validation législative rétroactive de l'arrêté annulé du 13 mai 1990, afin de priver l'arrêt du Conseil d'Etat du 04 mars 1996.

En effet, l'article 34 de la loi N°96-1160 du 27 décembre 1996 (JO du 29 décembre 1996) portant Loi de finance de la sécurité sociale dispose : « - Sous réserve des décisions de justice passées en force de chose jugée, les facturations des établissements de santé privés régis par l'article L 162-22 du Code de la Sécurité Sociale aux organismes d'assurance maladie et les versements y afférents, effectués au titre du complément afférent aux frais de salle d'opération visé à l'article R 162-32 du code précité, sont validés en tant qu'ils résultent de l'application de l'arrêté du 13 mai 1991. »

Néanmoins, certaines caisses ont payé et rétabli les établissements dans leurs droits. Mais pour les créances les plus fortes, l'assurance maladie, après avoir dans un premier temps fait patienter la clinique dans l'attente - disait-elle - de modalités de régularisation en provenance de la CNAM, a finalement fait répondre par décisions des caisses primaires que l'article 34 de la loi de validation s'oppose désormais à tout paiement.

Or, le libellé de cette disposition législative, et sa non conformité aux engagements internationaux de la France, font que la mesure de validation en cause manque de portée, et qu'ainsi la Polyclinique SAINT-PRIVAT a maintenu ses demandes et saisi le Tribunal de Céans.

Comme la requérante articule son argumentation au moyen de 25 pages de conclusion, les principaux axes, et notamment ceux touchant aux principes généraux du droit, seront ici brièvement rappelés le tribunal se référant expressément aux conclusions pour le détail des développements.

L'arrêt du Conseil d'Etat (CE) qui annule l'arrêté du 13 mai 1991 a acquis l'autorité de la chose jugée, la Caisse ne peut donc argumenter que le motif de l'annulation affectait la légalité externe de l'acte (vice de procédure dans son élaboration) et non de légalité interne, cette circonstance juridique étant indifférente, l'arrêté annulé par le Conseil d'Etat est réputé n'être jamais intervenu quel que soit le motif de l'annulation.

En fait aujourd'hui la caisse ne conteste plus devoir les sommes réclamées mais que la mesure de validation législative fait obstacle au paiement de la créance.

SUR INOPPOSABILITE DE LA MESURE DE VALIDATION

La mesure de validation invoquée par l'Assurance maladie est l'article 34 de la loi du 27 décembre 1996, première loi de financement de la sécurité sociale, qui dispose : « - Sous réserve des décisions de justice passées en force de chose jugée, les facturations des établissements de santé privés par l'article L 162-22 du Code de la Sécurité Sociale aux organismes d'assurance maladie et les versements y afférents effectués au titre du complément afférent aux frais de salle d'opération visé à l'article R 162-32 du code précité, sont validés en tant qu'il résultent de l'application de l'arrêté du 13 mai 1991. »

Cette mesure de validation est inopposable pour trois motifs.

A - Existence d'une décision de justice en force de chose jugée :

L'article 34 de la loi du 27 décembre 1996 précise que les facturations appliquées au titre de l'arrêté illégal du 13 mai 1991 sont validées « sous réserve des décisions de justice passées en force de chose jugée ». Or, comme la clinique l'a déjà indiqué, l'arrêt du Conseil d'Etat du 04 mars 1996 est incontestablement une décision de justice passée en force de chose jugée. Et la réserve mentionnée par le législateur vise évidemment l'arrêt du Conseil d'Etat.

D'ailleurs, on se voit pas à quoi d'autre le législateur pourrait faire référence ; il n'existe en effet en la matière aucune décision de justice passée en force de chose jugée. Et ceci pour la simple raison que, comme nous l'avons expliqué plus haut, aucun contentieux n'a été sinon engagé du moins jugé avant que l'Assurance maladie ne fasse adopter l'article 34 par le Parlement ; il faut en effet rappeler que des négociations nationales étaient en cours sur les modalités de versement des sommes en cause ; On voit que les établissements ont été purement et simplement trompés.

B - La loi n'a pu valider des actes de droit privé :

L'arrêté du 13 mai 1991 ayant été annulé, il avait donc purement et simplement disparu lorsque l'assurance maladie a fait adopter la mesure de validation. Il était dès lors bien difficile de valider rétroactivement un acte administratif qui avait disparu. Aussi, par une formulation singulière, le Parlement a « validé » les facturations des établissements de santé privés et les versements y afférents.

Or les caisses d'Assurance maladie sont, au niveau primaire, des personnes morales de droit privé, tout comme la clinique. Les actes et les faits juridiques qui interviennent entre ces organismes privés constituent des actes de droit privé relevant de la compétence judiciaire. Ainsi en est-il de leurs factures et de leurs règlements. De tels actes privés n'ont pas à être validés, et ne peuvent être validés par le Parlement. C'est là, le cas échéant, l'office exclusif du Juge.

Admettre le contraire reviendrait à consacrer une atteinte tout à la fois au principe de la séparation des pouvoirs, et aux biens, violant en cela les dispositions de l'article 1^{er} du Protocole additionnel à la Convention Européenne des Droits de l'Homme.

C - La clinique réclame paiement des 2/5° manquant, alors que la loi ne concerne que les 3/5° déjà versés :

Par le présent procès, la clinique demande le versement des 2/5° des FSO qui, du temps de la vigueur de l'arrêté du 13 mai 1991, n'ont jamais été ni demandés, ni facturés, ni bien sûr payés.

Autrement dit, dans la présente instance la clinique n'entend pas remettre en cause les paiements versés en application de l'arrêté du 13 mai 1991 (3/5°) ; elle demande seulement le versement des deux cinquièmes manquant, puisque le Conseil d'Etat a, depuis lors, annulé la limitation à 3/5° en considérant que cette limitation procédait d'un règlement illégal.

Aussi la rédaction de l'article 34 n'empêche-t-elle en rien la réclamation de la clinique.

Or une mesure de validation législative est nécessairement d'interprétation stricte, compte tenu de son caractère attentatoire au principe de la non rétroactivité des lois. L'autorité judiciaire doit veiller au respect de ce principe fondamental.

SUR LA VIOLATION DE LA CONVENTION EUROPEENNE DES DROITS DE L'HOMME

La question qui est posée en l'espèce est la suivante : à supposer que l'article 34 de la loi du 27 décembre 1996 ait pour effet d'autoriser les caisses - personnes morales de droit privé - à ne pas régler leurs dettes envers d'autres personnes morales de droit privé, cette « autorisation » est-elle ou non compatible avec la Convention européenne des Droits de L'Homme ?

On verra dans un premier temps que la Convention européenne des Droits de l'homme est applicable au litige, puis que les caisses ont violé plusieurs des droits consacrés solennellement par la Convention européenne des Droits de l'homme.

Sur l'application de la convention

La caractéristique de la Convention est d'énoncer les droits dont les titulaires sont des individus, et qui sont susceptibles de faire l'objet d'un contrôle de caractère judiciaire, international ou national. De fait, la Convention est d'applicabilité directe dans l'ordre interne des Etats signataires, dont la France depuis sa ratification le 05 mai 1974. « ses dispositions normatives peuvent donc être directement invoqués devant les juridictions nationales en bénéficiant d'une autorité supra législative ».

En effet, comme le détaillera plus loin, est ici en jeu le droit de propriété de la clinique sur sa créance. Ce droit, aux termes d'une jurisprudence abondante de la Cour européenne des Droits de l'Homme, bénéficie aux personnes morales aussi bien qu'aux personnes physiques.

La Convention européenne des Droits de l'Homme est applicable aux litiges en matière de sécurité Sociale, Vainement l'assurance maladie soutiendrait-elle que la Cour de justice des communautés européennes (Bruxelles) considère que les Etats membres de l'Union européenne conservent leurs compétences pour aménager leurs systèmes de sécurité Sociale. Si le principe est exact dans son énoncé, il est en revanche sans rapport avec le présent litige. En effet :

- le débat ne porte pas sur la compétence du législateur français pour aménager le système français de Sécurité Sociale. La demande de la clinique ne met d'ailleurs nullement en cause la compétence du législateur français à cet égard.

- le présent litige ne met en aucune manière en cause le droit communautaire européen.

- la Convention européenne des Droits de l'homme pas plus que la Cour européenne des Droits de l'Homme (Strasbourg) ne prévoient aucune exception au profit des Etats pas plus que les organismes de sécurité Sociale quant au respect des droits qu'elle consacre solennellement.

Il en résulte que la Convention européenne des Droits de l'homme est bien applicable aux litiges en matière de sécurité Sociale. La Cour de cassation française a déjà eu l'occasion de trancher ce point : elle procède désormais à la vérification de l'application de la Convention des droits de l'homme par les organismes de sécurité Sociale.

A - La violation du droit au respect des biens :

la créance de la clinique sur l'assurance maladie est un « bien » protégé par l'article 1^{er} du protocole additionnel.

L'ingérence du législateur. - Le droit au respect des biens est un droit qui bénéficie d'une protection relative ; C'est à dire que l'Etat ne peut y porter atteinte qu'à certaines conditions limitativement énumérées par les dispositions du protocole, c'est à dire ingérence de l'Etat pour cause l'utilité publique, dans les conditions prévues par la loi (c'est à dire indemnisation par le prince), et les principes généraux du droit international (c'est à dire le proportionnalité).

Sur la réalité de l'ingérence. - Si l'on suit la logique des caisses, l'article 34 précité a pour but et pour effet de priver la clinique de sa créance certaine née de l'arrêt du Conseil d'Etat du 04 mars 1996 ; Il ne fait pas de doute que l'application de l'article 34 aurait alors un effet rétroactif puisqu'il vise des factures de 1991 et 1992.

Sur le défaut d'utilité publique. - Rien n'indique dans les débats parlementaires que le législateur ait eu pour préoccupation l'utilité publique. L'une des raisons à cela est que l'utilité publique intéresse l'action de l'Etat, alors que l'article 34 a été pris dans le cadre de la loi du 27 décembre 1996 pour le financement de la sécurité sociale. D'ailleurs, si l'utilité publique avait été une préoccupation du législateur, il n'aurait pu le faire que dans les limites autorisées par le droit constitutionnel français (droit à une juste et préalable indemnité) et n'aurait pas privé purement et simplement la clinique de l'un de ses « biens » sans aucune mesure de compensation.

B - La violation du droit à un procès équitable :

Indépendamment du droit au respect des biens mentionnée ci-avant, l'article 34 de la loi du 27 décembre 1996 intéresse un droit de caractère civil au sens de l'article 6-1 de la Convention européenne des Droits de l'Homme. Le respect des droits à caractère civil implique le droit pour la clinique que la demande en paiement de sa créance soit jugée équitablement.

Or, à cet égard, la jurisprudence de la Cour européenne des Droits de l'homme juge les validations législatives directement contraires au « droit à un procès équitable ».

Par ailleurs, il importe de souligner qu'au titre du procès équitable, la Convention européenne des Droits de l'homme garantie l'indépendance de l'autorité judiciaire et le principe de la séparation des pouvoirs.

Ce principe a déjà reçu application en France, tant par le juge judiciaire que le juge administratif.

Par le juge judiciaire, dans l'affaire dite « tableau d'amortissement » dans laquelle la Cour de cassation avait jugé nuls des contrats de prêt bancaire. Pour parer les effets considérables de cette jurisprudence, l'Etat avait soumis au Parlement sous forme d'un cavalier législatif, un article 87-I dans la loi dite Auberger du 12 avril 1996 : ce texte disposait : « sous réserve des décisions de justice passées en force jugée, les offres de prêts(...) sont réputées régulières ». C'est dans ce contexte que le Tribunal de Grande Instance de Saintes a rendu un jugement le 21 février 1997 par lequel il indique : « Madame X est fondée à soutenir qu'elle n'a pas bénéficié d'un procès équitable dès lors que les pouvoirs publics, sous l'effet des pressions exercées par le lobby bancaire, ont modifié pendant le cours du procès les règles de droit applicables à la solution du litige.

De plus, l'adoption de ce texte a pour objet de contraindre le juge à adopter une solution favorable aux établissements bancaires dans les instances nouvelles qui viendraient à être engagées pour les offres de prêts présentées avant le 31 décembre 1994(...). En adoptant un texte ainsi conçu, le législateur a méconnu l'indépendance de l'autorité judiciaire et le principe de la séparation des pouvoirs consacrés à l'article 6-1 de la Convention européenne des Droits de l'homme ».

Dans notre espèce, la solution retenue par le législateur français est encore plus radicale puisque l'article 34 de la loi du 27 décembre 1996 est intervenu dans le fonctionnement normal de la justice en interdisant par avance toute possibilité de faire valoir ses droits en justice quand bien même ces droits découlent d'un arrêt du Conseil d'Etat.

L'atteinte au principe de sécurité juridique et au droit à un procès équitable est donc encore plus flagrant : si l'on suivait l'analyse des caisses, il suffirait donc que, à chaque fois qu'une décision de justice définitive « déplaît » à l'assurance maladie, celle-ci en obtienne l'effacement des conséquences par le législateur via le ministère de la santé.

Ce procédé est inadmissible et porte atteinte au principe de confiance légitime que tout citoyen doit pouvoir porter aux pouvoirs publics, or, il tend à se généraliser.

C - La violation du droit à un recours effectif :

Le droit un recours effectif est garanti par deux engagements internationaux de la France : l'article 13 de la Convention européenne et l'article 2 § 3 du Pacte international sur les droits civils et politiques. (PIDCP)

En conséquence, la Polyclinique SAINT-PRIVAT demande au tribunal de :

Vu l'arrêt du Conseil d'Etat en date du 04 mars 1996,

Vu l'article 34 de la loi du 27 décembre 1996,

Vu les articles 6-1 et 13 de la Convention européenne des Droits de l'Homme,

Vu l'article 1^{er} du Protocole additionnel N° à la Convention européenne,

Vu l'article 2 § 3 du Pacte international sur les droits civils et politiques,

Vu les pièces produites au soutien,

Condamner la caisse à payer à la Polyclinique SAINT-PRIVAT la somme de 37 168,45 frs, outre intérêts de droit au taux légal à compter de la date du jugement à intervenir.

Condamner la caisse à payer à la Polyclinique SAINT-PRIVAT à titre de dommages et intérêts une somme égale au montant des intérêts capitalisés que représente la créance principale dont elle a été privée depuis le 01 avril 1992 jusqu'au 01 mai 1998, outre intérêts de droit au taux légal sur cette somme à compter de la date du jugement à intervenir.

Condamner la caisse à payer à la Polyclinique SAINT-PRIVAT la somme de 40 000 frs par application de l'article 700 du Nouveau Code de Procédure Civile.

MOYENS DE LA CAISSE

L'arrêté du 13 mai 1991 relatif aux modalités de détermination du complément afférent aux frais de salle d'opération dans les établissements privés régis par l'article L 162-22 du Code de la Sécurité Sociale a affecté les actes d'anesthésie pour le calcul du complément FSO d'un coefficient égal à 3/5.

Cet arrêté paru au JO du 17 mai 1991 applicable à compter du 19 mai 1991, a été abrogé à compter du 01 avril 1992 par l'arrêté du 25 mars 1992 paru au JO du 27 mars 1992.

Par arrêt rendu le 04 mars 1996, le Conseil d'Etat a annulé l'arrêté ministériel du 13 mai 1991, pour un motif de procédure.

La loi de financement de la Sécurité Sociale pour 1997 a validé dans son article 34 les effets produits par l'arrêté du 13 mai 1991.

Cet article stipule :

« Sous réserve des décisions de justice passées en force de chose jugée, les facturations des établissements de santé privés régies par l'article L 162-22 de la Sécurité Sociale aux organismes d'assurance maladie et les versements y afférents, effectués au titre du complément afférent aux frais de salle d'opération visés à l'article R 162-32 du code précité, sont validés en tant qu'ils résultent de l'application de l'arrêté du 13 mai 1991. »

Les modalités de versement des compléments des forfaits de salle d'opération pendant la période d'application de l'arrêté du 13 mai 1991, soit du 19 mai 1991 au 31 mars 1992, ont par conséquent, acquis une valeur législative par l'effet de cette loi de validation.

La lettre ministérielle du 07 février 1997 référencée (ministère du travail et des affaires sociales - Direction de la Sécurité Sociale - Sous Direction du financement et de l'offre des soins) confirme la validation des dispositions de l'arrêté du 13 mai 1991 et le fait qu'aucune régularisation maïable ou contentieuse ne peut être effectuée.

En l'espèce, la Polyclinique SAINT-PRIVAT sollicite le reversement des compléments de forfaits de salle d'opération pour la somme de 37 168,45 frs.

L'établissement fonde sa demande sur l'arrêt rendu par le Conseil d'Etat. L'annulation de l'article 1 du décret du 13 mai 1991 est fondé sur le motif de procédure.

L'article 34 de la loi du 27 octobre 1996 valide les versements effectués au titre du complément afférents aux forfaits de salle d'opération, sauf si une décision de justice passée en force de chose jugée est intervenue.

La Polyclinique SAINT-PRIVAT ne peut se prévaloir d'aucune décision de justice condamnant la Caisse au paiement.

Les hospitalisations en cause se situant dans la période d'application de l'arrêté du 13 mai 1991, soit du 19 mai 1991 au 31 mars 1992, aucun reversement ne peut intervenir à la suite de l'annulation de l'arrêté par le Conseil d'Etat et de la prolongation de la loi du 31 décembre 1996.

En conséquence la Caisse demande au tribunal de :

Dire et juger c'est à bon droit que la Caisse ne procède pas au paiement du complément afférent aux frais de salle d'opération demandé par la Polyclinique SAINT-PRIVAT, conformément aux dispositions de la loi N° 96-1160 du 31 décembre 1996.

Débouter l'établissement de tous ses chefs de demandes.

MOTIFS

SUR L'OPPOSABILITE DE LA LOI DE VALIDATION DU 27 DECEMBRE 1996

Attendu que pour poser le principe de l'inopposabilité de la loi, la clinique requérante argue du principe de non rétroactivité de la loi, que l'article 34 de la loi précitée exclut les décisions de justice passée en force de chose jugée, que la loi ne peut pas valider des actes de droit privé.

1) sur le rétroactivité

Attendu que la Cour de Cassation a déjà eu à connaître de ce type de moyen et qu'elle considère que une loi validant un texte réglementaire ne constitue pas une atteinte au principe général de la non rétroactivité des lois, qu'en l'état de cette jurisprudence, la juridiction de céans ne peut que s'y soumettre.

2) sur les décisions passées en force de chose jugée

Attendu que la requérante pose que l'arrêt du Conseil d'Etat du 04 avril 1996 annulant l'arrêté du 13 mai 1991 est passée en force de chose jugée et s'impose donc à l'organisme social.

Attendu que l'article 34, vise les décisions passées en force de chose jugée concernant les litiges portant sur les facturations, que l'arrêt du Conseil d'Etat a censuré la légalité externe de l'arrêté et ne portaient donc pas sur les facturations qui ne ressortent pas de la compétence de la juridiction administrative mais de la seule compétence du Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale et que la force jugée ne concerne que cette juridiction et celles de rang supérieur qui en l'espèce n'ont pas eu à statuer sur ce litige de facturation, en tout cas pas sur celles qui sont aujourd'hui produites par la requérante.

3) sur l'interdiction faite à la loi de valider des actes de droit privé

Attendu que la loi n'a pas validé des actes de droit privé mais un acte administratif, savoir l'arrêté du 13 mai 1991, annulé par l'arrêt du Conseil d'Etat du 04 mars 1996.

Attendu que la requérante peut rétorquer, certes, que la validation de l'acte administratif a, en fait, pour conséquence de valider des actes de droit privé et que dans la logique de ce raisonnement elle argumente d'ailleurs que les caisses sont au niveau primaire des personnes morales de droit privé au même titre que les cliniques, et que par ce fait les actes juridiques qui interviennent entre elles sont des actes de droit privé relevant de la compétence des juridictions de l'ordre judiciaire qui donc ne peuvent être validées ou invalidées par le Parlement, ce qui constitue une ingérence du législateur et une atteinte au principe de la séparation des pouvoirs.

Attendu que pour démontrer la pertinence juridique de son argumentation la requérante cite un jugement du Tribunal de Grande Instance de Saintes en date du 21 février 1997 qui énonce dans sa motivation Affaire dite « du Tableau d'amortissement » que « Madame X est fondée à soutenir qu'elle n'a pu bénéficier d'un procès équitable dès lors que les pouvoirs publics, sous l'effet des pressions exercées par le lobby bancaire, ont modifié pendant le cours du procès les règles de droit applicables à la solution du litige. De plus, l'adoption de ce texte a pour objet de contraindre le juge à adopter une solution favorable aux établissements bancaires dans les instances nouvelles qui viendraient à être engagées pour les offres de prêts présentées avant le 31 décembre 1994 ; en adoptant un texte ainsi conçu, le législateur a méconnu l'indépendance de l'autorité judiciaire et le principe de la séparation des pouvoirs consacrés à l'article 6-1 de la Convention européenne des Droits de l'homme ».

Attendu qu'en effet la Cour de Cassation à propos des tableaux d'amortissement avait jugé nuls des contrats de prêt bancaire, que pour parer les effets de cette jurisprudence, le gouvernement avait soumis au parlement sous forme d'un cavalier législatif un texte dans la loi dite Auberger du 12 avril 1996, un texte qui disposait que « sous réserve des décisions de justice passées en force de chose jugée les offres de prêts sont réputées régulières ».

Attendu que si ce Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale ne peut qu'approuver le bien fondé d'une telle jurisprudence dans le cadre de l'application des contrats de droit privé qui régissent les relations entre les particuliers et les organismes prêteurs, il ne la considère pas pour autant transposable dans le cadre juridique qui lie l'ensemble des professions médicales et établissements de soins avec les organismes sociaux.

Attendu qu'en effet, prétendre que les caisses primaires sont des organismes de droit privé au même titre que les cliniques et que partant, les rapports juridiques qui les lient sont exactement de même nature que ceux qui lient les établissements bancaires avec les particuliers, ressort soit d'une analyse défailante, soit de la mauvaise foi.

Attendu que ce tribunal se doit assez fréquemment de rappeler que le droit de la sécurité sociale qu'il doit appliquer est un droit mixte mélangeant des principes liés au droit administratif à des principes liés au droit civil.

Attendu que les si organismes sociaux sont affectés d'un statut de droit privé, c'est en raison, à l'origine, de leur caractère paritaire de gestion entre partenaires sociaux et de la souplesse qu'introduit dans cette gestion le droit privé mais que pour autant un organisme social n'est pas une entreprise comme l'est une clinique, jurisprudence constante de la CEJCE qui rappelle que les organismes de sécurité sociale ne sont pas des entreprises au sens de l'article 86 du traité de ROME.

Attendu que cette mixité juridique est également la conséquence du choix fait par le législateur d'assurer aux citoyens le meilleurs accès possible aux soins tout en préservant la qualité et la liberté par l'existence d'une médecine libérale et non étatique.

Attendu que pour la moralité des débats, il convient de faire observer à la clinique requérante, ainsi qu'à ses homologues, que ce système, et notamment son financement, ont assuré une certaine prospérité des différentes professions médicales, et même, pour être juste, une prospérité certaine.

Attendu que, lorsque la requérante parle d'atteinte aux droits des citoyens, il convient de lui rappeler que les assurés sociaux pour lesquels la protection existe, sont également des citoyens que le législateur a le devoir de protéger sur le plan de la santé publique.

Attendu donc, que ce système de protection sociale repose sur deux philosophies à l'apparence antinomique, d'une part une philosophie sociale et d'autre part une philosophie libérale, avec d'un côté un droit ressortant de prérogative de puissance publique, et de l'autre, ressortant des règles du code civil.

Attendu que la conséquence en est qu'il ne peut être fait référence, selon les parties ou selon les litiges, soit au droit administratif, soit au droit civil alternativement, selon que la règle respective est la plus à même de faire triompher les prétentions qu'il s'ensuit que la référence au droit de la sécurité sociale doit être globale.

Attendu qu'enfin la requérante considère comme illégitime l'ingérence du législateur dès lors qu'il n'a pas pour seul motif l'intérêt public, qu'en l'espèce, le texte, ni les travaux parlementaires, ne font une quelconque référence à cet intérêts public.

Attendu que si la réforme de la protection sociale et notamment de l'assurance maladie ne ressort pas de l'intérêt public, le tribunal cherche vainement ce qui par ailleurs pourrait entrer dans le concept d'intérêt public.

Attendu que pour se référer à de purs rapports de droit privé, cela supposerait que l'assurance maladie soit gérée par des compagnies d'assurances privées, liés avec les assurés par des contrats entre lesdites assurances et les organismes de soins et les praticiens que dans ce contexte la requérante pourrait à bon droit se prévaloir de la règle de droit privé.

Attendu que les caisses gèrent des fonds publics, caractère qui ne peut être contesté puisque les cotisations sont imposées en vertu d'un régime d'assurance obligatoire fondé sur la solidarité nationale.

Attendu que non seulement, elles sont soumises au contrôle de la Cour des Comptes mais qu'au surplus la réduction des déficits est financée par des prélèvements ayant un caractère fiscal, en vertu des principes constitutionnels, il est non seulement normal, mais obligatoire, que la législateur contrôle les recettes et les dépenses.

Attendu que depuis 1974, le tribunal des conflits a toujours jugé que bien que les caisses primaires soient des organismes de droit privé, une simple circulaire émanant desdites caisses, est un acte administratif soumis au contrôle de légalité.

Attendu qu'enfin le conseil constitutionnel considère que tous les mesures législatives visant à réduire le déficit de la sécurité sociale pour autant qu'elles puissent porter atteinte à des intérêts privés, ne constituent pas des atteintes au droit de propriété de ceux qui se considèrent lésés.

Attendu qu'il résulte des motifs ci-dessus exposés surabondamment que le non règlement par les caisses des FSO ne constituent, ni une violation des articles 13 et 6 de la Convention européenne des Droits de l'Homme, ni une violation de l'article 1^{er} du protocole Additionnel de la Convention européenne des Droits de l'Homme, ni une ingérence de l'Etat, ni une violation du principe de non rétroactivité des lois, ni une violation du principe de la séparation des pouvoirs, ni la violation du droit à un procès équitable, ni la violation d'avoir accès un recours effectif, ni une violation du principe de l'autorité de la chose jugée et ni une violation au respect des biens, qu'il s'ensuit, que la caisse a fait une juste application de la réglementation en vigueur et que les prétentions de la clinique requérante doivent être rejetées.

PAR CES MOTIFS

Le Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale de l'Hérault, statuant publiquement, contradictoirement et en premier ressort,

Dit le recours recevable et non fondé,

Dit que la S.N.C.F. fait une juste application des textes en vigueur et que c'est à bon droit qu'elle ne procède pas au paiement du complément afférent au frais de salle d'opération réclamés par le clinique requérante.

Déboute la clinique requérante de l'ensemble de ses demandes.

LE PRÉSIDENT

Jean-François DAUX

LA SECRETAIRE

Bernadette ALLIDIÈRES