

Texte français (titre VI, chapitre II, des lois sur le Conseil d'État, coordonnées le 12 janvier 1973).

Conseil d'État, section d'administration.

ARRÊT

n° 102.632 du 17 janvier 2002
A. 77.653/VII-16.498.

En cause : Johan DE JAEGER,
ayant élu domicile chez
Me P. DEVERS, avocat,
ayant son cabinet à GAND,
Kouter 69

contre :

l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI).

LE CONSEIL D'ÉTAT, VIIe CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 24 février 1998 par laquelle Johan DE JAEGER demande l'annulation de la décision de la section néerlandaise de la commission d'appel instituée auprès du service du contrôle médical de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) du 23 décembre 1997 confirmant dans toutes ses dispositions la décision de la commission de contrôle, section de Flandre orientale, du 19 février 1997;

Vu les mémoires en réponse et en réplique régulièrement échangés;

Vu le rapport de M. R. VANDER ELSTRAETEN, premier auditeur;

Vu l'ordonnance du 21 février 2000 ordonnant le dépôt au greffe du rapport et du dossier;

Vu la notification du rapport aux parties et les derniers mémoires régulièrement échangés;

Vu l'ordonnance du 16 juillet 2001, fixant l'affaire à l'audience du 20 septembre 2001;

Entendu M. R. STEVENS, conseiller d'État, en son rapport;

Entendu, en leurs observations, Me F. LIEBAUT, avocat, loco Me P. DEVERS, avocat, qui comparaît pour le requérant, et J. SCHRAEPEN, conseiller adjoint, qui comparaît pour la partie défenderesse;

Entendu M. R. VANDER ELSTRAETEN, premier auditeur, en son avis conforme;

Vu le titre VI, chapitre II, des lois sur le Conseil d'État, coordonnées le 12 janvier 1973;

1. Des éléments de la cause

Considérant que les éléments de la cause peuvent être résumés comme suit :

1.1. Le requérant est docteur en médecine, chirurgie et accouchements et a un cabinet de médecine générale à Deinze.

1.2. Il est constaté qu'en ce qui concerne les demandes de biologie clinique, le requérant a nettement dépassé la moyenne tant nationale que provinciale en 1990. Partant de cette constatation, il est décidé de soumettre à une enquête plus approfondie les demandes introduites et leur répercussion sur l'intervention de l'assurance.

1.3. Le 9 août 1996, le service du contrôle médical de l'INAMI saisit la commission de contrôle, section de Flandre orientale, d'une plainte motivée à charge du requérant.

Selon cette plainte, il est reproché au requérant les manquements suivants à l'article 73 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (la loi AMI coordonnée) :

"Dans la période du 1^{er} janvier 1991 au 30 avril 1992 inclus, 4.551 prestations superflues de biologie clinique et de médecine nucléaire in vitro ont été demandées indûment, ce qui représente une intervention de l'assurance pour un montant total de 958.916 francs".

1.4. La plainte motivée est envoyée au requérant sous pli recommandé du 9 août 1996, en même temps qu'une convocation à comparaître devant la commission de contrôle, section de Flandre orientale, à l'audience du 16 octobre 1996.

1.5. Par décision du 19 février 1997, la commission de contrôle, section de Flandre orientale :

"- dit pour droit que les manquements relatifs aux dispositions de l'article 73 de la loi coordonnée ont été constatés et établis : dans la période du 1^{er} janvier 1991 au 30 avril 1992 inclus, le docteur DE JAEGER a demandé 4.551 prestations superflues de biologie clinique et de médecine nucléaire in vitro, qui ont été imputées à l'assurance obligatoire soins de santé pour un montant de 958.916 francs;

- récupère auprès du docteur Johan DE JAEGER les dépenses relatives à ces prestations prises en charge; fixe le montant de cette récupération à 958.916 francs (...);
- déboute la partie réclamante pour le surplus, et plus particulièrement en ce qui concerne l'exclusion du régime du tiers payant;
- (...)"

Cette décision est motivée comme suit :

"Il résulte du rapport déposé que l'enquête, qui a donné lieu à la plainte finale, a été entamée à l'initiative du service du contrôle médical (SCM) de l'INAMI et trouve son origine dans la constatation (fondée sur des données comptables pour l'année 1990) que le docteur DE JAEGER, en percevant un montant de 2.033.736 francs consécutivement à des demandes de biologie clinique, a nettement dépassé la moyenne tant nationale que provinciale.

Le rapport, et plus particulièrement les pages 10 à 12 incluses, décrivent la méthode d'enquête du SCM : pour commencer, les demandes de biologie clinique pour le mois de mars 1991 effectuées par le LABO MEDISCHE ANALYSE de Zwijnaarde sont vérifiées auprès d'un seul organisme assureur local. Les résultats de ce sondage sont comparés aux résultats d'une étude comparative (effectuée par le service des soins de santé de l'INAMI en ce qui concerne le comportement des médecins généralistes recyclés lorsqu'ils prescrivent des examens de biologie clinique - cfr rapport pages 8 à 9 incluse) et ce pour quatre paramètres : montant absolu prescrit, montant moyen par prescription, montant moyen par contact avec un patient et nombre moyen de prescriptions par contact. Le SCM a conclu de cette confrontation de données que, s'il n'a pas plus souvent recours au diagnostic de biologie clinique que la moyenne de ses collègues, le docteur DE JAEGER se distingue néanmoins par un montant moyen très élevé par prescription, le montant absolu prescrit étant ainsi très élevé également. L'enquête a alors été étendue une première fois, tant en ce qui concerne le nombre d'organismes assureurs que la période examinée, une quinzaine d'assurés ayant été interrogés. La deuxième extension de l'enquête porte sur les laboratoires qui exécutent les prestations, les organismes assureurs qui les paient et la période examinée. Ainsi, 385 demandes de biologie clinique au total ont fait l'objet de l'enquête (226 demandes au labo LMA de Zwijnaarde et 159 au labo CML à Roulers) et ce au nom de 227 assurés. Ces 385 demandes de la main du docteur DE JAEGER ont été recueillies dans les organismes assureurs 100, 200, 300, 400 et 700 et couvrent la période du 1^{er} janvier 1991 au 31 juillet 1992 inclus. Les résultats des tests demandés ont été collectés auprès des deux laboratoires exécutants et concernent la période du 1^{er} janvier 1991 au 30 avril 1992 inclus.

Le 14 octobre 1992, le docteur DE JAEGER définit une 'série standard' de 56 tests demandés par lui (cfr rapport pages 15 et 16), dont 16 ont été examinés de manière plus approfondie par le SCM (cfr rapport page 17).

Pour ces 16 paramètres, le SCM a effectué une étude comparative à l'occasion de laquelle les demandes introduites par le docteur DE JAEGER ont été confrontées aux demandes et aux populations comparables de médecins généralistes exerçant dans la province de Flandre orientale et ce en s'appuyant sur des listings informatiques provenant du Labo Medische Analyse de Zwijnaarde (7.166 demandes de biologie clinique introduites par 170 médecins prescripteurs pour la période s'étendant de juin 1992 à juin

1993), du Centraal Labo-Gent (1.000 demandes successives introduites par tous les médecins généralistes prescripteurs pour la période janvier-février 1992 et avril-mai 1993) et du Labo Apotheker FOSTIER à Brakel (toutes les analyses de sang de 18 demandeurs en 1991). Outre sa propre étude comparative, le SCM s'est également basé sur une étude consacrée par le docteur A. DERESE (juillet 1992) aux médecins généralistes en formation professionnelle (HIBO), celle-ci examinant 227 demandes d'analyses en laboratoire introduites par 25 de ces médecins. Les résultats de l'étude comparative et de l'étude DERESE figurent dans la partie du rapport consacrée aux paramètres retenus (cfr rapport, pages 27 à 60 incluse).

Le SCM conclut, en s'appuyant sur des déclarations pertinentes de patients, sur les déclarations du docteur DE JAEGER en personne, sur la littérature scientifique déposée et sur les études comparatives, que 4.551 tests correspondant aux seize paramètres examinés doivent être considérés comme étant superflus et ayant donné lieu à une intervention de l'assurance d'un montant de 958.916 francs (cfr rapport, page 60 - tableau synoptique).

Il ressort des notes déposées par le docteur DE JAEGER que sa défense se limite à deux parties de la réclamation introduite : d'une part, l'action en récupération (dont la prescription est invoquée et, subsidiairement, en cas de rejet de la prescription, la violation des articles 11 et 12 de la Constitution par l'article 157 de la loi AMI coordonnée) et, d'autre part, la demande d'interdiction d'appliquer le tiers payant (interdiction que l'on prétend liée à la récupération). La matérialité des prestations taxées de superflues n'a pas non plus été contestée à l'audience, pas plus qu'il n'a été avancé d'arguments dont il devrait résulter que les faits matériels constatés par le SCM ne correspondraient pas à la réalité. Dès lors, la matérialité des prestations demandées, exécutées et imputées, à savoir 4.551 prestations de biologie clinique et de médecine nucléaire in vitro, reste établie après examen à l'audience.

En ce qui concerne le caractère superflu des prestations retenues, la commission de contrôle peut se retrouver dans l'argumentation développée par le SCM. Outre qu'il ressort des propres déclarations du docteur DE JAEGER que son comportement en matière de demandes résulte, pour une part non négligeable, de sa formation (il a terminé ses études en 1987), qu'il est influencé par la présentation du formulaire de demande, qu'il est déterminé notamment par l'influence qu'exercent les médias sur le patient, et qu'il dépend du délai de notification du résultat, il y a la littérature scientifique pertinente

et les avis des professeurs et/ou médecins consultés par le SCM qui, dans leur domaine, font autorité. Dans l'examen de chacun des 16 paramètres (sont visés les tests ou groupes de tests) taxés de superflus par le SCM, le rapport cite de manière très détaillée (en indiquant les sources) la littérature scientifique et les avis recueillis (cfr rapport pages 27 à 60 incluse) et tire des conclusions de ces informations. Il n'y a pas lieu de douter de la véracité et de la pertinence de ces éléments, ni de la validité des conclusions tirées par le SCM. A cet égard, il est à noter également que, ni dans les notes qu'il a déposées ni à l'audience, le docteur DE JAEGER n'invoque d'arguments qui contesteraient la validité, la véracité et la pertinence de la littérature scientifique et des avis ou des conclusions tirées par le SCM, qui amèneraient la commission de contrôle à rejeter ces éléments et conclusions. Par ailleurs, il résulte de l'examen des 16 paramètres retenus que le SCM a appliqué correctement les conclusions qui s'imposent aux méthodes du docteur DE JAEGER.

La commission de contrôle se rallie dès lors aux conclusions du SCM : dans la période sous revue, le docteur DE JAEGER, en demandant 4.551 prestations de biologie clinique et de médecine nucléaire in vitro, a fait exécuter des prestations superflues au sens de l'article 73 de la loi AMI coordonnée; prestations superflues qui ont été prises en charge pour un montant de 958.915 francs.

Dans les notes déposées et à l'audience, le docteur DE JAEGER ne conteste pas la matérialité de ces prestations, ni leur caractère superflu. Il soutient toutefois que l'action en récupération' serait prescrite, du moins qu'il n'y aurait pas eu d'interruption dans les délais, et ce en vertu de l'article 174, 6°, de la loi AMI coordonnée. En revanche, le SCM soulève au principal que les récupérations visées à l'article 174 sont d'un tout autre ordre que celles visées à l'article 157; ensuite que, sauf disposition dérogatoire contraire expresse, c'est la prescription trentenaire de droit commun qui est d'application.

A la lecture de l'article 174, la commission de contrôle constate que cet article règle les droits/obligations de l'assuré social, des dispensateurs de soins et des organismes assureurs, entre autres en ce qui concerne le paiement/remboursement des prestations, en fixant essentiellement les rapports juridiques des organismes assureurs à l'égard des assurés sociaux ou, le cas échéant, des dispensateurs de soins. En tout état de cause, les organismes assureurs sont toujours concernés, alors qu'à l'article 157, l'action

est exercée par le SCM. Il est à noter par ailleurs que les délais de prescription visés dans les différentes subdivisions de l'article 174 concernent une situation totalement différente de celle sur laquelle la commission de contrôle est actuellement appelée à statuer. Finalement, même si les dépenses ont indûment été prises en charge par l'assurance soins de santé, il est évident qu'elles n'ont pas été octroyées indûment : en effet, elles ont été allouées à des assurés sociaux assurables consécutivement à des demandes de prestations médicales introduites par une personne qui était habilitée, qualifiée et autorisée à cette fin.

La réponse au moyen précédent résulte immédiatement de la réponse à un deuxième moyen invoqué par le docteur DE JAEGER, à savoir celui dans lequel il soutient que la recevabilité de l'action visant à imposer une interdiction d'appliquer le tiers payant reste ou disparaît avec l'action en récupération : le rejet du moyen invoquant la prescription de l'action en récupération détermine nécessairement le sort du moyen que le docteur DE JAEGER y associe et qui soulève l'irrecevabilité de l'action visant à prononcer une interdiction d'appliquer le tiers payant. Dès lors, rien, le cas échéant et si nécessaire, n'empêche la commission de contrôle de prononcer une interdiction d'appliquer le tiers payant.

Subsidiairement, le docteur DE JAEGER fait remarquer que dans l'hypothèse où la commission de contrôle rejeterait le moyen invoquant la prescription de l'action en récupération, cela poserait en tout état de cause un problème d'inégalité de traitement de situations égales : il se créerait effectivement une discrimination illicite entre les récupérations concernant les prestations octroyées à charge de l'assurance soins de santé auprès des assurés (et, le cas échéant, des dispensateurs de soins), visées à l'article 164, et les récupérations auprès des dispensateurs de soins visées à l'article 157, autrement dit, pourquoi l'action en récupération exercée par un organisme assureur contre le dispensateur de soins (articles 164-174) devrait-elle être intentée dans les deux ans et l'action en récupération intentée par l'INAMI contre le dispensateur de soins (article 157) pas ?

A cet égard, il convient de faire référence à la réponse apportée au moyen concernant la prescription : d'emblée, il ressort clairement des articles 157 et 164-174 qu'il ne s'agit pas, en l'occurrence, d'un traitement inégal de situations égales ou d'un traitement égal de situations inégales.

Le principe d'égalité ne peut pas avoir été violé, si bien qu'il n'y a aucune nécessité de poser une question préjudicielle. La réponse à la question

de savoir si la commission de contrôle est une juridiction administrative ou bien une commission administrative est sans pertinence à cet égard.

Conformément à l'article 157 de la loi coordonnée, la commission de contrôle peut récupérer totalement ou partiellement auprès du dispensateur de soins les dépenses relatives aux prestations indûment prises en charge. Or, la récupération porte seulement sur une partie du montant total prescrit, à savoir la partie ayant fait l'objet de l'enquête et dont il est apparu qu'elle engage la responsabilité du docteur DE JAEGER au sens de l'article 73 précité; les demandes utiles d'analyse ne sont pas visées. Dès lors, il ne se justifie nullement de ne procéder qu'à une récupération partielle.

En outre, la commission de contrôle peut accorder des facilités de paiement. Dans la réclamation introductive, il est postulé un délai de remboursement d'un an, ce qui n'est pas raisonnable, vu les éléments du dossier. La commission de contrôle estime dès lors qu'il convient d'autoriser le docteur DE JAEGER à effectuer le remboursement sur une période de trois ans.

Dans la plainte introductive, le SCM propose d'imposer au docteur DE JAEGER une interdiction d'appliquer le tiers payant pour une période de deux ans. Les manquements constatés et établis n'étant pas de nature à justifier pareille interdiction, la commission de contrôle n'accueille pas cette demande du SCM."

1.6. Le 25 mars 1997, le requérant interjette appel auprès de la commission d'appel contre la décision de la commission de contrôle du 19 février 1997.

1.7. Le 23 décembre 1997, la commission d'appel prend la décision présentement attaquée, déclarant l'appel du requérant recevable mais non fondé et confirmant dans toutes ses dispositions la décision attaquée de la commission de contrôle du 19 février 1997.

La décision de la commission d'appel repose sur la motivation suivante :

"La commission d'appel estime pouvoir se rallier à la décision du premier juge pour les motifs figurant dans la décision a quo auxquels nous souscrivons.

Cela vaut tout d'abord pour le moyen pris de la prescription, soulevé par la partie DE JAEGER.

En effet, la commission de contrôle statue à bon droit que l'action, qui fait l'objet du présent litige, n'est pas soumise au délai de prescription de deux ans prévu par l'article 174 de la loi coordonnée, mais à la prescription trentenaire de droit commun. L'action reposant sur l'article 157 de la loi coordonnée ne figure notamment pas au point 6 de l'article 174 précité.

La partie DE JAEGER soutient subsidiairement qu'il y aurait lieu de poser les questions préjudicielles suivantes à la Cour d'arbitrage :

1. 'L'article 174, notamment son 6°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, viole-t-il les articles 10 et 11 de la Constitution coordonnée dans la mesure où il impliquerait que le délai de prescription de deux ans n'est applicable qu'aux seules récupérations des organismes assureurs auprès de l'assuré (et, le cas échéant, auprès des dispensateurs de soins) et non aux récupérations de l'INAMI auprès des dispensateurs de soins, visées à l'article 157 de la même loi coordonnée ?'.

2. 'L'article 142 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, combiné avec l'article 157 de la même loi, viole-t-il les articles 10 et 11 de la Constitution coordonnée lus isolément, combinés avec, d'une part, l'article 6 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales et, d'autre part, l'article 14.1 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques, dans la mesure où ces articles impliqueraient qu'un litige concernant la récupération totale ou partielle, auprès du dispensateur de soins, des dépenses relatives aux prestations prises en charge par l'assurance soins de santé et indemnités, est jugé par les commissions instituées auprès de l'INAMI visées à l'article 142 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, alors que tout litige entre l'assuré (ou, le cas échéant, le dispensateur de soins) et l'INAMI même est soumis aux juridictions ordinaires visées aux articles 580 et 583 du Code judiciaire et à l'article 167 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 ?'.

L'hypothèse qui avait déjà été avancée en première instance par la partie DE JAEGER et qui visait à poser une question préjudicielle concernant le

délai de prescription est rejetée à bon droit par la commission de contrôle sur la base de la motivation suivante :

'(...)d'emblée, il ressort clairement des articles 157 et 164-174 qu'il ne s'agit pas, en l'occurrence, d'un traitement inégal de situations égales ou d'un traitement égal de situations inégales. Le principe d'égalité ne peut pas avoir été violé, si bien qu'il n'y a aucune nécessité de poser une question préjudicielle. La réponse à la question de savoir si la commission de contrôle est une juridiction administrative ou bien une commission administrative est sans pertinence à cet égard'.

Les motifs admis dans le jugement a quo s'appliquent à l'ensemble de la question invoquée par l'appelant.

Un problème de discrimination ne découle pas automatiquement d'une simple différence de traitement. Il doit s'agir de personnes qui se trouvent dans la même situation. En l'espèce, il s'agit de situations substantiellement différentes : d'une part, la relation entre les assurés sociaux et l'assurance maladie-invalidité à l'égard des mutualités; d'autre part, la relation entre les dispensateurs de soins et le régime de l'assurance à l'égard de l'INAMI. Ainsi, dans la première relation, le législateur a pu instaurer une prescription de courte durée et, dans la seconde relation, soumettre les litiges à l'appréciation d'une juridiction administrative.

Pour autant que de besoin, il est à noter à cet égard qu'une discrimination ne peut pas non plus être constatée en cas de situations égales lorsqu'il existe une justification objective et raisonnable pour la différence de traitement, et que le moyen utilisé par le législateur est raisonnablement proportionnel à l'objectif visé. La partie DE JAEGER n'avance pas d'arguments en ce sens.

Dès lors, la présomption de constitutionnalité dont sont revêtues les dispositions en question de la loi coordonnée n'est pas mise en cause d'une manière adéquate ou suffisante. Il n'y a pas lieu de soumettre les questions préjudicielles formulées par l'appelant à la Cour d'arbitrage (cfr J. VELAERS, 'Van Arbitragehof tot Grondwettelijk Hof', 1990, n° 519).

Quant aux faits : ceux-ci sont établis à suffisance par le rapport circonstancié de l'enquête menée par le SCM de l'INAMI.

Il a été décidé de mener cette enquête après que les données comptables provenant du service des soins de santé ('comportement des médecins généralistes dans leurs demandes de biologie clinique') ont révélé qu'en ce qui

concerne les demandes de biologie clinique, le docteur DE JAEGER a nettement dépassé la moyenne tant nationale que provinciale.

Le 14 octobre 1992, le docteur DE JAEGER définit une 'série standard' de demandes qu'il a utilisée au cours de la période faisant l'objet de l'enquête. Cette série comporte 56 paramètres (tests ou groupes de tests), dont 16 ont retenu l'attention du SCM. En ce qui concerne ces derniers paramètres, la fréquence des demandes introduites par le docteur DE JAEGER a été confrontée à celle de populations comparables de médecins généralistes et d'un groupe de médecins généralistes en formation. Il en ressort que les demandes du docteur DE JAEGER s'écartent fortement du type de demandes introduites par ses collègues. L'indication thérapeutique de ces tests a également été comparée aux conceptions médicales en la matière. Tout ceci a eu pour effet que les tests en question ont dû être considérés comme superflus dans 4.551 cas pour une somme de 958.915 francs (cfr le tableau synoptique figurant à la page 60 du rapport).

Au total, 385 demandes de biologie clinique au nom de 227 assurés ont fait l'objet de l'enquête. Lorsqu'il y avait un élément en faveur d'un test déterminé, celui-ci était écarté de l'enquête. Les chiffres précités en sont le résultat final.

Dans l'analyse des paramètres jugés superflus, le rapport cite de manière très détaillée la littérature scientifique et les avis recueillis auprès d'experts et tire les conclusions qui s'imposent de ces informations (cfr pp. 27 et suivantes du rapport).

La comparaison du docteur DE JAEGER avec la moyenne de ses confrères de la même génération, qui ont bénéficié de la même formation que lui, révèle l'existence d'une valeur de remboursement plus de trois fois plus élevée pour des demandes d'analyses de laboratoire (cfr p. 7 du rapport).

L'appelant ne peut pas contester sérieusement ces constatations. Il formule un certain nombre de considérations générales concernant la littérature médicale, la catégorie socio-médicale de la population de patients et la liberté thérapeutique, qui n'ôtent toutefois rien à la fiabilité des informations utilisées par le SCM et à la pertinence des conclusions que celui-ci en tire.

Il faut souligner à cet égard que le SCM a jugé les cas concrètement et qu'une défense adéquate de l'appelant consisterait à mettre en évidence les cas concrets où le reproche de prescriptions en séries standard serait sans fondement. Ainsi qu'il a déjà été souligné, le service lui-même a écarté toutes

les demandes utiles. Le docteur DE JAEGER ne précise pas non plus de quelle manière, dans sa position, il pourrait trouver une justification pour son comportement prescripteur manifestement exorbitant comparé à ses collègues.

Enfin, et pour autant que de besoin : l'appelant soutient que l'administration 'l'a laissé agir dans son comportement prescripteur présentement mis en cause', et qu'une partie qui s'estime lésée a l'obligation de 'limiter les dommages présumés'. Cette défense ne peut être retenue dès lors que l'appelant devait reconnaître que ses agissements étaient abusifs, même sans interdiction ou instruction en la matière.

La prescription de tests en série sans tenir compte des indications requises est de nature à provoquer automatiquement une surconsommation à grande échelle. La commission de contrôle était fondée à constater les infractions commises par le docteur DE JAEGER et c'est à bon droit qu'elle l'a rendu pleinement responsable des dépenses qui ont été mises à charge de l'assurance suite à ses agissements";

2. Du bien-fondé du recours

2.1. Premier moyen

2.1.1. Positions des parties

Considérant que les parties développent les arguments suivants :

2.1.1.1. Le requérant prend un premier moyen de la violation des articles 10 et 11 de la Constitution, combinés avec l'article 6 de la CEDH et l'article 14 du PIDCP, et du principe de bonne administration, notamment du principe de la sécurité juridique et du principe de motivation, en ce que la commission d'appel prétend indûment que l'article 174, 6°, de la loi AMI coordonnée doit s'interpréter de manière à ce point restrictive ratione personae qu'il n'a de force obligatoire qu'entre les organismes assureurs et l'assuré et n'est donc pas d'application lorsque l'INAMI est lui-même la partie qui procède à la récupération en vertu de l'article 157 de la loi AMI coordonnée.

Le requérant soutient que l'article 174, 6°, de la loi AMI coordonnée est également d'application lorsque la récupération s'effectue sur la base

de l'article 157 de la même loi. Autrement dit, le délai de prescription de deux ans, défini à l'article 174, 6°, de la loi AMI coordonnée est également d'application lorsque l'INAMI intente une action en récupération contre un dispensateur de soins. En l'occurrence, la récupération serait donc prescrite.

Le requérant estime que le principe constitutionnel de l'égalité est violé si l'on suit l'interprétation de l'article 174, 5° et 6°, de la loi AMI coordonnée, défendue par la partie défenderesse et la commission d'appel. En pareil cas, il y aurait effectivement une discrimination illicite entre les récupérations, notamment en ce qui concerne les prestations octroyées à charge de l'assurance soins de santé auprès des assurés, visés à l'article 164 de la loi AMI coordonnée, et les récupérations auprès des dispensateurs de soins en vertu de l'article 157 de la même loi.

Le requérant demande que, le cas échéant, le Conseil d'État, conformément à l'article 26, § 2, de la loi spéciale du 26 janvier 1989 sur la Cour d'arbitrage, pose la question préjudicielle suivante à cette cour :

"L'article 174, notamment son 6°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, viole-t-il les articles 10 et 11 de la Constitution coordonnée, combinés, d'une part, avec l'article 6 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales et, d'autre part, avec l'article 14.1 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques, dans la mesure où il impliquerait que le délai de prescription de deux ans n'est applicable qu'aux seules récupérations des organismes assureurs auprès de l'assuré (et, le cas échéant, auprès des dispensateurs de soins) et non aux récupérations de l'INAMI auprès des dispensateurs de soins, visées à l'article 157 de la même loi coordonnée ?";

2.1.1.2. Dans son mémoire en réponse, la partie défenderesse rétorque en résumé ce qui suit :

"que la procédure en vertu des articles 73 et 145 de la loi AMI coordonnée ne s'inscrit pas, *ratione materiae*, dans les procédures basées sur les article 164 et 174 de la même loi; que le délai de prescription de deux ans prévu par cet article, sauf disposition légale expresse, ne peut être appliqué à la procédure devant la commission de contrôle; que dès lors que la loi proprement dite n'impose pas de délai, c'est la prescription trentenaire de droit commun qui est d'application. (...)

(...)

- l'article 174, 6°, règle l'exercice de l'action en récupération de la valeur des prestations indûment octroyées à charge de l'assurance soins de santé', alors que l'article 157 fixe les attributions de la commission de contrôle et de la commission d'appel : pouvoir de constater les manquements à l'article 73 et les effets légaux d'une telle constatation, à savoir, en l'occurrence, 'récupérer totalement ou partiellement auprès du dispensateur de soins les dépenses relatives aux prestations à charge de l'assurance soins de santé et indemnités'. L'article 174, 6°, fixe donc les modalités d'une action autonome en récupération; l'article 157 définit les attributions de la commission de contrôle et de la commission d'appel; la récupération est seulement l'accessoire de la constatation d'un manquement;
- le titulaire de l'action en vertu de l'article 174, 6°, est l'organisme assureur; le titulaire de la plainte en vertu de l'article 145 peut être les organismes assureurs, la commission de profils et l'INAMI;
- l'action en vertu de l'article 174, 6°, oppose l'organisme assureur payeur à son assuré ... mais n'oppose jamais l'assuré à l'INAMI (...);
- le fondement légal de l'action en récupération en vertu de l'article 174, 6°, est le paiement indu (...);
- l'action en récupération en vertu de l'article 174, 6°, vise le montant total des prestations indûment octroyées; la récupération en vertu de l'article 157 peut être totale ou partielle.

(...)

Sauf disposition contraire, c'est la prescription trentenaire de droit commun prévue à l'article 2262 du Code civil qui est d'application dans le cadre du régime de l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité. Sauf disposition dérogatoire contraire, il est unanimement admis que l'action se prescrit également selon le droit commun (...) pour la récupération (...) tant de cotisations de sécurité sociale indûment payées que de prestations de sécurité sociale indûment octroyées. Incontestablement, l'article 174 est une disposition dérogatoire expresse (...), la ratio legis du délai de prescription de deux ans auquel est soumise l'action en récupération est d'ordre social et est 'inspirée par le souci du législateur de protéger les intérêts de l'assuré social'. Le délai de prescription dérogeant au droit commun ne peut donc être invoqué que par l'assuré ...";

En ce qui concerne le fait de poser une question préjudicielle à la Cour d'arbitrage, la partie défenderesse soulève que le Conseil d'État est tenu de vérifier si celle-ci répond aux conditions de base :

"Tout d'abord, il faut en effet démontrer, en l'espèce, l'existence d'un traitement inégal de situations égales, mais cela ne suffit pas en soi : les principes constitutionnels de l'égalité et de la non-discrimination n'excluent en effet pas l'instauration d'une différence de traitement entre des catégories de personnes, pour autant que cette différence repose sur un critère objectif et qu'elle soit raisonnablement justifiée.

Ainsi qu'il ressort clairement de la réponse au moyen, la partie requérante ne démontre ni l'un ni l'autre. En effet, il n'y a pas, en l'espèce, de 'traitement inégal d'une situation égale' et, en ce qui concerne la deuxième partie de la question préjudicielle, la partie requérante ne tente même pas de développer une argumentation à ce sujet. A supposer qu'il y ait une inégalité de traitement expresse, ce qui n'est pas le cas, il résulte de tout ce qui précède que le délai de prescription de deux ans prévu à l'article 174, 6°, s'explique par des motifs d'ordre social propres à l'assuré social, des motifs qu'un dispensateur de soins ne peut invoquer dans le cadre de son litige avec l'INAMI";

Dès lors que selon la partie défenderesse la question proposée n'est pas une question préjudicielle, le Conseil d'État ne doit pas y donner suite;

2.1.1.3. Dans son mémoire en réplique, le requérant soutient qu'il n'y a aucune raison de considérer que le champ d'application de l'article 174, 5° et 6°, se limite à l'article 164 (et 166) de la loi AMI coordonnée.

Le requérant invoque ensuite la violation des principes de bonne administration. Suite à l'interprétation donnée par la partie défenderesse et approuvée par la commission d'appel quant à l'application de l'article 174, 5° et 6°, de la loi AMI coordonnée, le requérant ne pouvait nullement compter sur la stabilité d'un statut juridique individuel définitivement établi, ni sur un rapport juridique garanti par les dispositions particulières précitées de la loi AMI coordonnée. L'interprétation non fondée que donne la partie défenderesse de l'application de l'article 174, 5° et 6°, de la loi AMI coordonnée, affecte la sécurité juridique. La commission d'appel est également restée en défaut en ne motivant pas sa décision.

Dans sa décision du 23 décembre 1997, elle fait uniquement référence à la décision de la commission de contrôle. La commission d'appel ne motive pas en droit son interprétation de la raison pour laquelle la récupération par la partie défenderesse n'est pas soumise au délai de prescription de deux ans prévu par l'article 174 de la loi AMI coordonnée, mais à la prescription trentenaire de droit commun, dès lors que la commission de contrôle elle aussi, est déjà restée en défaut à cet égard dans sa décision du 19 février 1997;

2.1.2. Examen

2.1.2.1. Considérant que le moyen invoqué à titre principal est non fondé pour les motifs suivants :

L'article 174, 6°, de la loi AMI coordonnée dispose :

"L'action en récupération de la valeur des prestations indûment octroyées à charge de l'assurance soins de santé se prescrit par deux ans, à compter de la fin du mois au cours duquel ces prestations ont été remboursées";

Cette disposition, qui figurait déjà dans la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, concerne uniquement la récupération de sommes indûment remboursées, autrement dit sans motif, par l'assurance soins de santé. Elle règle les rapports entre l'organisme assureur et son assuré.

En revanche, le régime applicable en l'espèce concernant la récupération des dépenses relatives à l'exécution d'examens, de traitements inutilement onéreux et de prestations superflues, inscrit actuellement à l'article 157 de la loi AMI, a été instauré par la loi du 22 décembre 1989. Il ne comporte pas de délai de prescription et rien n'indique que l'intention du législateur était de soumettre l'application de ces mesures nouvellement instaurées à un délai de prescription particulier. Il concerne des prestations qui ont dûment été payées en première instance.

Les abus relatifs à la liberté thérapeutique ou à la liberté de diagnostic n'apparaissent qu'après avoir observé attentivement et comparé le comportement adopté en matière de prescriptions et de prestations pendant une période plus ou moins longue. Un court délai de prescription de deux ans, prenant

cours de surcroît à compter de la fin du mois au cours duquel le paiement des prestations a été effectué, est difficilement conciliable avec la mesure instaurée par le législateur en 1989. Le législateur ne peut pas avoir eu l'intention de soumettre la récupération éventuelle en vertu de l'article 157 à un délai de prescription quasiment impossible à respecter dans la pratique.

Dès lors, c'est à bon droit qu'à l'instar de la commission de contrôle, la commission d'appel soutient que l'action intentée par le service du contrôle médical n'est pas soumise au délai de prescription visé à l'article 174, 6°, de la loi AMI.

2.1.2.2. Considérant que le requérant invoque subsidiairement que l'interprétation défendue par la commission d'appel au sujet de l'application de l'article 174, 6°, de la loi AMI coordonnée, emporte une discrimination illicite entre les récupérations des organismes assureurs auprès des assurés, d'une part, et les récupérations de l'INAMI auprès des dispensateurs de soins en vertu de l'article 157 de la loi AMI coordonnée, d'autre part; que le requérant réitère la question soumise à la commission d'appel et sollicite expressément du Conseil d'État qu'il la soumette à l'appréciation de la Cour d'arbitrage;

Considérant que lorsqu'est soulevée devant lui une question concernant la violation par une loi des articles 10 et 11 de la Constitution, le Conseil d'État doit demander à la Cour d'arbitrage de statuer sur cette question en vertu de l'article 26, § 1^{er}, 3°, et § 2, alinéa 1^{er}, de la loi spéciale du 6 janvier 1989 sur la Cour d'arbitrage; que le Conseil d'État n'est dispensé de cette obligation que lorsque l'action est irrecevable pour des motifs de procédure tirés de normes ne faisant pas elles-mêmes l'objet de la demande de question préjudicielle ou lorsque la réponse de la Cour d'arbitrage est sans incidence sur le règlement du litige; qu'aucune de ces deux conditions n'est remplie en l'espèce;

Considérant que la partie défenderesse peut difficilement nier que la réponse à la question proposée est utile pour statuer sur le litige dont est saisi le Conseil d'État; qu'il s'agit d'une véritable question préjudicielle; qu'il n'appartient pas au Conseil d'État de se substituer à la Cour d'arbitrage pour vérifier s'il est effectivement question d'un traitement inégal de situations égales;

Considérant qu'il y a lieu, dès lors, de soumettre la première question formulée dans le dispositif du présent arrêt à l'appréciation de la Cour d'arbitrage;

2.2. Deuxième moyen

2.2.1. Positions des parties

Considérant que les parties développent les arguments suivants :

2.2.1.1. Le requérant tire son deuxième moyen de la violation des articles 10 et 11 de la Constitution, combinés avec l'article 6 de la CEDH et l'article 14.1 du PIDCP, et du principe de bonne administration, notamment du droit de la défense, du principe de sécurité juridique, du principe d'impartialité et du principe de motivation, en ce que, d'une part, la compétence à cet égard dans la procédure d'appel - appel contre les décisions de la commission de contrôle - est déléguée à la commission d'appel alors que le tribunal du travail est toutefois le seul, en droit, à avoir une compétence d'attribution en la matière et que, d'autre part, cette commission d'appel n'offre pas les mêmes garanties que les tribunaux ordinaires, notamment le tribunal du travail.

En une première branche du deuxième moyen, le requérant soutient que lorsqu'une sanction administrative a une incidence sur le droit aux prestations de sécurité sociale, le tribunal du travail connaît des litiges relatifs à la sanction en vertu de l'article 583 du Code judiciaire. Les mesures prises par la commission de contrôle et par la commission d'appel concernent des sanctions administratives. Il a déjà été noté par le passé que la commission de contrôle est en fait un organe administratif, alors que la commission d'appel peut être qualifiée de juridiction. Cela implique que les décisions de la commission de contrôle sont des actes administratifs imposant des sanctions administratives. Dans la procédure d'appel, ces sanctions doivent relever de la compétence du tribunal du travail au lieu de la commission d'appel précitée, conformément à l'article 583 du Code judiciaire.

Il résulte de l'article 580, 1°-3°, du Code judiciaire, que le tribunal du travail connaît des contestations relatives aux droits et obligations de toutes les personnes qui bénéficient de la législation en matière d'assurance obligatoire maladie-invalidité, en ce qui concerne les droits et obligations résultant de ces lois et règlements. En tout état de cause, l'article 167 de la loi AMI coordonnée soumet expressément les contestations relatives aux droits et aux obligations résultant de

la législation et de la réglementation concernant l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités ainsi que le contrôle de celles-ci, à la compétence d'attribution des tribunaux du travail.

En une deuxième branche du deuxième moyen, le requérant soutient que l'objet du présent litige concerne la constatation de droits et obligations de caractère civil au sens de l'article 6 de la CEDH. Le droit à la récupération entre la partie défenderesse et le requérant crée directement des rapports juridiques sur le plan personnel. La récupération visée a un caractère purement patrimonial, dans lequel l'aspect droit privé est déterminant, et le présent litige concerne donc un droit civil.

Le requérant soutient que, dans la présente affaire, il y a un traitement inégal et discriminatoire (juridiction administrative instituée auprès de l'INAMI au lieu du tribunal du travail) d'une situation égale (litige civil entre l'assuré, le cas échéant le dispensateur de soins, et l'INAMI). Si le requérant avait pu saisir le tribunal du travail du litige concernant la récupération, il aurait notamment pu compter sur l'examen de l'affaire par trois juges et sur l'intervention d'un auditorat du travail indivisible et indépendant.

Vu l'exposé des deux branches du deuxième moyen, le requérant estime qu'il s'impose de poser la question préjudicielle suivante à la Cour d'arbitrage :

"L'article 142 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, combiné avec l'article 157 de la même loi, viole-t-il les articles 10 et 11 de la Constitution coordonnée lus isolément, combinés avec, d'une part, l'article 6 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales et, d'autre part, l'article 14.1 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques, dans la mesure où ces articles impliqueraient qu'un litige concernant la récupération totale ou partielle, auprès du dispensateur de soins, des dépenses relatives aux prestations prises en charge par l'assurance soins de santé et indemnités, est jugé par les commissions instituées auprès de l'INAMI visées à l'article 142 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, alors que tout litige entre l'assuré (ou, le cas échéant, le dispensateur de soins) et l'INAMI même est soumis aux juridictions ordinaires visées aux articles 580, 581 et 583 du Code judiciaire et à l'article 167 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 ?";

2.2.1.2. Dans son mémoire en réponse, la partie défenderesse rétorque en résumé ce qui suit :

L'incompétence de la commission d'appel invoquée par le requérant n'a pas été soulevée en tant que telle dans la procédure au fond. En ce sens, l'"incompétence" constitue un nouveau moyen et est dès lors irrecevable.

La partie défenderesse soutient en outre que l'article 142, § 2, de la loi AMI coordonnée, habilite expressément la commission d'appel à statuer sur les appels de pleine juridiction interjetés contre les décisions de la commission de contrôle. La compétence générale du tribunal du travail dont il est question à l'article 167 de la loi AMI doit être combinée avec les articles 580 et 581 du Code judiciaire, et s'étend aux contestations relatives aux droits et obligations des ayants droit. Sont parties à ces contestations :

- d'une part l'assuré social contre son organisme assureur ou un organe de l'INAMI;
- un organisme assureur contre l'INAMI;
- un organisme assureur contre l'assuré social ou le dispensateur de soins.

Le requérant assimile injustement ce dernier litige aux litiges et procédures résultant des articles 73 et 157 de la loi AMI coordonnée. En ce qui concerne ce dernier litige, il est à noter par ailleurs que, dans cette action, les parties sont toujours un organisme assureur (et non pas l'INAMI, comme le prétend le requérant) et l'assuré social. Selon l'article 164 de la loi AMI coordonnée, l'indu doit en principe être remboursé par le "bénéficiaire", à moins que le dispensateur de soins ne soit la cause de l'indu et que, dans ce cas, il doive se charger de l'action en récupération. C'est seulement dans cette hypothèse que l'action en récupération dont question à l'article 174, 6°, de la loi AMI coordonnée vise le dispensateur de soins, mais que le fondement légal de la récupération demeure le paiement indu. La loi seule dispose que, dans ce cas, ce n'est pas l'assuré social mais bien le dispensateur de soins qui doit se charger du remboursement. La compétence des tribunaux du travail à connaître des recours en matière de litiges entre l'INAMI et le dispensateur de soins, dont question aux articles 73 et 157 de la loi AMI coordonnée, ne résulte nullement de la compétence générale conférée par les articles 580 et 581 du Code judiciaire.

La partie défenderesse ne suit nullement le requérant dans son raisonnement selon lequel la décision de la commission de contrôle "est une sanction administrative qui a une incidence sur le droit aux prestations". La commission de contrôle constate uniquement les manquements à l'article 73 de la

loi AMI coordonnée et y associe la conséquence légale, à savoir la récupération totale ou partielle des indemnités octroyées pour ces prestations superflues. En outre, la commission de contrôle peut éventuellement imposer une interdiction d'appliquer le tiers payant à l'avenir. La question se pose également à cet égard de savoir s'il s'agit d'une sanction administrative dans l'acception usuelle du terme. En effet, l'interdiction d'appliquer le régime du tiers payant a uniquement une incidence sur le mode de facturation. En outre, la compétence du tribunal du travail à connaître de sanctions ou d'amendes administratives doit être attribuée par un texte légal formel. Les seules sanctions administratives qui figurent en tant que telles dans la loi AMI coordonnée sont inscrites à l'article 168 de cette loi et les articles 73 et 157 ne sont nullement concernés. Les contestations résultant des rapports entre l'INAMI et les personnes travaillant dans le cadre de l'assurance maladie-invalidité sont exclues du champ d'application des articles 580, 581 et 583 du Code judiciaire.

En ce qui concerne la deuxième branche du moyen, la partie défenderesse soutient que le requérant tire des conclusions erronées quant à la nature du droit. La compétence du tribunal du travail pour une contestation déterminée n'implique pas que celle-ci constitue un litige civil. Les articles 144 et 145 de la Constitution coordonnée permettent au législateur de soumettre les contestations qui ont pour objet des droits politiques à des organes de l'ordre judiciaire ou à des juridictions administratives. Ce n'est donc pas la nature du tribunal qui détermine la nature du droit. L'attribution de compétence au tribunal du travail en une matière résulte d'une disposition légale expresse. Il ressort très clairement de l'exposé des motifs de la loi-programme de 1989 que l'intention du législateur était de confier cette matière à des juridictions administratives. L'attribution de compétence au tribunal du travail en ce qui concerne les litiges (l'article 167 de la loi AMI coordonnée et les articles 580, 581 et 583 du Code judiciaire) et l'attribution de compétence à des juridictions administratives en ce qui concerne les litiges dont question aux articles 73 et 157 de la loi AMI coordonnée, sont dès lors conformes à la Constitution.

Les arguments du requérant relatifs à la violation des droits de la défense et du principe d'impartialité ne convainquent pas davantage la partie défenderesse. Deux magistrats professionnels de la cour du travail siègent à la commission d'appel et ils sont les seuls à avoir voix délibérative. La circonstance que l'intervention d'un auditorat du travail indivisible et indépendant offrirait davantage de garanties pour les droits de la défense ou l'impartialité du siège, n'est pas plus convaincante. En effet, dans la procédure actuelle, l'initiative, l'examen et la constitution du dossier revient unilatéralement au service du contrôle médical, ce

qui est du reste inhérent à la qualité de "partie réclamante", mais n'affecte nullement les droits de la défense ni l'indépendance ou l'impartialité de la juridiction. L'argument selon lequel la procédure devant la commission d'appel n'offre pas les mêmes garanties que la procédure devant les juridictions ordinaires, notamment le tribunal du travail, est sans pertinence.

En ce qui concerne le fait de poser une question préjudicielle, la partie défenderesse estime que le Conseil d'État doit vérifier si cette question répond bien aux conditions de base. La partie défenderesse estime qu'il ne s'agit pas d'une question préjudicielle, si bien que le Conseil d'État ne doit pas y donner suite.

2.2.1.3. La partie requérante rétorque ce qui suit dans son mémoire en réplique :

La controverse concernant la compétence ou l'incompétence de la commission susmentionnée est d'ordre public. Le requérant n'aperçoit nulle part dans les articles 580, 581 et 583 du Code judiciaire et dans les articles 167, 73 et 157 de la loi AMI coordonnée l'intention du législateur d'exclure les litiges visés par ces deux derniers articles de la loi AMI coordonnée de la compétence des tribunaux du travail. Selon lui, la récupération, telle qu'elle a été prononcée à l'origine par la commission de contrôle, concerne bel et bien une sanction administrative.

En ce qui concerne la deuxième branche du deuxième moyen, le requérant reste sur sa position, à savoir que le litige porte sur un droit subjectif de caractère civil. Partant, le requérant souligne l'importance de l'intervention d'un ministère public indivisible et indépendant (auditorat du travail). Il fait l'objet d'une discrimination dès lors que l'accès au tribunal du travail lui est refusé.

2.2.1.4. Le requérant soutient dans son dernier mémoire que les principes fondamentaux d'impartialité et d'indépendance des enquêteurs, comparés notamment aux procédures analogues concernant les litiges en matière de sécurité sociale examinés par les juridictions du travail, ne sont pas garantis par la commission de contrôle et la commission d'appel. L'article 6 de la CEDH reconnaît à toute personne le droit à un examen équitable des contestations sur ses droits et obligations de caractère civil, ce qui implique que les parties à une action civile doivent avoir des chances égales de réfuter les preuves apportées par les autres parties. Les liens étroits entre la partie défenderesse et la commission qui statue, d'une part, et la nature et la teneur de l'enquête menée et du rapport précité, d'autre part, ne sont rien de plus ou de moins qu'un 'acte d'accusation' dans le processus décisionnel. Vu les liens étroits entre les fonctionnaires concernés précités, qui étaient chargés de

l'enquête et du rapport, et la partie défenderesse, l'enquête et l'audience ne sont pas dépourvues de toute apparence de partialité et d'une méconnaissance des droits de la défense. Il apparaît au requérant que l'"impartialité structurelle" de la commission de contrôle et de la commission d'appel n'est pas garantie, du moins qu'il peut y avoir un doute justifié quant à cette partialité. Le requérant est en désaccord avec la position de partie défenderesse selon laquelle l'article 6.1. de la CEDH n'est pas applicable à la procédure devant la commission d'appel.

Compte tenu de ce qui précède, le requérant estime que l'extension/la nouvelle formulation de la question préjudicielle, dans les termes suivants, s'impose :

"L'article 142 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, combiné avec l'article 157 de la même loi, viole-t-il les articles 10 et 11 de la Constitution coordonnée lus isolément, combinés avec, d'une part, l'article 6 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales et, d'autre part, l'article 14.1 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques, dans la mesure où ces articles impliqueraient, d'une part, que les contestations concernant la récupération totale ou partielle, à charge d'un dispensateur de soins, des dépenses relatives aux prestations prises en charge par l'assurance soins de santé et indemnités, sont jugées par la commission de contrôle et la commission d'appel instituées auprès de l'INAMI et visées aux articles 142 et 157 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 et, d'autre part, que l'examen des conclusions concernant une récupération ou bien l'imposition d'une interdiction d'appliquer le tiers payant est effectué par les fonctionnaires agissant au service et sur ordre du service du contrôle médical conformément aux articles 145, § 2, et 146 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, alors que tout litige entre l'assuré (ou, le cas échéant, le dispensateur de soins) et l'INAMI même est soumis aux juridictions ordinaires et aux garanties offertes par celles-ci, entre autres par l'intervention d'un auditorat indépendant et indivisible, visées aux articles 580, 581 et 583 du Code judiciaire et à l'article 167 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, ainsi qu'aux articles 138, 140, 145, 152 et 764 du Code judiciaire ?";

2.2.1.5. Dans son dernier mémoire, la partie défenderesse fait valoir entre autres qu'il lui apparaît que, dans son dernier mémoire, la partie requérante invoque en fait un nouveau moyen, à savoir la partialité structurelle de la commission de contrôle et de la commission d'appel. Vu l'état de la procédure, la partie défenderesse estime que ce moyen n'est pas recevable et est à tout le moins non fondé. Elle conteste que, bien qu'une enquête administrative soit menée par des médecins-inspecteurs du service du contrôle médical, ceux-ci aient intérêt à l'enquête et que l'on puisse dès lors invoquer à leur encontre une apparence de partialité. Toute pièce, tout argument et tout moyen invoqué par le service du contrôle médical au cours de la procédure est soumis à un débat contradictoire, donc également le rapport de l'enquête et le compte rendu oral présenté par le rapporteur à l'audience publique. A l'occasion de l'échange des conclusions et à l'audience publique, chaque partie peut toujours présenter les pièces et arguments qui lui paraissent utiles. Il n'est pas non plus question de "liens institutionnels étroits". Il est exact que la commission de contrôle et la commission d'appel sont instituées auprès du service du contrôle médical de l'INAMI et que le médecin-inspecteur de ce service exerce la fonction de rapporteur. Il n'empêche que les "juges" doivent être totalement indépendants du service du contrôle médical ou de l'INAMI. La commission de contrôle et la commission d'appel sont composées de deux magistrats de l'ordre judiciaire dont l'indépendance et l'impartialité ne peuvent être raisonnablement contestées. Ils sont assistés de médecins présentés par les organisations représentatives du corps médical et par les organismes assureurs que le législateur a associés à la gestion paritaire de la sécurité sociale, mais l'on ne peut pas non plus en déduire raisonnablement leur dépendance vis-à-vis de l'INAMI;

2.2.2. Examen

2.2.2.1. Considérant que la compétence d'une juridiction administrative est d'ordre public; que le moyen est dès lors recevable, même si l'exception en question n'a pas été soumise préalablement à la juridiction de fond;

2.2.2.2. Considérant que l'article 142, § 2, de la loi AMI coordonnée s'énonce comme suit :

"Après du Service de contrôle médical est instituée une commission d'appel ayant pour mission de statuer sur les appels interjetés contre les décisions de la commission de contrôle";

que la clarté de ce texte légal ne laisse subsister aucun doute sur le fait que le législateur a conféré le pouvoir à la commission d'appel, instituée auprès du service du contrôle médical de l'INAMI par l'article 142, § 2, de la loi AMI coordonnée, de connaître des appels interjetés contre les décisions de la commission de contrôle et de statuer sur ceux-ci; que le pouvoir général conféré au tribunal du travail en vertu des articles 580, 581 et 583 du Code judiciaire et de l'article 167 de la loi AMI coordonnée n'est dès lors pas en cause;

2.2.2.3. Considérant qu'en cas de contestation sur un droit de caractère civil, l'article 6 de la CEDH garantit l'accès à un tribunal indépendant et impartial; que la commission d'appel est une juridiction dont l'indépendance à l'égard de l'INAMI traduit la volonté du législateur; que la commission se compose de deux magistrats ayant voix délibérative, de quatre médecins désignés par les organisations représentatives du corps médical et de quatre médecins désignés par les organismes assureurs, lesquels n'ont qu'une voix consultative; que le service du contrôle médical est entendu en ses moyens à l'audience; que celui-ci n'est toutefois pas représenté à la commission et ne participe nullement aux délibérations de la commission d'appel; que la commission d'appel n'est pas non plus redevable d'une quelconque justification de ses décisions envers l'INAMI; qu'ainsi la commission d'appel satisfait aux conditions d'une juridiction indépendante et impartiale; que l'absence d'avis d'un organe comparable à l'auditorat du travail au cours de la procédure en question n'y préjudicie en rien; que, dès lors, l'article 6 de la CEDH n'est pas violé;

2.2.2.4. Considérant que le requérant invoque la violation des articles 10 et 11 de la Constitution par l'article 142, § 2, de la loi AMI coordonnée en ce qu'il est dérogé, sans justification objective et raisonnable, à la compétence de droit commun des tribunaux du travail en matière de contestations relatives à l'assurance maladie-invalidité; que, dans sa requête, le requérant réitère la première question préjudicielle qu'il a soumise à la commission d'appel en demandant expressément au Conseil d'État de la poser à présent à la Cour d'arbitrage;

Considérant que lorsqu'est soulevée devant lui une question concernant la violation par une loi des articles 10 et 11 de la Constitution, le Conseil d'État doit demander à la Cour d'arbitrage de statuer sur cette question en vertu de l'article 26, § 1^{er}, 3^o, et § 2, alinéa 1^{er}, de la loi spéciale du 6 janvier 1989 sur la Cour d'arbitrage; que le Conseil d'État n'est dispensé de cette obligation que lorsque l'action est irrecevable pour des motifs de procédure tirés de normes ne faisant pas

elles-mêmes l'objet de la demande de question préjudicielle ou lorsque la réponse de la Cour d'arbitrage est sans incidence sur le règlement du litige; qu'aucune de ces deux conditions n'est remplie en l'espèce; que, dès lors que la question préjudicielle suggérée concerne un sujet tenant à l'ordre public et que les intérêts d'aucune des parties ne sont violés par la nouvelle formulation de cette question dans le dernier mémoire, il y a lieu de poser à la Cour d'arbitrage la question visée dans le dernier mémoire,

D É C I D E :

Article 1^{er}

Les débats sont rouverts.

Article 2

A la Cour d'arbitrage sont posées les questions préjudicielles suivantes :

1. "L'article 174, 6°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, interprété en ce sens que cette disposition n'est pas applicable aux récupérations visées à l'article 157, alinéa 1^{er}, de la même loi coordonnée, viole-t-il les articles 10 et 11 de la Constitution coordonnée, combinés avec l'article 6 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales et l'article 14.1 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques, en ce que les actions en récupération des organismes assureurs à l'égard des assurés se prescrivent après deux ans, alors que ce délai de prescription n'est pas applicable aux récupérations à charge des dispensateurs de soins visées à l'article 157, alinéa 1^{er}, de la même loi coordonnée ?";

2. "L'article 142 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, combiné avec l'article 157 de la même loi, viole-t-il les articles 10 et 11 de la Constitution coordonnée lus isolément, combinés avec, d'une part, l'article 6 de la Convention de sauvegarde des droits de

l'homme et des libertés fondamentales et, d'autre part, l'article 14.1 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques, dans la mesure où ces articles impliqueraient, d'une part, que les contestations concernant la récupération totale ou partielle, à charge d'un dispensateur de soins, des dépenses relatives aux prestations prises en charge par l'assurance soins de santé et indemnités, sont jugées par la commission de contrôle et la commission d'appel instituées auprès de l'INAMI et visées aux articles 142 et 157 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 et, d'autre part, que l'examen des conclusions concernant une récupération ou bien l'imposition d'une interdiction d'appliquer le tiers payant est effectué par les fonctionnaires agissant au service et sur ordre du service du contrôle médical conformément aux articles 145, § 2, et 146 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, alors que tout litige entre l'assuré (ou, le cas échéant, le dispensateur de soins) et l'INAMI même est soumis aux juridictions ordinaires visées à l'article 167 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 et aux articles 580 à 583 du Code judiciaire, avec les garanties offertes aux articles 138, 140, 145, 152 et 764 du Code judiciaire, notamment par l'intervention d'un auditorat indépendant et indivisible ?";

Article 3

Le membre de l'auditorat, désigné par l'auditeur général, est chargé de poursuivre l'instruction de l'affaire, après réception de l'arrêt de la Cour d'arbitrage.

Ainsi prononcé à Bruxelles en audience publique, le dix-sept janvier deux mille deux, par la VIIe chambre, composée de :

Mme	M.-R. BRACKE,	président de chambre,
MM.	R. STEVENS,	conseiller d'État,
	G. DEBERSAQUES,	conseiller d'État,
Mme	A. WIJNANTS,	greffier.

Le greffier,

Le président,

A. WIJNANTS.

M.-R. BRACKE.

TRADUCTION ÉTABLIE CONFORMÉMENT A L'ARTICLE 63,
ALINÉA 1ER, DES LOIS SUR LE CONSEIL D'ÉTAT
COORDONNÉES LE 12 JANVIER 1973.