

CONSEIL D'ETAT, SECTION DU CONTENTIEUX ADMINISTRATIF.

A R R E T

n° 224.943 du 2 octobre 2013

G./A.207.692/VI-19.871

En cause : **OLIVIER** Philippe,

ayant élu domicile chez
Mes Noël SIMAR et
Michel STRONGYLOS, avocats,
place des Nations-Unies, n° 7,
4020 Liège,

contre :

l'institut national d'assurance maladie-invalidité,
en abrégé INAMI.

LE CONSEIL D'ETAT, VI^e CHAMBRE,

I. OBJET DE LA REQUETE

Par une requête introduite le 14 janvier 2013, Philippe OLIVIER demande la cassation de "la décision prononcée le 13 décembre 2012 et notifiée le 14 décembre 2012 sous le numéro FB-007-10 par la Chambre de recours instituée auprès du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI en ce que cette décision déclare le recours formé par le requérant à l'encontre de la décision de la chambre de première instance du 22 avril 2010 [...] recevable mais non fondé et, ce faisant, confirme la décision du 3 mars 2009 prise par le Fonctionnaire dirigeant du Service d'évaluation et de contrôle médicaux en tant qu'elle prend acte du remboursement par le requérant de l'indu soit 58,50 EUR et le condamne à une amende de 100 % de cet indu avec un sursis total pour une durée de trois ans".

II. PROCEDURE DEVANT LE CONSEIL D'ETAT

Une ordonnance n° 9392 du 24 janvier 2013 déclare le recours en cassation admissible.

Les mémoires en réponse et en réplique ont été régulièrement échangés.

Le dossier administratif a été déposé.

M. l'Auditeur au Conseil d'Etat, Denis DELVAX, a rédigé un rapport sur la base de l'article 16 de l'arrêté royal du 30 novembre 2006 déterminant la procédure en cassation devant le Conseil d'Etat.

Le rapport a été notifié aux parties.

La partie requérante sollicite d'être entendue par un courrier du 1^{er} juillet 2013.

Une ordonnance du 5 août 2013, notifiée aux parties, fixe l'affaire à l'audience du 4 septembre 2013.

M. le Conseiller d'Etat, David DE ROY, a exposé son rapport.

Me Géraldine MASSART, loco Mes Noël SIMAR et Michel STRONGYLOS, avocat, comparaissant pour la partie requérante et M^{me} Marie BEAUCOUDRAY, juriste, comparaissant pour la partie défenderesse, ont présenté leurs observations.

M. l'Auditeur, Denis DELVAX, a été entendu en son avis conforme.

Il est fait application du titre VI, chapitre II, des lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973.

III. EXPOSE DES FAITS ET ANTECEDENTS DE PROCEDURE

III. 1. Le requérant est docteur en médecine et est directeur médical de l'association sans but lucratif Centre hospitalier chrétien, en abrégé C.H.C., fonction dans le cadre de laquelle il dispose d'un mandat, conféré par les médecins travaillant au Centre hospitalier chrétien, pour porter en compte à l'assurance soins de santé et indemnités les prestations de soins qu'ils effectuent.

III. 2. Le 13 mars 2006, le service d'évaluation et de contrôle médicaux, en abrégé S.E.C.M. établit un procès-verbal de constat à charge du requérant pour avoir, étant médecin directeur de l'hôpital C.H.C. Saint Joseph à Liège, signataire des factures et attestations globales de soins donnés, permis que soient portés en compte à l'assurance obligatoire soins de santé des honoraires médicaux car ayant été attestés

sous un code de la nomenclature des prestations de santé non conforme aux prestations réellement effectuées, pour un montant indu de 165,19 euros.

III. 3. Le 10 avril 2006, le S.E.C.M. établit un procès-verbal de constat à charge du requérant pour avoir, étant médecin directeur de l'hôpital C.H.C. Saint Joseph à Liège, signataire des factures et attestations globales de soins donnés, d'une part, permis que soient portés en compte à l'assurance obligatoire soins de santé un honoraire d'anesthésie de code 200222, non attestable car établi en concordance avec un code de chirurgie (241286) qui, dans le cas d'espèce, n'était pas attestable et, d'autre part, permis que soit indûment porté en compte à l'assurance obligatoire soins de santé un honoraire d'anesthésie de code 200222, non attestable car établi en contravention avec le point b)1. du 6° du paragraphe 3 de l'article 12 de la nomenclature des prestations de santé, pour un montant indu total de 144,01 euros.

III. 4. Le 27 septembre 2006, le S.E.C.M. établit un procès-verbal de constat à charge du requérant pour avoir, étant médecin directeur de l'hôpital C.H.C. Saint Joseph à Liège, signataire des factures d'hospitalisation, permis que soient indûment portés en compte à l'assurance obligatoire soins de santé des prestations de la nomenclature des prestations de santé soit attestées sous des codes non conformes, soit non effectuées, pour un montant indu total de 7.263,94 euros.

III. 5. Le 23 octobre 2006, le S.E.C.M. établit un procès-verbal de constat à charge du requérant pour avoir, étant médecin directeur de l'hôpital C.H.C. Saint Joseph à Liège, signataire des factures d'hospitalisation, permis que soient indûment portés en compte à l'assurance obligatoire soins de santé des prestations de la nomenclature des prestations de santé soit attestées sous des codes non conformes, soit non effectuées, pour un montant indu total de 25.030,67 euros.

III. 6. Le 26 octobre 2006, le requérant conteste le procès-verbal lui adressé le 29 septembre 2006, en indiquant notamment que la double facturation d'une même prestation au nom du docteur Stockman trouve sa source dans une erreur d'encodage, due, selon toute vraisemblance, à une mauvaise manipulation sur la touche d'entrée du code.

III. 7. Le 23 novembre 2006, le S.E.C.M. établit un procès-verbal de constat à charge du requérant pour avoir, étant médecin directeur de l'hôpital C.H.C. Saint Joseph à Liège, signataire des factures d'hospitalisation, permis que soient portés en compte à l'assurance obligatoire soins de santé des prestations de la nomenclature des prestations de santé soit attestées sous des codes non conformes, soit non effectuées, pour un montant indu total de 615,07 euros.

III. 8. Le 4 janvier 2007, un médecin-inspecteur du S.E.C.M. constate qu'un organisme assureur lui a indiqué avoir refusé de rembourser une prestation du 23 septembre 2004 au C.H.C. Saint-Joseph.

III. 9. A une date inconnue, le S.E.C.M. établit une note de synthèse, qu'il communique au requérant le 15 juillet 2008 avec une demande de justification.

Cette note de synthèse porte sur le grief d'avoir permis que soit porté en compte à l'assurance soins de santé et indemnités une prestation non effectuée par la double facturation d'une même prestation alors qu'elle n'a été attestée qu'une fois par le dispensateur de soins sur le document interne intermédiaire de facturation, pour un montant indu de 58,58 euros, grief visé par le procès-verbal du 27 septembre 2006.

III. 10. Le 24 juillet 2008, le C.H.C. Saint-Joseph procède au remboursement des 58,58 euros litigieux.

III. 11. Le 16 septembre 2008, le requérant indique que la double facturation résulte d'une erreur administrative et indique qu'ordre a été donné de rembourser, sans reconnaissance préjudiciable pour lui, le montant litigieux.

III. 12. A une date inconnue, par une décision prise "p.o." du fonctionnaire dirigeant du S.E.C.M., une amende administrative de 100 % du montant indument payé par l'assurance soins de santé et indemnités, soit 58,58 euros, est infligée au requérant, avec un sursis de trois ans pour la totalité.

Elle est communiquée au requérant par un courrier du 3 mars 2009.

III. 13. Le 1^{er} avril 2009, le requérant introduit un recours contre cette décision devant la chambre de première instance instituée auprès du S.E.C.M.

III. 14. Suite à l'échange de conclusions entre le requérant et le S.E.C.M., la chambre de première instance décide, le 22 avril 2010, de déclarer le recours du requérant non fondé, ce dont il est informé par un courrier du 28 avril 2010, dont il accuse réception le 5 mai.

III. 15. Le 28 mai 2010, le requérant interjette appel de cette décision devant la chambre de recours instituée auprès du S.E.C.M.

Dans son acte d'appel, il invoque la prescription de la possibilité de lui imposer une amende, l'absence d'imputabilité de l'infraction, l'interdiction d'interpréter la réglementation de manière extensive et l'illégalité de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de soins de santé.

III. 16. Le 7 septembre 2010, le S.E.C.M. dépose des conclusions en réponse.

III. 17. Le 7 décembre 2010, le requérant dépose des conclusions.

III. 18. Le 21 décembre 2010, le S.E.C.M. dépose des conclusions additionnelles.

III. 19. Le 18 janvier 2011, le requérant dépose des conclusions additionnelles et de synthèse.

III. 20. Le 11 octobre 2012, la chambre de recours tient son audience.

III. 21. Le 13 décembre 2012, la chambre de recours déclare le recours du requérant non fondé et confirme la décision de la chambre de première instance.

Cette décision, qui constitue la décision attaquée par le présent recours, est motivée comme suit :

" Vu les pièces de la procédure à la clôture des débats et notamment;

- la décision de la Chambre de première instance du 22 avril 2010, notifiée le 28 avril 2010;
- l'acte d'appel envoyé par recommandé le 28 mai 2010 au greffe de la Chambre de recours;
- les conclusions principales et les conclusions additionnelles et de synthèse pour la partie appelante reçues au greffe de la Chambre de recours respectivement le 7 décembre 2010 et le 19 janvier 2011;
- les conclusions et les conclusions additionnelles pour la partie intimée reçues respectivement le 7 septembre 2010 et le 21 décembre 2010 au greffe de la Chambre de recours;
- Vu les avis de fixation adressés aux parties le 22 février 2012 pour l'audience du 22 mars 2012;
- Vu le dossier de pièces pour la partie appelante déposé à l'audience du 22 mars 2012;

Entendu les parties dans l'exposé de leurs moyens à l'audience du 11 octobre 2012.

I. La recevabilité

La décision dont recours ayant été notifiée le 28 avril 2010, l'appel contre cette décision introduit le 28 mai 2010 est recevable quant à la forme et au délai.

II. Les faits et la procédure

Il est reproché au Docteur OLIVIER d'avoir le 26 août 2004, permis que soit portée en compte à l'assurance soins de santé et indemnités une prestation médicale non effectuée.

Des éléments du dossier, il résulte que le Docteur OLIVIER, directeur médical d'une clinique, a facturé deux fois la prestation portant le numéro de code 200222 alors que celle-ci n'avait été attestée qu'une fois par le dispensateur de soins, le Docteur STOCKMAN. L'indu engendré par cette double facturation, soit 58,58 €, a été remboursé.

Par un courrier du 16 septembre 2008, le Docteur OLIVIER explique la double comptabilisation par une erreur administrative

Par sa décision apparemment non datée, mais étant intervenue le 3 mai 2009 ou antérieurement, le fonctionnaire-dirigeant a considéré le grief établi, a pris acte du remboursement et a condamné le Docteur OLIVIER à une amende fixée à 100 %, soit 58,58 €, avec un sursis de trois ans pour la totalité de l'amende.

Un recours fut introduit contre cette décision et par sa décision du 22 avril 2010 dont appel, la Chambre de première instance a déclaré le recours non fondé.

III. Positions des parties

Le Docteur OLIVIER fait valoir :

- que la prescription est acquise en ce qui concerne l'amende,
- qu'il pourrait exister une discrimination quant aux délais de prescription pour l'amende,
- qu'il n'est pas intervenu comme dispensateur de soins,
- que l'élément moral et l'élément matériel de l'infraction ne sont pas rencontrés dans son chef, vu l'erreur du programme informatique,
- que sa responsabilité ne pouvait être mise en cause vu la responsabilité de la clinique,
- que l'arrêté royal du 14 septembre 1984 fondant les poursuites est illégal vu l'absence de consultation du Conseil d'Etat.

L'INAMI soutient :

- que le Docteur OLIVIER est bien un dispensateur de soins,
- que la prescription n'est pas acquise et qu'il n'existe pas de discrimination quant à ce,
- qu'à l'époque de l'adoption de l'arrêté royal du 14 septembre 1984, l'urgence ne devait pas être motivée,
- que l'infraction reprochée est une infraction matérielle,
- que l'arrêté royal du 14 septembre 1984 portant la NPS est motivé quant à l'urgence.

IV. Discussion

Il résulte des éléments du dossier que le Docteur OLIVIER a reçu mandat des médecins agréés par la clinique de signer en leur nom les factures et les attestations de soins établies par le service de facturation de l'entité hospitalière sur base de la législation. En, l'espèce, une prestation effectuée par un médecin et attestée par celui-ci fut portée deux fois en compte à l'INAMI par le Docteur OLIVIER.

La prescription

1. En vertu de l'article 141, § 5, de la loi coordonnée tel qu'il était d'application avant le 15 mai 2007, lorsqu'un dispensateur de soins a porté en compte à l'assurance soins de santé des prestations non effectuées, le Comité peut infliger une amende administrative égale au minimum à 50 p.c. et au maximum à 200 p.c. de la valeur des prestations indues. Le § 7 de cet article précise que les amendes administratives doivent être prononcées par le Comité dans les trois ans à compter du jour où le manquement est constaté.

En vertu de l'article 112 de la loi du 13 décembre 2006 qui est une disposition de droit transitoire, les infractions à la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, qui sont de la compétence du Service d'évaluation et de contrôle médicaux en vertu de l'article 139, 2° et 3°, commises avant la date d'entrée en vigueur du Titre II, Chapitre 13 (le 15 mai 2007), sont soumises, pour ce qui concerne la prescription, l'amende administrative et le remboursement, aux dispositions des articles 73 et 141, §§ 2, 3, 5, 6, et 7, alinéas 1^{er} à 5, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 tels qu'ils étaient en vigueur avant cette date. Il résulte clairement de cette disposition transitoire que c'est le délai de trois ans à partir du constat d'infraction qui s'applique. En l'espèce, le constat d'infraction a été établi le 27 septembre 2006. La décision du fonctionnaire-dirigeant ayant été prise au plus tard le 3 mars 2009, le présente Chambre considère que le délai de trois ans n'est pas dépassé et que la prescription n'est pas acquise.

2. Il est exact que pour les infractions commises après le 15 mai 2007, la prescription est de 2 ans et est donc plus courte que pour les infractions commises avant le 15 mai 2007. Il est exact aussi que les dispensateurs de soins ayant commis une infraction avant le 15 mai 2007 sont dans une situation moins favorable, quant au délai de prescription, que les dispensateurs de soins ayant commis une infraction après le 15 mai 2007. Cette discrimination n'est nullement injustifiée, déraisonnable ou disproportionnée. En effet, la réduction du délai de prescription n'est que d'un an et vise à une application plus effective de la loi.

En outre, en cas de modification législative, il est évident que la situation des personnes soumises à la loi ancienne ne sera pas la même que celle des personnes soumises à la loi nouvelle. Il appartient en ce cas au législateur de déterminer la date d'entrée en vigueur de la nouvelle norme au vu de la politique qu'il entend mener. En effet, les juridictions n'ont pas la compétence d'édicter des normes légales ou de décider de la politique à suivre à un moment donné. Cette compétence et cette appréciation appartiennent au pouvoir législatif.

Dispensateur de soins

Au vu de l'article 2 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, par «dispensateur de soins» il faut entendre les praticiens de l'art de guérir, à savoir et notamment les docteurs en médecine. Il n'est pas contesté que le Docteur OLIVIER est docteur en médecine. Le fait que le Docteur OLIVIER n'a pas donné les soins ayant donné lieu à la double facturation n'énervé nullement le fait qu'il est bien docteur en médecine et donc dispensateur de soins. En outre, c'est en sa qualité de Docteur en médecine qu'il a porté en compte à l'INAMI la prestation indue.

Le grief

1. La présente Chambre précise que le grief tel que vanté par l'INAMI, à savoir avoir permis que soit portée en compte à l'assurance soins de santé et indemnités une prestation non effectuée n'est pas repris comme tel par l'article 141 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 tel qu'applicable à l'époque des faits. Cet article incrimine le dispensateur de soins qui a porté en compte à l'assurance soins de santé des prestations non effectuées.

En l'espèce, il n'est pas contesté qu'une prestation non effectuée a été portée en compte à l'assurance soins de santé par le Docteur OLIVIER.

Il s'agit d'une infraction matérielle qui ne requiert ni intention ni faute particulière. Le seul fait de la commission de l'infraction engage la responsabilité pénale du dispensateur de soins en l'espèce.

Il faut que l'infraction puisse être imputée à la personne en cause et que celle-ci soit le résultat de l'activité libre et consciente de l'auteur. Dans le cas d'espèce, c'est librement et de manière consciente que le Docteur OLIVIER a porté en compte à l'INAMI une prestation non effectuée.

Le Docteur OLIVIER fait valoir une erreur invincible ou une force majeure ou une cause de justification et d'excuse, à savoir une erreur commise par le programme informatique. Le Docteur OLIVIER ne précise nullement en quoi a consisté cette erreur informatique. En tout état de cause, il était loisible au Docteur OLIVIER de vérifier les encodages effectués avant d'adresser le relevé des prestations à l'INAMI. En outre, les erreurs d'encodage ne sont pas rares et il convient de vérifier les encodages effectués avant d'adresser ceux-ci à l'INAMI. Cette erreur informatique ne peut constituer une erreur invincible, ni une cause d'excuse ou de justification, ni une force majeure.

2. En vertu de l'article 5 du Code pénal, lorsque la personne physique ayant commis l'infraction est identifiée, et si cette personne physique a agi volontairement ou involontairement, cette personne physique peut être condamnée pénalement lorsque la personne morale n'a pas commis de faute (Cf. Fabienne KEFER, «La responsabilité pénale des personnes morales», Formation permanente de la CUP, février 2000, p.24 et suivantes). Ceci ne fait toutefois pas échec à une éventuelle responsabilité de la personne morale. Dans le cas d'espèce, il n'est nullement établi ni même vanté par le Docteur OLIVIER que la personne morale pour laquelle il travaille a commis une faute. Le Docteur Olivier peut donc être condamné à une peine en l'espèce.

La présente Chambre précise qu'en l'espèce il ne peut être question de l'application d'une responsabilité pour faute d'autrui. En effet, c'est bien le Docteur OLIVIER qui a porté en compte à l'INAMI une prestation non effectuée et le fait qu'il dispose d'un mandat ou non est indifférent en l'espèce.

L'illégalité de l'arrêté royal du 14 septembre 1984

L'arrêté royal du 14 septembre 1984 établit la nomenclature des prestations de santé. Le grief en l'espèce ne se fonde pas sur la nomenclature en ce que celle-ci n'aurait pas été respectée mais bien sur le fait d'avoir porté en compte à l'INAMI une prestation non effectuée.

En outre, la présente Chambre relève que si l'arrêté royal a été promulgué sans consultation de la section législative du Conseil d'Etat, l'urgence est bien invoquée et motivée en ces termes : «Considérant qu'un fonctionnement efficace de l'Administration de l'Etat nécessite que les numéros d'ordre désignant les prestations de santé dans la nomenclature soient publiées au plus tôt afin de permettre l'utilisation au 1^{er} janvier 1985.» La présente Chambre considère que la motivation est adéquate et que l'urgence est correctement et légalement justifiée. En effet, il était raisonnable de permettre aux nombreux dispensateurs de soins de pouvoir prendre connaissance de la nomenclature 3 mois avant l'application de celle-ci et qu'il ne convenait dès lors pas de solliciter l'avis du Conseil d'Etat vu l'urgence (Cf. C.E., arrêt du 11 mars 1999, arrêt n° 79.230).

Le grief étant établi, la présente chambre considère que la sanction infligée au Docteur OLIVIER a été appliquée avec modération vu les circonstances de la cause. En effet, il s'agit d'une infraction commise visiblement sans fraude ni but de lucre, résultant d'un défaut d'organisation, soit d'un défaut de surveillance, soit d'inattention.

La décision dont appel doit être confirmée.

PAR CES MOTIFS,

La Chambre de recours instituée auprès du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI,

[...]

Déclare le recours non fondé,

Confirme la décision entreprise."

Elle est communiquée au requérant par un courrier du vendredi 14 décembre 2012 dont il accuse réception le 18 décembre 2012.

IV. PREMIER MOYEN

IV. 1. Thèses des parties

Le requérant soulève un premier moyen, pris de la violation de l'article 149 de la Constitution et de la violation de l'article 2, alinéa 2, du Code pénal. Il soutient que, dans ses conclusions, il avait soulevé la prescription de l'amende en raison de l'écoulement du délai de deux ans, prenant cours à la date du procès-verbal de constat "conformément à l'ancien article 141, § 7 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, actuel article 142 § 3" sur la base du raisonnement suivant :

1. le délai initial de prescription de 3 ans a été remplacé par un délai de deux ans suite à l'entrée en vigueur, le 15 mai 2007, de l'article 256 de la loi du 27 décembre 2006,
2. en vertu de l'article 2, alinéa 2, du Code pénal, c'est la loi la plus favorable qui doit s'appliquer au prévenu, y compris en matière de prescription,
3. l'article 141 § 7 de la loi était applicable à la procédure diligentée par le fonctionnaire dirigeant du S.E.C.M., qui devait donc notifier sa décision au plus tard le 14 mars 2008; et que la justification du rejet de son argumentation ne répond pas à l'argument relatif à l'article 2, alinéa 2, du Code pénal et viole donc l'article 149 de la Constitution.

Dans son mémoire en réponse, la défenderesse observe que l'article 2, alinéa 2, du Code pénal n'a été invoqué pour la première fois que dans les conclusions déposées devant la chambre de recours le 7 décembre 2010; que cette disposition était évoquée dans le moyen relatif à la prescription de l'affaire; qu'en vertu de la jurisprudence du Conseil d'Etat et de la Cour de cassation, l'obligation de motivation prévue par l'article 149 de la Constitution est une simple obligation de forme,

étrangère à la valeur ou à la pertinence des motifs de la décision et la juridiction ne doit pas répondre à tous les arguments invoqués par la partie requérante; et que la Chambre de recours s'est prononcée sur la prescription de l'affaire dans sa décision et a donc motivé sa décision au regard de l'article 149 de la Constitution.

Dans son mémoire en réplique (intitulé "Mémoire en réponse"), le requérant fait valoir que la jurisprudence citée par la requérante n'est pas pertinente puisque les décisions en question concernaient des éléments factuels auxquels il n'aurait pas été répondu et non l'application de normes juridiques invoquées par une partie, tel étant le cas du requérant, qui invoquait l'article 2, alinéa 2, du Code pénal; et que la décision attaquée viole donc l'article 149 de la Constitution.

IV. 2. Décision du Conseil d'Etat

Au regard des développements de la requête en cassation, le moyen doit être considéré comme étant uniquement pris de la violation de l'article 149 de la Constitution. Le requérant y soutient que la décision attaquée violerait cette disposition, puisque la chambre de recours ne se serait pas spécifiquement prononcée sur l'application, en l'espèce, de l'article 2, alinéa 2, du Code pénal, alors qu'il invoquait le bénéfice de l'application de cette dernière disposition pour justifier que c'est le nouveau délai de prescription, de deux ans, qui devait s'appliquer et non l'ancien, de trois ans, et qu'à supposer que ce ne serait pas le cas, il y aurait une discrimination.

En l'espèce, la chambre de recours expose, sous le titre "La prescription", d'une part, les raisons pour lesquelles elle estime que le régime transitoire instauré par la loi du 13 décembre 2006 portant dispositions diverses en matière de santé justifie que ce soit bien le délai de prescription de trois ans qui s'applique, même si la réglementation a été modifiée en cours de procédure, et, d'autre part, les raisons pour lesquelles il n'y a pas de discrimination.

Par ces considérations, la chambre de recours a exposé les raisons qui l'ont menée à conclure que le délai de prescription de trois ans était applicable en l'espèce, ce dont se déduit l'absence d'incidence de la règle contenue dans l'article 2, alinéa 2, du Code pénal dans l'affaire dont elle était saisie, et a donc régulièrement motivé sa décision sur ce point.

Le moyen n'est donc pas fondé.

V. DEUXIEME MOYEN

V. 1. Thèses des parties

Le requérant soulève un deuxième moyen, pris de la violation de l'article 149 de la Constitution et de la violation des articles 2, n, 73bis, 1°, et 141 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994. Il y soutient que le S.E.C.M. s'est prévalu de la qualité de dispensateur de soins dans le chef du requérant pour considérer qu'il a enfreint l'article 73bis, 1°, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994; qu'il avait soulevé dans ses conclusions qu'il ne pouvait être considéré comme un dispensateur ou comme une personne assimilée au sens de l'article 2, n, de cette loi; qu'il n'est aucunement intervenu comme dispensateur de soins, mais a uniquement établi le document comme mandataire d'un prestataire de soins ; qu'il n'emploie pas d'autres médecins; qu'il n'organise pas la dispensation des soins et ne perçoit pas les sommes dues pour l'assurance soins de santé; que la décision attaquée considère néanmoins qu'il peut être condamné; que la chambre de recours viole les articles 2, n, 73bis, 1°, et/ou 141 de la loi coordonnée en étendant le champ d'application de la loi aux titulaires d'un diplôme de médecine n'étant néanmoins pas des praticiens de l'art de guérir puisqu'ils ne le pratiquent pas; et qu'à défaut de motivation et de fondement légal, le moyen est fondé.

Dans son mémoire en réponse, la défenderesse observe qu'en vertu de la jurisprudence du Conseil d'Etat et de la Cour de cassation, l'obligation de motivation prévue par l'article 149 de la Constitution est une simple obligation de forme, étrangère à la valeur ou à la pertinence des motifs de la décision et la juridiction ne doit pas répondre à tous les arguments invoqués par la partie requérante; que la chambre de recours a répondu au moyen dans le point relatif au "Dispensateur de soins"; et que la chambre de première instance s'était également prononcée sur ce point dans sa décision.

Dans son mémoire en réplique (intitulé "Mémoire en réponse"), le requérant fait valoir qu'il ne peut être tenu compte de la motivation de la décision de la chambre de première instance; que la décision attaquée ne rencontre pas son argumentation quant au champ d'application des articles 2, n, 73bis, 1°, et/ou 141 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994; et qu'il ne soumet pas au Conseil d'Etat une question de fait mais l'application d'une norme de droit.

V. 2. Décision du Conseil d'Etat

Au regard des développements de la requête, le moyen doit être considéré d'une part, comme critiquant la portée donnée, par la Chambre de recours, à la notion légale de "dispensateur de soins" pour infliger l'amende litigieuse au requérant, et, d'autre part, comme reprochant à ladite chambre de n'avoir pas exposé les raisons pour lesquelles elle rejette l'argument selon lequel le requérant ne pouvait précisément être qualifié de "dispensateur de soins".

Le moyen vise les articles 2, n, 73bis, 1°, et 141 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, sans toutefois préciser en quel état d'application ces dispositions (ou l'une d'entre elles, plus particulièrement) auraient été méconnues.

Il convient pourtant de rappeler que, depuis qu'ont été commis les faits reprochés au requérant, ces dispositions ont fait l'objet de plusieurs modifications au regard desquelles le grief formulé par le moyen peut être apprécié différemment.

Dès lors qu'il ne permet pas au Conseil d'Etat d'exercer le contrôle dont il est saisi par la présente requête en cassation, le moyen ainsi formulé est irrecevable en tant qu'il reproche à la décision attaquée la portée qu'elle a donnée à la notion légale de "dispensateur de soins".

Par ailleurs, par les motifs exposés dans la décision attaquée, la chambre de recours a régulièrement motivé sa décision au regard de l'article 149 de la Constitution.

Le moyen n'est donc pas fondé.

VI. TROISIEME MOYEN

VI. 1. Thèses des parties

Le requérant soulève un troisième moyen, pris de l'appréciation manifestement déraisonnable et erronée des faits et arguments, de la contradiction dans les motifs, de l'erreur manifeste d'appréciation et de la violation de la loi et de la violation de l'article 149 de la Constitution. Il y indique qu'il soutenait, dans ses conclusions, l'absence de cumul possible entre la responsabilité pénale de la personne morale, à savoir l'A.S.B.L. C.H.C. Saint-Joseph chrétien et de la personne physique, à

savoir lui, conformément à l'article 5 du Code pénal; qu'il indiquait qu'il s'agit d'une sanction de nature pénale, qu'il n'a pas agi de mauvaise foi et que les prestations en question n'étaient pas celles pour lesquelles il avait dispensé des soins; qu'il y soulignait également qu'il ne peut y avoir de cumul entre la responsabilité d'une personne morale et celle d'une personne physique, sauf si cette dernière a commis l'infraction sciemment et volontairement et que la responsabilité de la personne morale doit être engagée si l'infraction a été commise dans le cadre de la réalisation de son objet social ou dans son intérêt ; que la décision attaquée est fondée sur le fait que "c'est librement et de manière consciente que le Docteur OLIVIER a porté en compte à l'INAMI une prestation non effectuée"; que toutefois, l'INAMI a reconnu qu'il n'a pas agi de mauvaise foi, de sorte que la chambre de recours se fonde sur une appréciation erronée ou manifestement déraisonnable des faits; que la chambre de recours indique également que "Le grief étant établi, la présente chambre considère que la sanction infligée au Docteur OLIVIER a été appliquée avec modération vu les circonstances de la cause. En effet, il s'agit d'une infraction commise visiblement sans fraude ni but de lucre, résultant d'un défaut d'organisation, soit d'un défaut de surveillance, soit d'inattention"; qu'il est contradictoire de soutenir, d'une part, qu'il aurait agi "librement et de manière consciente" et, d'autre part, que cela résulterait d'une inattention, d'un défaut de surveillance ou d'organisation, bref en dehors de toute volonté consciente; que la décision attaquée indique également que "Dans le cas d'espèce, il n'est nullement établi ni même vanté par le Docteur Olivier que la personne morale pour laquelle il travaille a commis une faute"; et que cette affirmation ne reflète pas la réalité puisqu'il invoque une faute du service informatique qui est d'ailleurs mise en avant par la décision attaquée, ce qui traduit une contradiction et une inexactitude des faits.

Dans son mémoire en réponse, la défenderesse objecte qu'en vertu de la jurisprudence du Conseil d'Etat et de la Cour de cassation, l'obligation de motivation prévue par l'article 149 de la Constitution est une simple obligation de forme, étrangère à la valeur ou à la pertinence des motifs de la décision et la juridiction ne doit pas répondre à tous les arguments invoqués par la partie requérante; et que la chambre de recours a correctement répondu au moyen dans sa partie relative au grief.

Dans son mémoire en réplique, le requérant fait valoir que c'est à bon droit qu'il invoque des contradictions et des erreurs manifestes d'appréciation; et que, tenant compte des contradictions émaillant la décision, il n'est pas possible de connaître les motifs pour lesquels l'argument tiré de l'article 5 du Code pénal a été rejeté.

VI. 2. Décision du Conseil d'Etat

Le requérant reproche à la chambre de recours, d'une part, d'avoir contradictoirement considéré qu'il a agi "librement et de manière consciente" et que l'infraction résulte "d'un défaut d'organisation, soit d'un défaut de surveillance, soit d'inattention" et, d'autre part, en raison de cette contradiction, d'avoir incorrectement motivé le rejet de l'argument relatif à l'existence d'une faute dans le chef de l'A.S.B.L. C.H.C.

Dès lors que l'infraction considérée ne requiert pas l'existence d'une intention frauduleuse, il n'est pas incompatible de considérer, d'une part, qu'en attestant la prestation considérée, le requérant a commis l'infraction librement et en toute conscience, la chambre de recours motivant d'ailleurs longuement sa décision sur ce point, et, d'autre part, que, n'ayant pas spécifiquement voulu que cette infraction soit commise, le taux de la sanction devait être mineur.

Par ailleurs, la chambre de recours ayant exposé, dans la partie de sa décision relative à l'existence d'une cause de justification ou d'excuse, les raisons pour lesquelles elle estimait qu'aucune erreur informatique n'est démontrée par le requérant, elle pouvait régulièrement indiquer plus loin qu'"il n'est nullement établi ni même vanté par le Docteur OLIVIER que la personne morale pour laquelle il travaille a commis une faute".

Le moyen n'est donc pas fondé.

PAR CES MOTIFS, D E C I D E :

Article 1^{er}.

Le recours en cassation est rejeté.

Article 2.

Les dépens, liquidés à la somme de 175 euros, sont mis à la charge de la partie requérante.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique de la VI^e chambre, le
deux octobre deux mille treize par :

M ^{me} Odile DAURMONT,	Président de chambre,
MM. Paul LEWALLE,	Conseiller d'Etat,
David DE ROY,	Conseiller d'Etat,
Charles-Henri VAN HOVE,	Greffier assumé.

Le Greffier assumé,

Le Président,

Charles-Henri VAN HOVE.

Odile DAURMONT.