CONSEIL D'ÉTAT, SECTION DU CONTENTIEUX ADMINISTRATIF.

VI^e CHAMBRE

A R R E T

n^o 247.256 du 9 mars 2020

A. 225.016/VI-21.231

En cause : **1. NUTTENS** Caroline,
2. la société privée à responsabilité limitée PARAMEDIC HOME SERVICES,

ayant élu domicile chez
M^es Werner DERIJCKE et
Philippe MALHERBE, avocats,
avenue Louise 65/11
1050 Bruxelles,

contre :

l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité,
en abrégé INAMI.

Partie intervenante :

l'association sans but lucratif ÊTRE CHEZ SOI,

ayant élu domicile chez
M^es Philippe HERMAN et
Hervé POLLET, avocats,
rue T'Serclaes de Tilly 49-51
6061 Montignies-sur-Sambre.

I. Objet de la requête

Par une requête introduite le 18 avril 2018, Caroline NUTTENS et la société privée à responsabilité limitée PARAMEDIC HOME SERVICES demandent la cassation de "la décision rendue le 13 mars 2018 (n° de rôle FB-002-17) par la Chambre de recours instituée auprès du Service d'évaluation et de Contrôle Médicaux de l'Institut National d'Assurance-Maladie-Invalidité (le «SECM»), […] notifiée aux requérantes par notification expédiée le 19 mars 2018, en cause des requérantes et de l'ASBL ÊTRE CHEZ SOI, appelants, contre l'INAMI […]".

II. Procédure

Le dossier de l'affaire a été communiqué par la juridiction ayant rendu la décision attaquée.

Une ordonnance n° 12.862 du 29 mai 2018 déclare le recours en cassation admissible.

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

Par une requête introduite le 5 juillet 2018, l'association sans but lucratif ÊTRE CHEZ SOI demande à être reçue en qualité de partie intervenante.

Une ordonnance du 26 juillet 2018 accueille provisoirement cette intervention.

Les contributions et les droits visés respectivement aux articles 66, 6°, et 70 de l'arrêté du Régent du 23 août 1948 déterminant la procédure devant la section du contentieux administratif du Conseil d'État ont été acquittés.

M. Denis DELVAX, premier auditeur au Conseil d'État, 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'État.

Le rapport a été notifié aux parties.

Une ordonnance du 4 avril 2019, notifiée aux parties, fixe l'affaire à l'audience du 15 mai 2019.

M. David DE ROY, conseiller d'État, président f.f., a exposé son rapport.

M^e^ Werner DERIJCKE, avocat, comparaissant pour les parties requérantes, M^me^ Sandrine HOLVOET, attaché, comparaissant pour la partie adverse, et M^e^ Lise DE CONINCK, *loco* M^es^ Philippe HERMAN et Hervé POLLET, avocat, comparaissant pour la partie intervenante, ont présenté leurs observations.

M. Denis DELVAX, premier auditeur, a été entendu en son avis contraire.

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

III. Exposé des faits utiles

1. La première requérante est infirmière et travaillait, à l'époque des faits, comme employée pour la seconde requérante en pratiquant le système du tiers-payant.

La première requérante a conclu, avec la partie intervenante, une convention par laquelle cette dernière s'engage à établir les attestations de soins donnés et à tarifer et percevoir en son nom propre les honoraires des soins infirmiers dispensés par la première requérante, à charge pour la partie intervenante de reverser les sommes reçues sur le compte bancaire de la seconde requérante, sous déduction d'une commission.

2. Le 27 avril 2015, le fonctionnaire-dirigeant du Service d'évaluation et de Contrôle Médicaux de l'Institut National d'Assurance-Maladie-Invalidité (ci-après le SECM) adresse à la première requérante, à la seconde requérante et à la partie intervenante une note de synthèse reprenant les griefs mis à leur charge ainsi qu'une invitation à présenter leurs moyens de défense.

Cette note de synthèse fait état des griefs suivants :

- grief 1 : prestations non conformes (tenue incomplète du dossier infirmier) ;
- grief 2 : prestations non effectuées (pansement de plaie) ;
- grief 3 : prestations non conformes (surscorage de l'état de dépendance physique) ;
- grief 4 : prestations non conformes (absence de dossier spécifique "patient palliatif" ou dossier incomplet) ;
- grief 5 : prestations non conformes (application préventive et non thérapeutique de pommades) ;
- grief 6 : prestations non conformes (prestations de base non conformes) ;
- grief 7 : prestations non conformes (déplacement).

Cette note conclut à l'existence d'un indu de 30.152,02 euros.

3. Le 5 juin 2015, la première requérante adresse au fonctionnaire-dirigeant du SECM un courrier dans lequel elle expose qu'elle doit être mise hors de cause.

4. Le 20 juin 2015, la seconde requérante adresse au fonctionnaire-dirigeant du SECM un courrier dans lequel elle indique que c'est la partie intervenante qui a porté les soins en compte et perçu l'intervention de l'assurance soins de santé et que c'est donc elle qui doit rembourser l'indu.

5. Le 24 juin 2015, la partie intervenante adresse au SECM un courrier dans lequel elle indique qu'aucun grief n'est formulé à son encontre, que les griefs formulés contre la première requérante ne sont pas fondés en tant qu'ils visent la partie intervenante, et que le mécanisme de solidarité institué par l'article 164, alinéa 2, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 ne s'applique pas.

6. Le 26 juin 2015, la seconde requérante adresse au fonctionnaire-dirigeant du SECM un courrier dans lequel elle expose qu'elle doit être mise hors de cause.

7. Le 22 septembre 2015, le fonctionnaire-dirigeant du SECM prend une décision par laquelle il :
- déclare établis les sept griefs énoncés par la note de synthèse,
- condamne solidairement la première requérante, la seconde requérante et la partie intervenante à rembourser la valeur de l'indu, soit 30.152,02 euros,
- condamne la première requérante à une amende administrative de 1.500,00 euros, assortie d'un sursis de trois ans.

8. Par requêtes déposées les 16 et 21 octobre 2015, la première et la seconde requérantes introduisent un recours contre cette décision devant la Chambre de première instance instituée auprès du SECM, dans lequel elles soutiennent, à titre principal, qu'elles doivent être mises hors de cause et que l'article 2, n), de la loi coordonnée doit être appliquée à la partie intervenante et, à titre subsidiaire, qu'il convient de limiter l'application de l'article 164 de la loi coordonnée à la partie intervenante.

9. Le 22 octobre 2015, la partie intervenante introduit un recours contre la décision du fonctionnaire-dirigeant, dans lequel elle indique que les griefs ne sont pas fondés, qu'il existait bien un mandat entre elle et la première requérante et que l'article 164 de la loi coordonnée ne permet pas que sa responsabilité soit engagée.

10. Le 12 janvier 2016, la partie adverse dépose des conclusions en réponse, dans lesquelles elle demande que la décision de son fonctionnaire-dirigeant soit confirmée.

11. Le 5 avril 2016, la partie intervenante dépose des conclusions en réplique dans lesquelles elle demande de réformer la décision du fonctionnaire-dirigeant du SECM en tant qu'elle la condamne solidairement avec les première et seconde requérantes au paiement de l'indu.

12. Le 9 février 2017, la Chambre de première instance rend une décision par laquelle elle :

- condamne solidairement la première requérante et la seconde requérante au remboursement de l'indu, soit 30.152,02 euros,
- condamne la première requérante à une amende administrative de 1.500,00 euros, assortie d'un sursis de trois années,
- dit que les sommes emportent un intérêt,
- déclare sa décision exécutoire de plein droit par provision nonobstant tout recours.

Cette décision est communiquée à la première requérante, à la seconde requérante, à la partie intervenante et à la partie adverse par courriers du 13 février 2017.

13. Par une requête déposée au greffe le 8 mars 2017, la première et la seconde requérantes interjettent appel de la décision de 9 février 2017 devant la Chambre de recours en dirigeant leur recours contre la partie adverse et contre la partie intervenante.

En substance, elles y invoquent la violation de la présomption d'innocence, la violation de l'article 6, § 14, du Règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi coordonnée, la violation de l'article 2, n), de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 et la violation de l'article 164 de cette même loi.

14. Le 29 mai 2017, la partie adverse dépose des conclusions en réponse dans lesquelles elle répond aux moyens invoqués dans les requêtes d'appel et demande que la décision du 9 février 2017 soit réformée en tant qu'elle ne condamnait pas la partie intervenante à rembourser solidairement, avec la première et la seconde requérantes, le montant de l'indu.

15. Le 7 juin 2017, la partie intervenante dépose des conclusions en réponse dans lesquelles elle demande de déclarer irrecevable ou non fondé l'appel dirigé contre elle par les requérantes et de confirmer la décision du 9 février 2017.

16. Le 13 mars 2018, la Chambre de recours rend une décision par laquelle elle :

- déclare recevable l'appel des requérantes en tant qu'il est dirigé contre la partie adverse,
- déclare irrecevable l'appel des requérantes en tant qu'il est dirigé contre la partie intervenante,
- déclare irrecevable l'appel de la partie adverse,
- déclare non fondé l'appel des requérantes en tant qu'il est dirigé contre la partie adverse,
- confirme la décision de la Chambre de première instance du 9 février 2017.

Cette décision se lit comme suit :

" 1. PROCEDURE

Le dossier de la Chambre de recours contient notamment les pièces suivantes :
- le recours de Madame Caroline NUTTENS et de la S.P.R.L. PARAMEDIC HOME SERVICES, entrées au greffe les 8 et 13 mars 2017 ;
- les conclusions en réponse du SECM, entrées au greffe le 29 mai 2017 ;
- les conclusions en réponse et les pièces (inventoriées et numérotées de 1. à 5.) de l'A.S.B.L. ÊTRE CHEZ SOI, entrées au greffe le 9 juin 2017 ;
- les convocations en prévision de l'audience du 18 janvier 2018.

Lors de l'audience du 18 janvier 2018, la Chambre de recours entend les parties.

2. OBJET DES APPELS - PRETENTIONS DES PARTIES

Dans des requêtes entrées au greffe les 8 et 13 mars 2017, Madame Caroline NUTTENS et la S.P.R.L. PARAMEDIC HOME SERVICES interjettent appel de la décision de la Chambre de première instance du 9 février 2017.

Dans les conclusions en réponse entrées au greffe le 29 mai 2017, le SECM interjette appel de la décision du 9 février 2017, en ce que la Chambre de première instance met hors cause l'A.S.B.L. ÊTRE CHEZ SOI.

Madame Caroline NUTTENS et la S.P.R.L. PARAMEDIC HOME SERVICES demandent à la Chambre de recours de :
- les mettre hors cause ;
- appliquer l'article 2, n), de la loi ASSI à l'encontre de l'A.S.B.L. ÊTRE CHEZ SOI ;
- à titre subsidiaire, limiter l'application de l'article 164 de la loi ASSI à la seule A.S.B.L. ÊTRE CHEZ SOI.

Le SECM sollicite la confirmation de la décision de la Chambre de première instance du 9 février 2017, sous l'émendation que l'A.S.B.L. ÊTRE CHEZ SOI

soit condamnée solidairement avec Madame Caroline NUTTENS et la S.P.R.L. PARAMEDIC HOME SERVICES au remboursement de la valeur des prestations indûment versées par l'assurance soins de santé, soit la somme totale de 30.152,02 euros.

Il ressort de ses conclusions et de sa plaidoirie lors de l'audience du 18 janvier 2018 que l'A.S.B.L. ÊTRE CHEZ SOI demande à la Chambre de recours de :
- déclarer l'appel de Madame Caroline NUTTENS et de la S.P.R.L. PARAMEDIC HOME SERVICES irrecevable en tant que dirigé contre l'A.S.B.L. ÊTRE CHEZ SOI ou à tout le moins non fondé déclarer l'appel du SECM irrecevable ;
- confirmer la décision de la Chambre de première instance du 9 février 2017.

3. FAITS ET ANTECEDENTS

Il résulte des pièces du dossier que la situation factuelle et les antécédents de la procédure administrative se présentent comme suit.

Madame Caroline NUTTENS est diplômée le 30 juin 2003.

À l'époque des faits litigieux, Madame Caroline NUTTENS travaille en tant qu'employée de la S.P.R.L. PARAMEDIC HOME SERVICES et conclut un « contrat d'entreprise en soins infirmiers » avec l'A.S.B.L. ÊTRE CHEZ SOI.

L'article 6 de ce contrat stipule que l'A.S.B.L. ÊTRE CHEZ SOI tarifie et reçoit en son nom propre les honoraires des soins infirmiers.

Le président du conseil d'administration de l'A.S.B.L. ÊTRE CHEZ SOI est Monsieur Michel DUMONT, infirmier.

C'est ce dernier qui signe les attestations relatives aux soins dispensés par Madame Caroline NUTTENS, en vue de leur introduction auprès des organismes assureurs.

À la suite d'une enquête menée par le SECM, un procès-verbal de constat est dressé en date du 8 mai 2013.

Le SECM formule, envers Madame Caroline NUTTENS, sept griefs, lesquels sont constitutifs des infractions visées à l'article 73*bis*, 1° et 2°, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994.

D'après la note de synthèse dressée par le SECM, l'indu total s'élève à 30.152,02 euros et couvre les prestations introduites au remboursement entre le 13 juillet 2011 et le 31 janvier 2012.

Par décision du 22 septembre 2015, le Fonctionnaire-dirigeant :
- déclare les sept griefs fondés ;
- condamne solidairement Madame Caroline NUTTENS, la S.P.R.L. PARAMEDIC HOME SERVICES et l'A.S.B.L. ÊTRE CHEZ SOI à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à la somme de 30.152,02 euros ;
- condamne Madame Caroline NUTTENS à payer, au titre du grief formulé à titre principal (grief n° 1), une amende administrative de 250 euros majorés des décimes additionnels, soit la somme de 1.500 euros, dont la totalité est assortie d'un sursis de trois ans.

Par requête entrée au greffe les 16 et 28 octobre 2015, Madame Caroline NUTTENS et la S.P.R.L. PARAMEDIC HOME SERVICES forment un recours devant la Chambre de première instance.

Par requête entrée au greffe le 21 octobre 2015, l'A.S.B.L. ÊTRE CHEZ SOI forme un recours devant la Chambre de première instance.

Par décision du 9 février 2017, la Chambre de première instance :
- déclare la demande de Madame Caroline NUTTENS et de la S.P.R.L. PARAMEDIC HOME SERVICES recevable mais non fondée ;
- en conséquence, confirme la décision du Fonctionnaire-dirigeant du 22 septembre 2015 en ce qui concerne le premier grief formulé à titre principal, qui est établi dans le chef de Madame Caroline NUTTENS, le remboursement de l'indu par Madame Caroline NUTTENS et la S.P.R.L. PARAMEDIC HOME SERVICES, et la sanction ;
- déclare la demande de l'A.S.B.L. ÊTRE CHEZ SOI recevable et fondée ;
- dit pour droit que l'A.S.B.L. ÊTRE CHEZ SOI ne peut être tenue solidairement au remboursement des prestations indûment attestées par Madame Caroline NUTTENS ;
- par conséquent, condamne Madame Caroline NUTTENS et la S.P.R.L. PARAMEDIC HOME SERVICES à rembourser la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé, soit la somme de 30.152,02 euros ;
- condamne Madame Caroline NUTTENS à payer une amende administrative fixée à 250 euros (x 6), soit la somme de 1.500 euros ;
- dit toutefois qu'il sera sursis totalement au paiement de cette amende pendant un délai de trois ans ;
- dit que les sommes dont Madame Caroline NUTTENS et la S.P.R.L. PARAMEDIC HOME SERVICES sont redevables produiront des intérêts au taux légal à compter de l'expiration du délai de trente jours suivant la notification de la décision de la Chambre de première instance, à défaut de paiement dans ce délai ;
- dit que la décision est exécutoire de plein droit par provision nonobstant tout recours.

Les 8 et 13 mars 2017, Madame Caroline NUTTENS et la S.P.R.L. PARAMEDIC HOME SERVICES interjettent appel de cette décision.

Le 29 mai 2017, le SECM interjette également appel de cette décision, au moyen de ses conclusions en réponse.

4. POSITION DE LA CHAMBRE DE RECOURS

4.1. Recevabilité

a) En droit

I. Appel

À peine d'irrecevabilité, un recours peut être introduit devant la Chambre de recours dans le mois, à compter de la notification de la décision de la Chambre de première instance, selon l'article 156, § 2, alinéa 1, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

À peine d'irrecevabilité, la requête est datée et signée par la partie requérante et elle contient certaines mentions afférentes à l'identification de la partie requérante, à

l’objet du recours et à l’identification de la partie adverse, selon l’article 4 de l’arrêté royal du 9 mai 2008 fixant les règles de fonctionnement et le Règlement de procédure des Chambres de première instance et des Chambres de recours instituées auprès du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI.

II. Indivisibilité

Les règles énoncées dans le Code judiciaire s'appliquent à toutes les procédures, sauf lorsque celles-ci sont régies par des dispositions légales non expressément abrogées ou par des principes de droit dont l'application n'est pas compatible avec celle des dispositions dudit Code, selon l’article 2 du Code judiciaire.

Lorsque le litige est indivisible, l’appel doit être dirigé contre toutes les parties dont l’intérêt est opposé à celui de l’appelant, selon l’article 1053, alinéa 1, du Code judiciaire.

Le litige est indivisible lorsque l’exécution conjointe des décisions distinctes auxquelles il donnerait lieu serait matériellement impossible, selon l’article 31 du Code judiciaire.

Le critère de l’indivisibilité doit être recherché non pas dans la nature de la contestation mais dans son point d’aboutissement.

Ainsi que l’a indiqué la Cour de cassation, une condamnation solidaire de plusieurs parties à payer une somme d’argent ne rend pas matériellement impossible l’exécution conjointe de décisions distinctes auxquelles donnerait lieu le litige.

Il découle de l’article 1053, alinéa 1, du Code judiciaire, évoqué ci-dessus, que l’adversaire de l’appelant doit être intimé dans le délai d’appel.

La qualité de partie intimée suppose que ladite partie fasse l’objet d’une prétention, autre qu’une demande en déclaration d’arrêt commun, de nature à porter atteinte à ses intérêts.

Lorsque le litige est indivisible, l’appelant doit, en outre, dans les délais ordinaires de l’appel et au plus tard avant la clôture des débats, mettre en cause les autres parties non appelantes ni déjà intimées ou appelées, selon l’article 1053, alinéa 2, du Code judiciaire.

La mise à la cause d’un cointéressé ni appelant ni déjà intimé ou appelé ne peut être effectuée jusqu’à la clôture des débats, conformément à l’article 1053, alinéa 2, du Code judiciaire, que dans l’hypothèse où l’affaire est plaidée avant l’expiration du délai d’appel.

Ces dispositions sont d’ordre public.

La loi peut, selon les modalités qu'elle détermine, habiliter le Conseil d’État ou les juridictions administratives fédérales à statuer sur les effets civils de leurs décisions, selon l’article 144, alinéa 2, de la Constitution.

Tel est le cas pour la Chambre de première instance et la Chambre de recours, puisque, dans le cadre des contestations qui leur sont déférées, sont prévus, d’une part, le remboursement des prestations indûment portées en compte de l’assurance, selon l’article 142 de la loi relative à l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, d’autre part, un mécanisme de solidarité

entre le dispensateur de soins et la personne morale qui perçoit les remboursements, selon l'article 164, alinéa 2, de la même loi.

Il est donc acquis que la Chambre de première instance et la Chambre de recours peuvent statuer sur certains effets civils de leurs décisions.

Il en découle que les règles afférentes à l'indivisibilité sont susceptibles d'être appliquées devant la Chambre de recours.

III. Appel incident

Comme exposé ci-avant, les règles énoncées dans le Code judiciaire s'appliquent à toutes les procédures, sauf lorsque celles-ci sont régies par des dispositions légales non expressément abrogées ou par des principes de droit dont l'application n'est pas compatible avec celle des dispositions dudit Code, selon l'article 2 du Code judiciaire.

La partie intimée peut former incidemment appel à tout moment, contre toutes parties en cause devant le juge d'appel, même si elle a signifié le jugement sans réserve ou si elle y a acquiescé avant sa signification, selon l'article 1054, alinéa 1, du Code judiciaire.

Cette disposition n'est toutefois pas applicable à la procédure administrative mise en place en matière de contrôle médical par les articles 139 et suivants de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

En effet, la faculté de former un recours contre une décision de la Chambre de première instance est expressément régie par l'article 156, § 2, alinéa 1, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 et par l'article 4 de l'arrêté royal du 9 mai 2008 fixant les règles de fonctionnement et le Règlement de procédure des Chambres de première instance et des Chambres de recours instituées auprès du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI.

Or, ces articles ne permettent pas de former un recours incident, par le biais de conclusions, après l'expiration du délai de recours.

b) En l'espèce

L'appel de Madame Caroline NUTTENS et de la S.P.R.L. PARAMEDIC HOME SERVICES est dirigé à la fois contre le SECM et contre l'A.S.B.L. ÊTRE CHEZ SOI.

En ce qu'il est dirigé contre le SECM, l'appel de Madame Caroline NUTTENS et de la S.P.R.L. PARAMEDIC HOME SERVICES est introduit dans le délai légal et respecte les modalités réglementaires.

Dans ces conditions, il est recevable.

En ce qu'il est dirigé contre l'A.S.B.L. ÊTRE CHEZ SOI, l'appel de Madame Caroline NUTTENS et de la S.P.R.L. PARAMEDIC HOME SERVICES est introduit dans le délai légal.

Cela étant, Madame Caroline NUTTENS et la S.P.R.L. PARAMEDIC HOME SERVICES n'établissent pas le caractère indivisible de la contestation, par rapport à l'A.S.B.L. ÊTRE CHEZ SOI, dans la mesure où une condamnation solidaire de plusieurs parties à payer une somme d'argent ne rend pas matériellement impossible l'exécution conjointe de décisions distinctes auxquelles donnerait lieu le litige.

La présente contestation n'étant pas indivisible, c'est à tort que Madame Caroline NUTTENS et la S.P.R.L. PARAMEDIC HOME SERVICES ont dirigé leur appel contre l'A.S.B.L. ÊTRE CHEZ SOI.

Cet appel n'est donc pas recevable.

L'appel du SECM est introduit en date du 29 mai 2017 par le biais de conclusions.

Premièrement, cet appel est tardif, n'étant pas formé dans le mois de la notification de la décision de la Chambre de première instance, en violation de l'article 156, § 2, alinéa 1, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

Deuxièmement, cet appel n'est pas introduit par une requête, alors que cette forme est prescrite à peine d'irrecevabilité par l'article 4 de l'arrêté royal du 9 mai 2008 fixant les règles de fonctionnement et le Règlement de procédure des Chambres de première instance et des Chambres de recours instituées auprès du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI.

Dans ces conditions, l'appel du SECM est irrecevable.

4.2. Fondement

a) En droit

I. Infraction

Il est interdit aux dispensateurs de soins et assimilés de rédiger, faire rédiger, délivrer ou faire délivrer les documents réglementaires permettant le remboursement des prestations de santé lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans la présente loi, dans ses arrêtés et règlements d'exécution, dans les conventions et accords conclus en vertu de cette même loi, selon l'article 73*bis*, 2°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

Sans préjudice d'éventuelles sanctions pénales et/ou disciplinaires, le remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé et/ou une amende administrative correspondant à un pourcentage du montant de la valeur des mêmes prestations sont appliqués aux dispensateurs de soins et assimilés qui ne se conforment pas aux dispositions de l'article 73*bis*, selon l'article 142, alinéa 1, 2°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

Aucun honoraire n'est dû lorsque la tenue du dossier infirmier est incomplète, selon l'article 8, § 3, 5°, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Lorsque les prestations ont été perçues, pour son propre compte, par une personne physique ou morale, celle-ci est solidairement tenue au remboursement avec le dispensateur de soins qui ne s'est pas conformé aux dispositions légales ou réglementaires, selon l'article 164, alinéa 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

Ce mécanisme de remboursement solidaire peut être simultanément appliqué à différentes personnes physiques ou morales, pour autant qu'il soit établi, conformément au prescrit légal précité, que chacune d'entre elles a perçu, pour son propre compte, les prestations litigieuses.

Les sommes dues sont payées dans les trente jours de la notification des décisions visées à l'alinéa 1er ; à défaut de paiement dans ce délai, les sommes restant dues produisent, de plein droit, des intérêts au taux d'intérêt légal en matière sociale, tel que prévu à l'article 2, § 3, de la loi du 5 mai 1865 relative au prêt à intérêt, à compter de l'expiration de ce délai, selon l'article 156, § 1er, alinéa 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

Les obligations qui se bornent au payement d'une certaine somme, les dommages et intérêts résultant du retard dans l'exécution ne consistent jamais que dans les intérêts légaux, sauf les exceptions établies par la loi et sont dus à partir du jour de la sommation de payer, excepté dans le cas où la loi les fait courir de plein droit, selon l'article 1153, alinéas 1 et 3, du Code civil.

Un procès-verbal de constat, assorti d'une invitation à rembourser un indu, des conclusions ou encore une requête introductive d'instance constituent des sommations de payer.

II. Dispensateurs de soins

L'article 2, n), de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, prévoit qu'on entend par "dispensateur de soins", les praticiens de l'art de guérir, les kinésithérapeutes, les praticiens de l'art infirmier, les auxiliaires paramédicaux, les aides-soignants, les établissements hospitaliers, les établissements de rééducation fonctionnelle et de réadaptation professionnelle et les autres services et institutions.

Cette disposition prévoit en outre que sont assimilées aux dispensateurs de soins, pour l'application des articles 53, § 1er, § 1er*bis* et § 1er*ter*, 73*bis* et 142, les personnes physiques ou morales qui les emploient, qui organisent la dispensation des soins ou la perception des sommes dues par l'assurance soins de santé.

III. Attestations récapitulatives de soins

L'article 6, § 14, alinéas 1 à 3, du Règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, est, dans sa version en vigueur jusqu'au 1er juillet 2013, libellé comme suit :

« Par sa signature au bas des attestations récapitulatives de soins reprises à l'annexe 28, le signataire, qui doit être soit un médecin, soit un dispensateur de soins appartenant à la profession dont relèvent les prestations attestées, certifie disposer de documents démontrant que les prestations ont été effectuées par le dispensateur de soins dont le nom figure en regard de chacune d'elles. Les documents en question sont à la disposition du Service de l'évaluation et de contrôle médicaux; ils porteront la signature du dispensateur de soins susvisé.

Par sa signature au bas de la facture récapitulative qui fait partie de la note d'hospitalisation reprise aux annexes 22, 23, 24 ou 25 le médecin en chef responsable certifie disposer de documents démontrant que les prestations ont été prescrites ou effectuées, aux dates mentionnées, conformément aux règles de l'assurance soins de santé, par les dispensateurs de soins dont le nom figure en regard de chacune d'elles. Les documents en question sont à la disposition du Service de l'évaluation et de contrôle médicaux; ils porteront la signature du dispensateur de soins susvisé.
Le procédé visé aux alinéas 1 et 2 ne peut être utilisé qu'à la condition qu'il existe, entre le signataire et chaque dispensateur de soins concerné, un mandat écrit aux termes duquel le dispensateur de soins (mandant) donne au signataire (mandataire), qui accepte, le pouvoir de porter en compte à l'assurance soins de santé, sous sa signature, les soins qu'il a effectués».

Il ne ressort ni du texte précité ni d'une quelconque autre source que l'article 6, § 14, alinéas 1 à 3, du Règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, est, dans sa version en vigueur jusqu'au 1er juillet 2013, d'ordre public.

Certes, les conditions d'intervention de l'assurance soins de santé, au regard de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, sont d'ordre public et d'interprétation stricte.

Dans la même perspective, le Conseil d'État a rappelé qu'il n'appartenait pas au prestataire de soins, de modifier la nomenclature, fût-ce sous couvert d'interprétation téléologique, de telles modifications ne pouvant être apportées que par les autorités compétentes et selon les procédures prévues par les dispositions législatives et réglementaires ayant pareil objet.

Cela étant, l'article 6, § 14, alinéas 1 à 3, du Règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, dans sa version en vigueur jusqu'au 1er juillet 2013, porte sur le mode de porter en compte à l'assurance soins de santé, des soins effectués, à travers des attestations récapitulatives de soins, et est distinct de la nomenclature des prestations de santé.

En tout état de cause, plusieurs volets de la législation afférente à l'assurance soins de santé, telle l'action de l'organisme assureur en répétition de l'indu9, n'intéressent nullement l'ordre public.

Les sommes dues sont payées dans les trente jours de la notification des décisions visées à l'alinéa 1er ; à défaut de paiement dans ce délai, les sommes restant dues produisent, de plein droit, des intérêts au taux d'intérêt légal en matière sociale, tel que prévu à l'article 2, § 3, de la loi du 5 mai 1865 relative au prêt à intérêt, à compter de l'expiration de ce délai, selon l'article 156, § 1er, alinéa 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

b) En l'espèce

Madame Caroline NUTTENS et la S.P.R.L. PARAMEDIC HOME SERVICES formulent un premier moyen relatif à la violation de la présomption d'innocence, tiré du fait que la présidente de la Chambre de première instance aurait, à plusieurs reprises et avant le délibéré, émis une opinion défavorable à leur égard.

Les allégations de Madame Caroline NUTTENS et la S.P.R.L. PARAMEDIC HOME SERVICES, qui ne sont corroborées par aucun élément, ne sont pas établies.

La Chambre de recours rejette le moyen relatif à la violation de la présomption d'innocence.

Il ressort du dossier que le grief articulé sur la tenue incomplète du dossier infirmier, en violation de l'article 8, § 3, 5°, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, est fondé à l'égard de Madame Caroline NUTTENS.

Madame Caroline NUTTENS est donc coupable d'avoir commis une infraction, dès lors que les prestations portées en compte ne satisfont pas aux conditions prévues dans la présente loi, dans ses arrêtés et règlements d'exécution, dans les conventions et accords conclus en vertu de cette même loi, selon l'article 73*bis*, 2°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

Alors que c'est Monsieur Michel DUMONT, infirmier, qui signe, en son nom personnel et non en tant que représentant de l'A.S.B.L. ÊTRE CHEZ SOI, en vue de leur introduction auprès des organismes assureurs, les attestations relatives aux soins dispensés par Madame Caroline NUTTENS, il n'apparaît pas des pièces du dossier qu'il existe un mandat écrit entre Monsieur Michel DUMONT et Madame Caroline NUTTENS quant à ce.

L'absence de mandat écrit, nonobstant l'exigence posée par l'article 6, § 14, alinéa 3, du Règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, dans sa version en vigueur jusqu'au 1er juillet 2013, ne peut toutefois avoir la moindre incidence ni quant à l'existence d'une infraction au regard des soins dispensés par un prestataire, ni quant à la récupération des sommes perçues indûment à la suite de cette infraction.

De manière surabondante, la Chambre de recours relève que l'article 6, § 14, alinéas 1 à 3, du Règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, dans sa version en vigueur jusqu'au 1er juillet 2013, n'est pas d'ordre public, contrairement à ce que prétendent Madame Caroline NUTTENS et la S.P.R.L. PARAMEDIC HOME SERVICES.

Aucun élément ne justifie que Madame Caroline NUTTENS et la S.P.R.L. PARAMEDIC HOME SERVICES soient mises hors cause et que, par ailleurs, l'article 2, n), de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, doive recevoir une application particulière, qui n'aurait pas été suivie dans le cas d'espèce.

L'amende imposée par la Chambre de première instance, par décision du 9 février 2017, est justifiée en son principe et proportionnelle au grief reproché à Madame Caroline NUTTENS.

Il y a donc lieu de confirmer la décision du 9 février 2017, en ce qui concerne le volet «sanction».

Le SECM expose que la valeur des prestations indûment portées en compte à l'assurance soins de santé par Madame Caroline NUTTENS s'élève à 30.152,02 euros, à majorer des intérêts.

La réclamation du SECM tendant au remboursement de l'indu est justifiée, au vu des éléments du dossier, notamment du procès-verbal de constat et de la note de synthèse, à l'égard de Madame Caroline NUTTENS et de la S.P.R.L. PARAMEDIC HOME SERVICES.

Il y a donc lieu de confirmer la décision du 9 février 2017, en ce qui concerne le volet «remboursement de l'indu».

Enfin, nonobstant ce que sollicitent Madame Caroline NUTTENS et de la S.P.R.L. PARAMEDIC HOME SERVICES, il n'y a pas lieu de statuer, sur le fond, à l'égard de l'A.S.B.L. ÊTRE CHEZ SOI, dans la mesure où les appels sont irrecevables en tant que dirigés contre cette partie.

Dans ces conditions, l'appel de Madame Caroline NUTTENS et de la S.P.R.L. PARAMEDIC HOME SERVICES, en ce qu'il est dirigé contre le SECM, n'est pas fondé.

La Chambre de recours confirme la décision de la Chambre de première instance du 9 février 2017.

PAR CES MOTIFS,

LA CHAMBRE DE RECOURS,

Dit que l'appel de Madame Caroline NUTTENS et de la S.P.R.L. PARAMEDIC HOME SERVICES, en ce qu'il est dirigé contre le SECM, est recevable.

Dit que l'appel de Madame Caroline NUTTENS et de la S.P.R.L. PARAMEDIC HOME SERVICES, en ce qu'il est dirigé contre l'A.S.B.L. ÊTRE CHEZ SOI, n'est pas recevable.

Dit que l'appel du SECM n'est pas recevable.

Dit que l'appel de Madame Caroline NUTTENS et de la S.P.R.L. PARAMEDIC HOME SERVICES, en ce qu'il est dirigé contre le SECM, n'est pas fondé.

Confirme la décision de la Chambre de première instance du 9 février 2017.

[…]".

Cette décision, qui constitue la décision attaquée, a été communiquée aux requérantes par courriers du 19 mars 2018.

IV. Recevabilité de la requête en intervention

IV.1. Thèses des parties

En termes de requête, la requérante en intervention déclare justifier de l'intérêt requis pour intervenir à la procédure et défendre la légalité de la décision attaquée qui confirme une décision de première instance la mettant hors cause. Elle ajoute que, conformément à l'article 26 de l'arrêté royal du 30 novembre 2006 déterminant la procédure en cassation devant le Conseil d'État, "les parties en cause devant la juridiction, autres que celles visées à l'article 12, alinéa 1er, peuvent intervenir conformément à l'article 21*bis* des lois coordonnées".

Dans leur mémoire en réplique, les requérantes contestent cet intérêt, dès lors qu'aucun recours n'a été formé contre la décision attaquée en tant qu'elle confirme la mise hors cause de la requérante en intervention. Elles ajoutent que l'article 26 de l'arrêté royal du 30 novembre 2006 précité, auquel se réfère la requérante en intervention, n'ôte rien à la règle selon laquelle une action suppose un intérêt.

IV.2. Appréciation du Conseil d'État

La décision attaquée déclare irrecevable l'appel du SECM et dit notamment pour droit "que l'appel de Madame Caroline NUTTENS et de la S.P.R.L. PARAMEDIC HOME SERVICES, en ce qu'il est dirigé contre l'A.S.B.L. ÊTRE CHEZ SOI, n'est pas recevable", ce qui laisse intacte la décision de la Chambre de première instance mettant hors cause cette partie. Aucune contestation n'est, par ailleurs, élevée, dans le cadre du présent recours, à l'encontre de ces chefs de la décision attaquée.

La lecture des moyens soulevés à l'appui de la requête, particulièrement au regard des portées respectives des différents griefs qui y sont formulés, n'autorise cependant pas à exclure qu'une cassation de la décision attaquée affecte celle-ci en tous ses aspects, y compris celui qui concerne la requérante en intervention.

Dans ces circonstances où l'intérêt de la requérante en intervention à intervenir dans la présente procédure en cassation ne peut lui être dénié, la requête en intervention doit être accueillie.

V. Recevabilité du recours en cassation

V.1. Thèses des parties

S'agissant de la décision de la Chambre de recours, en tant qu'elle statue à son égard, l'intervenante estime, en termes de requête, que les requérantes n'ont pas qualité pour introduire un recours en cassation contre cette décision. Elle soutient que seul le fonctionnaire-dirigeant du SECM, ou le fonctionnaire désigné par lui, a qualité pour introduire un tel recours, et ce sur le fondement de l'article 145, § 5, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994. Elle en tire comme conséquence que le recours ne pourrait aboutir qu'à une cassation partielle de la décision attaquée et laisser celle-ci intacte en tant qu'elle statue à son égard.

Dans leur mémoire en réplique, les requérantes déclarent s'en référer à la sagesse du Conseil d'État pour ce qui concerne la question de l'étendue d'une cassation à intervenir.

V.2. Appréciation du Conseil d'État

Sous son titre "2. OBJET DES APPELS – PRETENTIONS DES PARTIES", la décision attaquée constate ce qui suit:

" Dans des requêtes entrées au greffe les 8 et 13 mars 2017, Madame Caroline NUTTENS et la S.P.R.L. PARAMEDIC HOME SERVICES interjettent appel de la décision de la Chambre de première instance du 9 février 2017.

Dans les conclusions en réponse entrées au greffe le 29 mai 2017, le SECM interjette appel de la décision du 9 février 2017, en ce que la Chambre de première instance met hors cause l'A.S.B.L. ÊTRE CHEZ SOI.

Madame Caroline NUTTENS et la S.P.R.L. PARAMEDIC HOME SERVICES demandent à la Chambre de recours de :
- les mettre hors cause ;
- appliquer l'article 2, n), de la loi ASSI à l'encontre de l'A.S.B.L. ÊTRE CHEZ SOI ;
- à titre subsidiaire, limiter l'application de l'article 164 de la loi ASSI à la seule A.S.B.L. ÊTRE CHEZ SOI.

Le SECM sollicite la confirmation de la décision de la Chambre de première instance du 9 février 2017, sous l'émendation que l'A.S.B.L. ÊTRE CHEZ SOI soit condamnée solidairement avec Madame Caroline NUTTENS et la S.P.R.L. PARAMEDIC HOME SERVICES au remboursement de la valeur des prestations indûment versées par l'assurance soins de santé, soit la somme totale de 30.152,02 euros.

Il ressort de ses conclusions et de sa plaidoirie lors de l'audience du 18 janvier 2018 que l'A.S.B.L. ÊTRE CHEZ SOI demande à la Chambre de recours de :

- déclarer l'appel de Madame Caroline NUTTENS et de la S.P.R.L. PARAMEDIC HOME SERVICES irrecevable en tant que dirigé contre l'A.S.B.L. ÊTRE CHEZ SOI ou à tout le moins non fondé déclarer l'appel du SECM irrecevable ;
- confirmer la décision de la Chambre de première instance du 9 février 2017".

Ainsi que cela a été précédemment relevé, la décision attaquée déclare irrecevable l'appel du SECM et dit notamment pour droit "que l'appel de Madame Caroline NUTTENS et de la S.P.R.L. PARAMEDIC HOME SERVICES, en ce qu'il est dirigé contre l'A.S.B.L. ÊTRE CHEZ SOI, n'est pas recevable", ce qui laisse intacte la décision de la Chambre de première instance mettant hors cause cette partie.

L'intervenante n'indique pas – et le Conseil d'État n'aperçoit pas – en quoi les requérantes n'auraient pas qualité pour diriger leur recours en cassation contre ce chef de la décision attaquée qui rejette, pour partie, les demandes formulées dans le cadre de l'appel dont était saisie la Chambre de recours. En toute hypothèse, la seule circonstance que l'article 145, § 5 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, habilite, "sans autorisation préalable ni approbation ultérieure du Comité", le fonctionnaire-dirigeant du Service d'évaluation et de contrôle médicaux ou le fonctionnaire désigné par lui à saisir les Chambres de première instance, interjeter appel contre les décisions des Chambres de première instance et former un recours en cassation devant le Conseil d'État, ne suffit pas à exclure la qualité des requérantes.

L'exception d'irrecevabilité doit être rejetée.

Pour le surplus, la question de l'étendue d'une cassation à intervenir ne doit pas être tranchée à ce stade de l'examen de la requête en cassation.

VI. Recevabilité du mémoire en réponse

Les requérantes soutiennent qu'est irrecevable le mémoire en réponse déposé par la partie adverse, au motif qu'il serait signé "au nom de l'administrateur général" par une personne dont rien n'indique qu'elle aurait qualité pour représenter la partie adverse ou son administrateur général. Elles en concluent que ce mémoire doit être écarté des débats.

L'original du mémoire en réponse a été signé par l'administrateur général de la partie adverse, de sorte que le grief des requérantes relatif à la compétence du signataire de ce mémoire – dont le greffe du Conseil d'État leur a notifié une copie conforme – ne peut être retenu.

Il n'y a pas lieu d'écarter des débats le mémoire en réponse de la partie adverse.

VII. Recevabilité des "Observations des parties requérantes"

Préalablement à l'audience du 15 mai 2019, les parties requérantes ont déposé une note intitulée "Observations des parties requérantes".

Si ces observations doivent s'analyser en une note d'audience, celle-ci n'est pas prévue par l'arrêté royal du 30 novembre 2006 déterminant la procédure en cassation devant le Conseil d'État et doit se comprendre comme un geste de courtoisie envers les autres parties et le Conseil d'État, par lequel les parties requérantes annoncent ce qu'elles envisagent de plaider à l'audience. Elle n'est donc pas prise en considération comme pièce de procédure. Il sera rendu compte des questions abordées par ces "Observations des parties requérantes" et qui ont été effectivement plaidées à l'audience du 15 mai 2019, au fur et à mesure de l'examen des moyens auxquels elles se rapportent.

VIII. Premier moyen

VIII.1. Thèse des parties requérantes

A. Requête en cassation

Les requérantes soulèvent un premier moyen, pris de la violation des articles 10 et 11 de la Constitution, des articles 1134, 1165, 1289, 1291, 1319, 1320 et 1322 du Code civil, de l'article 2 du Code judiciaire, de l'article 2, n), de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, tant avant que – pour autant que de besoin – après sa modification par l'article 93 de la loi du 14 avril 2014 portant des dispositions diverses en matière de santé et par l'article 12 de la loi du 17 juillet 2015 portant des dispositions diverses en matière de santé, de l'article 73*bis*, 1°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, tant avant qu'après sa modification par

l'article 35 de la loi du 29 mars 2012 portant des dispositions diverses (I) et par l'article 86 de la loi du 10 avril 2014 portant des dispositions diverses en matière de santé, de l'article 73*bis*, 2°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, tant avant qu'après sa modification par l'article 35 de la loi du 29 mars 2012 portant des dispositions diverses (I), de l'article 144, §§ 2 et 3, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, de l'article 164, alinéas 1er et 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, de l'article 18 de la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail, de l'article 6, § 14, alinéa 3, du règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, avant sa modification par l'article 1er du règlement du 25 mars 2013 modifiant le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, de l'article 8, § 3, 5°, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, tant avant qu'après sa modification par l'article 1er, 3°, de l'arrêté royal du 27 mars 2012 modifiant l'article 8 de l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, du principe général du droit en vertu duquel il appartient au juge d'appliquer aux faits soumis à son appréciation la règle de droit sur la base de laquelle il accueillera ou rejettera la demande tout en respectant le principe dispositif et les droits de la défense et sans modifier l'objet et la cause des demandes des parties au procès, et des principes généraux de la proportionnalité et de bonne administration.

Elles indiquent que la décision attaquée rejette le moyen selon lequel elles devaient être mises hors de cause ; qu'elles avaient soutenu, dans leurs conclusions, aux fins d'être mises hors de cause, que l'article 2, n), de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 justifiait que la partie intervenante soit assimilée à un dispensateur de soins et que les attestations de soins étaient établies au nom de la partie intervenante ; qu'elles avaient indiqué, dans leur requête d'appel, que l'article 164 de la loi coordonnée ne saurait s'appliquer en cascade ; et que la décision attaquée juge qu'il n'en va pas ainsi.

Elles relèvent, dans une première branche, qu'il existe un principe général de droit en vertu duquel il appartient au juge d'appliquer aux faits soumis à son appréciation la règle de droit sur la base de laquelle il accueillera ou rejettera la

demande tout en respectant le principe dispositif et les droits de la défense, sans modifier l'objet et la cause des demandes des parties au procès ; que l'article 144, §§ 2 et 3, de la loi coordonnée énonce que les chambres ont une compétence de pleine juridiction ; qu'il importe peu que la règle de droit dont l'application est induite par les faits de la cause soit d'ordre public ou non ; qu'en vertu de l'article 18 de la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail, en cas de dommage causé par le travailleur à l'employeur ou à des tiers dans l'exécution de son contrat, le travailleur ne répond que de son dol et de sa faute lourde ; qu'il ne répond de sa faute légère que si elle présente dans son chef un caractère habituel plutôt qu'accidentel ; que la décision attaquée statue par une motivation propre sans s'approprier en aucune manière la motivation de la Chambre de première instance ; qu'il ressort des constatations de la décision attaquée que la première requérante était dans les liens d'un contrat de travail avec la seconde requérante ; qu'il n'était pas allégué que la première requérante aurait eu une autre qualité à un moment quelconque de la période infractionnelle ; et que la seconde requérante n'est tenue au remboursement de l'indu litigieux qu'au titre de la solidarité régie par l'article 164, alinéas 1 et 2, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, et non pour une cause propre.

Elles soutiennent, dans un premier rameau, qu'un infirmer salarié n'est pas personnellement responsable vis-à-vis de la partie adverse de la tenue des documents réglementaires permettant le remboursement des prestations de santé ; qu'en adoptant l'article 2, n), de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, le législateur a voulu mettre un terme au système en vertu duquel, lorsqu'une infirmière salariée commettait des infractions sous la pression de son employeur, la seule manière de sanctionner l'employeur, s'il n'était pas lui-même dispensateur, était d'infliger une amende administrative à l'infirmière et de la condamner à rembourser l'indu, sachant que ces sommes seraient ensuite supportées par l'employeur en vertu de l'article 18 de la loi susmentionnée du 3 juillet 1978 ; que, depuis cette modification légale, seul l'employeur peut être interpelé en cas de tenue défectueuse des documents réglementaires permettant le remboursement des prestations de santé ; qu'en décider autrement reviendrait à violer l'article 2, n), de la loi coordonnée, lu seul ou en combinaison avec l'article 18 de la loi relative aux contrats de travail et les principes de proportionnalité et de bonne administration ; que la décision attaquée viole les dispositions visées au moyen ; et que la première requérante n'avait pas d'obligation légale vis-à-vis de la partie adverse sous l'angle de l'établissement et de la communication des documents réglementaires permettant le remboursement des prestations de santé.

Elles avancent, dans un deuxième rameau, que l'article 164, alinéa 1 et 2, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, interprété comme excluant l'application de l'article 18 de la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail aux dispensateurs de soins qui exercent leur profession dans le cadre d'un contrat de travail, viole les articles 10 et 11 de la Constitution ; que la décision attaqué n'examine pas si le comportement de la première requérante répond à la définition de dol ou de faute lourde ou s'il présente dans son chef un caractère habituel plutôt qu'accidentel ; que la décision attaquée ne relève aucun antécédent à charge de la première requérante ; que la décision attaquée doit être cassée dans son entièreté puisque la seconde requérante n'a été condamnée qu'au titre de la solidarité légale et non pour avoir personnellement commis une faute ; que la décision attaquée viole les dispositions visées au moyen ; et que la décision attaquée n'examine pas si le comportement de la requérante est constitutive d'un dol ou d'une faute lourde ou si elle présente un caractère habituel dans son chef alors qu'elle en avait l'obligation.

Elles indiquent, dans un troisième rameau, que, s'il fallait considérer que la décision attaqué a implicitement rejeté ce moyen – *quod non* –, la décision attaquée violerait les notions de dol, de faute lourde ou de faute habituelle visée à l'article 18 de la loi du 3 juillet 1978 ; que le législateur a modifié l'article 2, n), de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 en partant de la considération que la tenue incorrecte des documents réglementaires ne relève pas, par définition, des actes visés à l'article 18 précitée qui peuvent justifier la mise en cause de la responsabilité personnelle des travailleurs ; que, de toute façon, la non-tenue ou la non-communication correcte de documents réglementaires – en l'absence de tout antécédent avéré – ne saurait être constitutive de dol, de faute lourde ou de faute habituelle à la charge d'infirmiers dont le métier consiste d'abord à soigner et à garantir le bien-être des patients ; que la décision attaquée viole les dispositions visées au moyen ; et que la requérante n'est tenue des conséquences de ses fautes vis-à-vis des tiers qu'à la condition qu'elles constituent un dol, une faute lourde ou une faute présentant un caractère habituel plutôt qu'occasionnel, *quod non*.

Elles prétendent, dans une deuxième branche, que la première requérante n'est sanctionnée que sur le fondement du seul article 73*bis*, 2° ; que les sommes litigieuses ont été initialement versées par la partie adverse au vu d'attestations signées par Monsieur Dumont ; que le sieur Dumont est infirmier ; qu'il n'existe pas de mandat écrit, au sens de l'article 6, § 14, alinéa 3 du règlement précité du 28 juillet 2003 entre le sieur Dumont et les requérantes, de sorte que les relations entre eux ne s'inscrivaient pas dans le cadre de cette disposition ; que la décision mentionne que le

sieur Dumont "signe … en son nom personnel … les attestations relatives au soin", étant entendu qu'il n'en est pas moins "président du conseil d'administration [de la partie intervenante]" ; que la décision attaquée mentionne qu'un contrat d'entreprise en soins infirmiers existait entre la première requérante et la partie intervenante ; que l'article 6 de cette convention dispose que la partie intervenante tarifie et perçoit en son propre nom les honoraires des soins infirmiers ; que l'article 7 de cette convention prévoit que le prestataire de soins ne pourra attester des soins par aucune autre voie que celle de la partie intervenante ; qu'il n'est pas contesté que les prestations prétendument indues ont été perçues par la partie intervenante ; qu'un contrat existait entre la première requérante et la partie intervenante ; qu'alors que la première requérante le contestait, la décision attaquée ne constate pas qu'elle aurait signé la moindre attestation de soins, la moindre liste récapitulative ou le moindre mandat à un infirmier d'attester pour elle ; que ces éléments indiquent que les requérantes agissaient pour la partie intervenante, qui était le contractant des personnes qui bénéficiaient des soins prodigués par la première requérante, pour lesquelles la partie intervenante, sous la signature de son président du conseil d'administration, adressait des attestations de soins à la partie adverse et percevait les remboursements ; que la décision attaquée a violé les dispositions visées au moyen ; que la décision attaquée a violé l'article 1165 du Code civil en ce que le contrat précité s'imposait à la Chambre de recours ; et que le première requérante n'avait d'autre cocontractant que la partie intervenante, qui était seule tenue vis-à-vis de la partie adverse de se conformer aux dispositions relatives à la tenue des obligations documentaires reposant sur les infirmiers.

Elles avancent, dans une troisième branche, qu'en vertu du principe général de droit en vertu duquel il appartient au juge d'appliquer aux faits soumis à son appréciation la règle de droit sur la base de laquelle il accueillera ou rejettera la demande tout en respectant le principe dispositif et les droits de la défense, sans modifier l'objet et la cause des demandes des parties au procès, et de l'article 144, §§ 2 et 3, de la loi coordonnée, qui énonce que les chambres ont une compétence de pleine juridiction, la Chambre de recours devait constater que c'est la partie intervenante qui avait la qualité de dispensateur de soins ; que, si la décision attaquée constate que c'est le sieur Dumont, et non la partie intervenante, qui signait les attestations, la Chambre de recours ne contrôle pas si ce dernier, qui était par ailleurs président du conseil d'administration de la partie intervenante, ne pouvait être qualifié de dispensateur de soins ; que, n'ayant signé aucune attestation de soins, la première requérante n'était responsable de la tenue d'aucun dossier ; et qu'en rejetant le moyen des requérantes – qui soutenaient que ce n'est pas elles qui avaient la qualité de

prestataires de soins et étaient donc tenues de rembourser la partie adverse – tout en constatant que les attestations étaient signées par un infirmier, président de la partie intervenante, la Chambre de recours a violé les dispositions visées au moyen.

B. Mémoire en réplique

Les requérantes considèrent que la fin de non-recevoir opposée par la partie adverse – tirée du caractère nouveau du moyen pris de la violation des articles 1134, 1165, 1319, 1320 et 1322 du code civil – ne peut être retenue car il est inexact de soutenir qu'est nouveau le moyen pris de la violation d'une disposition légale dont le juge devait, d'après les faits qu'il a constatés, faire application pour trancher la contestation ; qu'en l'espèce, le juge du fond devait interpréter les effets d'une convention et ne pouvait le faire que dans le respect des articles 1165, 1134, 1319, 1320 et 1322 du Code civil.

Elles indiquent que la fin de non-recevoir opposée par la partie adverse et par la partie intervenante – tirée du caractère nouveau du moyen pris de la violation de l'article 18 de la loi du 3 juillet 1978 et des articles 10 et 11 de la Constitution – ne peut être retenue étant donné que, puisqu'il n'était pas contesté que la première requérante était liée par un contrat de travail, sa responsabilité ne pouvait être retenue qu'à la condition qu'elle soit compatible avec l'article 18 précité ; et que les juges d'appel ne pouvaient pas ne pas y avoir égard sans violer le principe susmentionné relatif à l'étendue de ses pouvoirs.

Elles estiment que la fin de non-recevoir opposée par la partie intervenante – qui fait valoir que le moyen impose au Conseil d'État d'examiner les relations contractuelles qui existaient entre l'intervenante et les requérantes – ne peut davantage être retenue car il n'est pas demandé au Conseil d'État de connaître du fond de l'affaire ; que le moyen ne demande aucun devoir d'investigation dans le chef du Conseil d'État, mais se contente de lui demander si la Chambre de recours a correctement appliqué le droit aux faits souverainement fixés par elle ; et que l'arrêt n° 223.421 du 7 mai 2013 accepte de contrôler si le juge n'a pas donné une interprétation des pièces inconciliable avec leurs termes.

Elles soutiennent que la partie adverse ne conteste pas le fondement du moyen, mais se contente de paraphraser la décision attaquée ; que cet argument est inopérant puisque le moyen n'est pas pris du défaut de motivation ; que la partie adverse fait peu de cas de l'absence de mandat écrit au sens de l'article 6, § 14,

alinéa 3, du règlement du 28 juillet 2003 ; que l'article 73*bis*, 2°, de la loi coordonnée sanctionne le fait de "faire rédiger" ou de "faire délivrer les documents réglementaires" ; que ces termes renvoient à l'hypothèse des attestations globales modèle D ; que le règlement du 28 juillet 2003 détermine les conditions dans lesquelles une personne autre que le dispensateur effectif peut signer une attestation ; que cette opération de signature ne se confond pas avec les opérations de tarification, facturation, *etc*…; qu'il ressort de l'article 6 de ce règlement qu'un tiers peut attester des prestations, que ce signataire doit disposer des documents justificatifs signés par le dispensateur effectif préalablement à la délivrance de l'attestation D et que le signataire des attestations doit disposer d'un mandat spécial pour porter en compte ; qu'en l'espèce, toutes les prestations ont été attestées par M. Dumont, agissant dans le cadre de la partie intervenante, institution perceptrice des honoraires, il n'existe aucun mandat, ce que la Chambre de recours reconnaît explicitement, il n'existe aucune liste des prestations signées par le dispensateur effectif, les sommes dues par l'assurance obligatoire ont été versées sur le compte de la partie intervenante ; qu'en signant les attestations modèle D sans être couvert par un mandat écrit ni par les listes des prestations signées, M. Dumont s'est rendu personnellement responsable vis-à-vis de la partie adverse de l'introduction irrégulière des attestations modèle D et donc de l'indu correspondant ; que le règlement du 28 juillet 2003 ne prévoit aucun contrôle a priori de l'existence du mandat écrit et des listes de prestations signées ; et que M. Dumont a commis un faux en attestant "Je certifie disposer de documents démontrant que les prestations ont été effectuées…", immédiatement avant sa signature sur chaque attestation.

C. Plaidoiries

À l'audience du 15 mai 2019, les parties requérantes n'ont formulé aucune observation.

VIII.2. Appréciation du Conseil d'État

VIII.2.1. Sur la troisième branche

Dans le rapport qu'il a déposé en cette affaire, Monsieur le premier auditeur propose de déclarer ce moyen non fondé, en ce qui concerne sa troisième branche, au terme de l'argumentation suivante :

" 1.4.1. Quant à la troisième branche

1. Par cette branche, les requérantes reprochent à la décision attaquée d'avoir considéré qu'elles pouvaient être tenues de rembourser le montant des prestations indûment attestées. Selon elles, c'est la partie intervenante ou le sieur Dumont qui avait la qualité de dispensateur de soins.

2. On relèvera, tout d'abord, que la décision attaquée considère que le grief est établi dans le chef de la première requérante mais n'énonce aucunement qu'il le serait dans le chef de la seconde requérante.

L'argument des requérantes manque donc en fait en tant qu'il est dirigé contre la décision de considérer que la seconde requérante aurait eu la qualité de dispensateur de soins.

3.a.α. L'article 142, § 1er, alinéa 1er, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, inséré par l'article 99 de la loi du 13 décembre 2006 portant dispositions diverses en matière de santé, dispose ce qui suit :

« Sans préjudice d'éventuelles sanctions pénales et/ou disciplinaires, les mesures suivantes sont appliquées aux dispensateurs de soins et assimilés qui ne se conforment pas aux dispositions de l'article 73*bis* :
1° le remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé et une amende administrative comprise entre 50 % et 200 % du montant du remboursement en cas d'infraction aux dispositions de l'article 73*bis*, 1°;
2° le remboursement du remboursement indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé, et/ou une amende administrative comprise entre 5 % et 150 % du montant de la valeur des mêmes prestations en cas d'infraction aux dispositions de l'article 73*bis*, 2°;
3° le remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé et une amende administrative comprise entre 5 % et 100 % du montant du remboursement en cas d'infraction aux dispositions de l'article 73*bis*, 3°;
4° le remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé et une amende administrative comprise entre 5 % et 100 % du montant du remboursement en cas d'infraction aux dispositions de l'article 73*bis*, 4°;
5° une amende administrative de 500 euros à 50.000 euros en cas d'infraction aux dispositions de l'article 73*bis*, 5°;
6° une amende administrative de 500 euros à 20.000 euros en cas d'infraction aux dispositions de l'article 73*bis*, 6°;
7° une amende administrative de 50 euros à 500 euros en cas d'infraction aux dispositions de l'article 73*bis*, 7° 9° et 10°;
8° une amende administrative de 1 000 euros à 250.000 euros en cas d'infraction aux dispositions de l'article 73*bis*, 8°».

L'article 2, n, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, inséré par l'article 89 de la loi susmentionnée du 13 décembre 2006, énonce que sont des «dispensateurs de soins», «les praticiens de l'art de guérir, les kinésithérapeutes, les praticiens de l'art infirmier, les auxiliaires paramédicaux, les aides-soignants, les établissements hospitaliers, les établissements de rééducation fonctionnelle et de réadaptation professionnelle et les autres services et institutions» et que «Sont assimilées aux dispensateurs de soins pour l'application des articles 53, § 1er, § 1er *bis* et § 1er *ter*, 73*bis*, 77*sexies*, 142 et 144, les personnes physiques ou morales qui les emploient, qui organisent la dispensation des soins ou la perception des sommes dues par l'assurance soins de santé ».

β.i. On peut lire ce qui suit dans l'exposé des motifs du projet de loi portant dispositions diverses en matière de santé :

« CHAPITRE XII

Responsabilisation

Artikel 85

Modification de l'article 2

Les dispositions actuelles de la loi relatives au Service d'évaluation et de contrôle médicaux permettent de sanctionner les infractions commises par les dispensateurs et eux seuls.
Ainsi, par exemple, lorsqu'une infirmière salariée commet des infractions sous la pression de son employeur, la seule possibilité de sanctionner cet employeur, s'il n'est pas lui-même dispensateur, est d'infliger une amende administrative à l'infirmière et de la condamner à rembourser l'indu, sachant que ces sommes seront ensuite supportées par l'employeur en vertu de l'article 18 des lois sur le contrat de travail.
Le projet tend à pouvoir sanctionner directement l'employeur sans ce détour par son personnel salarié.
Il s'agit aussi de prévenir d'éventuelles discussions juridiques quant au respect du contradictoire et des droits de la défense puisque dans la procédure actuelle applicable aux seuls dispensateurs de soins, l'employeur n'est pas entendu et n'a pas la possibilité de faire valoir d'éventuels moyens de défense.
Le même objectif est poursuivi à l'égard des personnes physiques ou morales – non dispensateurs de soins – qui organisent la dispensation de soins ou qui perçoivent les sommes dues par l'assurance».

Des discussions dans le cadre des travaux de la Commission de la Santé publique, de l'Environnement et du Renouveau de la société, on retiendra le passage suivant :

« Responsabilisation des prestataires de soins

Art. 85

M. Luc Goutry (CD&V) demande si les mots «personnes physiques ou morales qui les emploient, qui organisent la dispensation des soins ou la perception des sommes dues par l'assurance soins de santé» visent également les mutuelles.
Le ministre répond par la négative. Cet article vise non les organismes assureurs, mais les prestataires de soins. Il permettra de poursuivre également les maisons de repos et les hôpitaux, ce qui n'était pas le cas auparavant (seuls les prestataires individuels pouvaient être poursuivis, et pas les gestionnaires).
M. Luc Goutry (CD&V) s'interroge sur les moyens qui pourront être mis en œuvre pour effectuer des contrôles dans ces institutions. Cela n'implique-t-il pas une violation du secret professionnel ?
Le ministre répond que les services de contrôle ont mis en lumière des circuits de fraude organisée au sein d'institutions de soins. Pour l'instant, il n'est pas possible de poursuivre ces institutions, mais uniquement les prestataires, alors que le circuit de fraude peut être plus large et impliquer le gestionnaire.
Les moyens d'enquête sont donc les mêmes, l'article ajoutant uniquement la possibilité juridique d'instruire une enquête à charge et à décharge d'une institution de soins en tant que personne morale.

L'essentiel du contentieux concerne les prestataires de soins à titre individuel. Il n'en reste pas moins qu'une petite partie du contentieux concerne des institutions».

ii. En adoptant les dispositions précitées, le législateur a eu en vue de permettre la condamnation des dispensateurs de soins et de personnes et/ou institutions pour lesquelles ils travailleraient et qui les auraient contraintes à commettre des irrégularités.

Il ne ressort ni du texte de l'article 142 de la loi coordonnée ni des travaux préparatoires de la loi que le législateur aurait eu en vue d'exonérer de manière absolue un dispensateur de soins de sa responsabilité au motif qu'une personne assimilée à un dispensateur de soins pourrait voir sa responsabilité engagée.

En conséquence, dès lors qu'un dispensateur de soins accomplit un des actes proscrits par l'article 73*bis* de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, sa responsabilité est susceptible d'être mise en cause, le cas échéant conjointement avec celle d'une personne y assimilée.

b.α. En l'espèce, il n'est pas contesté que la première requérante est praticienne de l'art infirmier et qu'elle n'a pas tenu de dossier infirmier pour les prestations retenues à grief alors qu'il s'agit d'une condition prescrite par l'article 8, § 3, 5°, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, qui prévoit qu'«Aucuns honoraires ne sont dus : […] lorsque le dossier infirmier mentionné dans cet article n'existe pas ou si le contenu minimal décrit au § 4, 2° de cet article n'est pas mentionné dans ce dossier».

La première requérante, en permettant que soit demandé à la partie intervenante que soient attestées des prestations effectuées par elle sans par ailleurs tenir de dossier infirmier pour les patients auxquels elle avait prodigué des soins, a donc méconnu l'article 73*bis*, 2°, de la loi coordonnée, qui «interdit aux dispensateurs de soins et assimilés […] de rédiger, faire rédiger, délivrer ou faire délivrer les documents réglementaires précités lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans la présente loi, dans ses arrêtés et règlements d'exécution, dans les conventions et accords conclus en vertu de cette même loi».

β. Eu égard au grief retenu contre la première requérante, il est, par ailleurs, indifférent que celle-ci n'ait pas donné à la partie intervenante le mandat visé à l'article 6, 14, alinéa 3, du règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

En effet, si l'existence de ce mandat était certes requise pour que les prestations puissent être régulièrement attestées auprès des organismes assureurs dans le cadre du mécanisme mis en place par ce règlement, son absence ne démontre aucunement que le reproche fait à la première requérante ne serait pas établi.

γ. Il en résulte que la Chambre de recours n'a pas violé les dispositions en cause lorsqu'elle a décidé que la première requérante était bien coupable des faits invoqués dans les griefs.

4. La circonstance que la partie intervenante ou le président de son conseil d'administration aurait pu être «assimilée» à un dispensateur de soins pour l'application des articles 73*bis* et 142 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994

n’enlève rien au constat précité et à la régularité de la décision de la Chambre de recours en ce qui concerne la première requérante.

5. La troisième branche n’est donc pas fondée.".

Après avoir pris connaissance de ce rapport, les parties n'ont fait valoir aucune observation à l'audience du 15 mai 2019.

Pour les raisons qui conduisent ainsi M. le premier auditeur à conclure en ce sens, raisons que le Conseil d'État fait siennes, il y a lieu de déclarer non fondé le moyen, en ce qui concerne sa troisième branche.

VIII.2.2. Sur la première branche

A. Quant au premier rameau

Dans le rapport qu'il a déposé en cette affaire, Monsieur le premier auditeur propose de déclarer ce moyen non fondé, en ce qui concerne le premier rameau de sa première branche, au terme de l'argumentation suivante :

" 1.4.2.1. Quant à la première sous-branche

1. Dans leur première branche, les requérantes reprochent à la décision attaquée d’avoir considéré qu’elles pouvaient être tenues de rembourser le montant des prestations indûment attestées.

Dans une première sous-branche, elles soutiennent en substance, d’une part, qu’il ressort de la *ratio legis* de l’article 2, n), de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 que les prestataires de soins agissant dans le cadre d’un contrat de travail ne peuvent plus être condamnés, seuls leurs employeurs le pouvant, et, d’autre part, qu’en conséquence, la seconde requérante ne peut être condamnée solidairement.

2.a. On peut lire dans un arrêt de la Cour de cassation du 14 décembre 2015 que «N'est, en principe, pas nouveau le moyen, même étranger à une disposition d'ordre public ou impérative, qui critique un motif que le juge a donné pour justifier sa décision».

En l’espèce, la première requérante a été condamnée pour avoir violé l’interdiction prévue par l’article 73*bis*, 2°, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 en sa qualité de dispensateur de soins et la seconde requérante a été condamnée par application de l’article 164 de la même loi.

Le moyen n’est donc pas nouveau.

b. La première sous-branche est donc recevable.

3. Pour les motifs exposés à propos de la troisième branche du moyen, il convient de conclure que la circonstance que la première requérante était engagée dans les liens d’un contrat de travail avec la seconde requérante lorsqu’elle a commis les

faits qui lui sont reprochés n'empêche pas que des poursuites soient diligentées sur la base de la loi coordonnée du 14 juillet 1994.

4. La première sous-branche n'est donc pas fondée.".

Après avoir pris connaissance de ce rapport, les parties n'ont fait valoir aucune observation à l'audience du 15 mai 2019.

Pour les raisons qui conduisent ainsi M. le premier auditeur à conclure en ce sens, raisons que le Conseil d'État fait siennes, il y a lieu de déclarer non fondé le moyen, en ce qui concerne le premier rameau de sa première branche.

B. Quant au deuxième rameau

Tel que formulé, le moyen doit s'entendre en ce sens qu'il fait grief à la décision attaquée d'avoir appliqué l'article 164 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, sans avoir eu égard à l'article 18 de la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail ou – en d'autres termes – de ne pas avoir appliqué cumulativement ces deux dispositions, pour déclarer non fondé l'appel des requérantes, en tant qu'il est dirigé contre le SECM, et confirmer la décision de la chambre de première instance, en ce qui concerne tant le volet "sanction" que le volet "remboursement de l'indu".

Il ressort toutefois de la motivation de la décision attaquée (en particulier sous le titre "4.2. Fondement") que, pour confirmer la décision de la chambre de première instance dans le sens qui vient d'être rappelé, la chambre de recours a appliqué non pas l'article 164 précité, mais bien l'article 142 de la même loi du 14 juillet 1994, disposition que ne vise pas le moyen et dont celui-ci ne soutient pas que (et n'expose *a fortiori* pas comment) elle aurait été méconnue par la décision attaquée.

En tant qu'il critique l'application faite par la décision attaquée de l'article 164 précité, alors qu'il n'a pas été fait application de cette disposition – à tout le moins pour confirmer la décision de la chambre de première instance dans la mesure où elle concerne la première requérante – le moyen repose sur une lecture erronée de la décision attaquée et, pour cette raison, manque en fait.

Par ailleurs, à supposer que la chambre de recours ait fait application de l'article 164 précité pour confirmer la décision de la chambre de première instance, en ce qui concerne le volet "remboursement de l'indu" dans le chef de la seconde requérante, le moyen est irrecevable dès lors qu'il n'indique pas en quoi cette

disposition aurait été méconnue en tant qu'elle serait appliquée pour étendre à la deuxième requérante la condamnation au remboursement de l'indu.

Pour les motifs ainsi exposés, le moyen ne peut être accueilli en ce qui concerne le deuxième rameau de la première branche.

C. Quant au troisième rameau

En ce qui concerne le troisième rameau de la première branche, le moyen repose en substance sur la thèse selon laquelle les actes qu'il est reproché à la première requérante d'avoir posés n'entreraient pas dans les conditions prévues par l'article 18 de la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail pour que sa responsabilité personnelle soit engagée, et ne pourraient relever d'un dol, d'une faute lourde ou d'une faute légère présentant un caractère habituel. Cette thèse repose sur une conception qu'aurait eue le législateur, selon ce que soutiennent les requérantes dans les termes suivants :

" le législateur lui-même a modifié l'article l'article 2, n), de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 en partant de la considération que la tenue incorrecte des documents réglementaires visés par cette loi ne relevait pas par définition de la catégorie des actes visés à l'article 18 du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail qui pouvaient justifier la mise en cause de la responsabilité personnelle des travailleurs".

À lire l'exposé du premier rameau, il semble devoir être compris que, pour attribuer cette conception au législateur, les requérantes prennent appui, d'une part, sur la modification, par l'article 89 de la loi du 13 décembre 2006 portant des dispositions diverses en matière de santé, de l'article 2, n), de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, et, d'autre part, sur l'extrait de l'exposé des motifs se rapportant à ce qui deviendra l'article 89 de la loi du 13 décembre 2006 précitée, extrait qui se lit comme suit :

" Les dispositions actuelles de la loi relatives au Service d'évaluation et de contrôle médicaux permettent de sanctionner les infractions commises par les dispensateurs et eux seuls.
Ainsi, par exemple, lorsqu'une infirmière salariée commet des infractions sous la pression de son employeur, la seule possibilité de sanctionner cet employeur, s'il n'est pas lui-même dispensateur, est d'infliger une amende administrative à l'infirmière et de la condamner à rembourser l'indu, sachant que ces sommes seront ensuite supportées par l'employeur en vertu de l'article 18 des lois sur le contrat de travail.
Le projet tend à pouvoir sanctionner directement l'employeur sans ce détour par son personnel salarié. Il s'agit aussi de prévenir d'éventuelles discussions juridiques quant au respect du contradictoire et des droits de la défense puisque

dans la procédure actuelle applicable aux seuls dispensateurs de soins, l'employeur n'est pas entendu et n'a pas la possibilité de faire valoir d'éventuels moyens de défense.
Le même objectif est poursuivi à l'égard des personnes physiques ou morales – non dispensateurs de soins – qui organisent la dispensation de soins ou qui perçoivent les sommes dues par l'assurance" (Ch. des représ., Doc. Parl., s.o. 2005/2006, n° 2594/001, pp. 54-55 et 91-92).

Outre cette conception qu'elles attribuent au législateur, les requérantes font valoir que "de toute façon, la non-tenue ou la non-communication correctes de documents réglementaires comme en l'espèce – en l'absence de tout antécédent avéré – ne sauraient être retenues comme constitutives du dol, de la faute lourde ou de la faute habituelle visée à l'article 18 de la loi relative aux contrats de travails à la charge d'infirmiers dont le métier consiste d'abord à soigner et à garantir le bien-être de leurs patients".

À la lecture de l'extrait des travaux préparatoires sur lequel les requérantes paraissent prendre appui, sans toutefois l'indiquer expressément, il apparaît que l'objectif poursuivi par le législateur en assimilant aux "dispensateurs de soins" certaines catégories de personnes, dont celle des employeurs de ces dispensateurs de soins, était de pouvoir sanctionner directement ces personnes, ce que ne permettait jusqu'alors pas la conception stricte du "dispensateur de soins" selon l'article 2, n), de la loi du 14 juillet 1994 précitée.

Il ne ressort pas des travaux préparatoires de la loi du 13 décembre 2006 précitée, et en particulier de la référence incidente à une éventuelle mise en œuvre de l'article 18 de la loi du 3 juillet 1978 relative au contrat de travail, que le législateur ait poursuivi quelque autre objectif. En particulier, et contrairement à ce que suggèrent les requérantes sans toutefois entreprendre de le démontrer, il n'est pas établi que le législateur aurait, par cette modification de l'article 2, n), précité, entendu présumer de la qualification des infractions soumises à l'application de l'article 142 de la loi du 14 juillet 1994 au regard des catégories d'actes susceptibles d'engager, selon les cas, la responsabilité du travailleur ou celle de l'employeur, conformément à l'article 18 de la loi du 3 juillet 1978 précitée.

Par ailleurs, les requérantes ne peuvent davantage être suivies lorsqu'elles soutiennent, sans toutefois étayer leur affirmation, que les infractions soumises à l'application de l'article 142 précité "ne sauraient être retenues comme constitutives du dol, de la faute lourde ou de la faute habituelle visée à l'article 18 de la loi relative aux contrats de travails [*sic*] à la charge d'infirmiers dont le métier consiste d'abord à soigner et à garantir le bien-être de leurs patients". Pareil argument relève d'une

pétition de principe qui n'appuie nullement la thèse défendue dans le cadre de ce rameau.

Attribuant à l'article 2, n), précité, un sens et une portée qui ne peuvent être reconnus à cette disposition, le moyen manque en droit, pour ce qui concerne le troisième rameau de la première branche.

VIII.2.3. Sur la deuxième branche

Dans le rapport qu'il a déposé en cette affaire, Monsieur le premier auditeur propose de déclarer ce moyen non fondé, en ce qui concerne sa deuxième branche, au terme de l'argumentation suivante :

" 1.4.3. Quant à la deuxième branche

1. Dans la deuxième branche, les requérantes reprochent à la Chambre de recours de ne pas avoir déduit des faits retenus par elle et de la convention conclue entre la première requérante et la partie intervenante que c'est cette dernière qui avait la qualité de cocontractante des patients soignés par elle et que c'est donc elle, seule, qui était dans l'obligation et en mesure de respecter les obligations documentaires imposées aux infirmiers.

2. L'argument des requérantes repose, par ailleurs, sur le postulat selon lequel l'absence du mandat visé par l'article 6, § 14, alinéa 3, du règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, impliquerait que la première requérante ne peut être réputée avoir la qualité de dispensateur de soins.

Force est, toutefois, de constater que, comme il l'est exposé par ailleurs, la première requérante, en s'abstenant de tenir un carnet infirmier et en permettant que soit demandé à la partie intervenante d'adresser des attestations de soins donnés pour les soins par elle prodigués, a méconnu l'article 73bis, 2°, de la loi coordonnée et pouvait donc se voir condamner aux sanction et mesure de réparation prévue par l'article 142 de ladite loi.

3. La deuxième branche n'est donc pas fondée.".

Après avoir pris connaissance de ce rapport, les parties n'ont fait valoir aucune observation à l'audience du 15 mai 2019.

Pour les raisons qui conduisent ainsi M. le premier auditeur à conclure en ce sens, raisons que le Conseil d'État fait siennes, il y a lieu de déclarer non fondé le moyen, en ce qui concerne la deuxième branche.

IX. Deuxième moyen

IX.1. Thèse des requérantes

A. Requête en cassation

Les requérantes soulèvent un deuxième moyen, pris de la violation de l'article 144 de la Constitution, tant avant qu'après sa modification par la révision du 6 janvier 2014 de l'article 144 de la Constitution, de l'article 145 de la Constitution, de l'article 1376 du Code civil, des articles 581, 1° et 2°, et 704, § 2, du Code judiciaire, de l'article 144, § 2, 1°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, tant avant qu'après sa modification par l'article 2, 1°, de la loi du 29 mars 2012 portant des dispositions diverses (II), de l'article 144, § 3, 1°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, et de l'article 64, alinéa 3, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Elles indiquent que la décision attaquée les condamne au remboursement de l'indu et condamne la première requérante à des amendes administratives ; qu'en vertu de l'article 144, alinéa 1er, de la Constitution, les contestations qui ont pour objet des droits civils relèvent de la compétence exclusive des juridictions judiciaires ; que l'alinéa 2 de cette disposition est entré en vigueur après l'expiration de la période infractionnelle et n'est donc pas applicable en la présente cause ; qu'en vertu de l'article 145 de la Constitution, le législateur peut conférer la compétence à d'autres juridictions que les juridictions judiciaires de connaître des litiges portant sur les droits politiques ; qu'en vertu de l'article 1376 du Code civil, l'indu est un quasi-contrat de droit civil ; que le remboursement de l'indu et les amendes administratives sont étrangers aux droits politiques et ressortissent donc à la compétence exclusive des juridiction judiciaires, et spécialement des juridictions du travail en vertu de l'article 581, 1° et 2°, du Code judiciaire ; que l'article 164, alinéa 3, de la loi coordonnée le confirme en précisant que les récupérations de payements indus peuvent être introduites selon la procédure prévue à l'article 704, § 2, du Code judiciaire ; que l'article 144, §§ 2 et 3, de la loi coordonnée donne à la Chambre de première instance et à la Chambre de recours le pouvoir de statuer sur les infractions mais pas de statuer sur les conséquences pécuniaires en termes d'indu ; que la Chambre de première instance et la Chambre de recours se sont donc prononcées en dehors du pouvoir qui leur revenait ; et que, ne pouvant juger de l'indu, ces juridictions ne pouvaient décréter des amendes proportionnelles à celui-ci.

B. Mémoire en réplique

Les requérantes répliquent que la fin de non-recevoir soulevée par la partie adverse et tenant au fait que le déclinatoire de compétence n'avait pas été soulevé devant la Chambre de recours ne peut être suivie ; que l'arrêt n° 119.724 du 22 mai 2003 rejette un moyen qui supposait un examen des faits, ce qui ne relève pas du pouvoir du juge de cassation ; que l'arrêt n° 219.380 du 16 mai 2012 n'expose pas le moyen et ne permet pas de vérifier s'il supposait un examen des faits étranger à la censure de cassation ; que l'arrêt n° 105.838 du 24 avril 2002 contredit la thèse de la partie adverse puisqu'il précise qu'il n'y a irrecevabilité que «lorsque les éléments de fait nécessaires à son appréciation ne ressortent pas de la décision attaquée ou des pièces auxquelles le Conseil d'État peut avoir égard», alors que ces éléments de faits ressortent de la décision attaquée en l'espèce ; que le Conseil d'État indique bien, dans son arrêt n° 101.771 du 12 décembre 2001, qu'un moyen nouveau ne peut être invoqué devant le juge de cassation, mais le Conseil d'État y soulève, lui-même, un moyen pris de la violation de l'article 149 de la Constitution et n'a pas déclaré irrecevable deux moyens nouvellement invoqués ; et que le moyen touche à l'ordre public et ne contraint le Conseil d'État à aucune investigation factuelle étrangère à son pouvoir de cassation administrative. Elle revient, par ailleurs, sur les arrêts de la Cour constitutionnelle évoqués par la partie adverse et en discute notamment la pertinence.

C. Plaidoiries

À l'audience du 15 mai 2019, les parties requérantes n'ont formulé aucune observation.

IX.2. Appréciation du Conseil d'État

Tel qu'exposé en termes de requête, le moyen reproche à la Chambre de recours d'avoir, en adoptant la décision attaquée, méconnu l'étendue de ses pouvoirs et compétences, tels que ceux-ci sont définis par les dispositions législatives applicables. Il ne formule, en revanche, pas de reproche incident quant à une éventuelle non-conformité, à la Constitution, de ces dispositions législatives, non-conformité sur laquelle il n'appartiendrait d'ailleurs pas au Conseil d'État de se prononcer. C'est donc sous l'angle de cette seule critique dont fait directement l'objet la décision attaquée que le moyen doit être examiné. Il s'ensuit, par ailleurs, que les arguments avancés par les parties pour tenter de convaincre de la conformité ou de la non-conformité de

l'article 142 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, à l'article 144 de la Constitution, ne doivent pas être examinés.

En substance, les requérantes font valoir, au titre de ce moyen, que la Chambre de recours a méconnu l'étendue de sa compétence en les condamnant "au remboursement d'un prétendu indu et en prononçant à la charge du premier requérant une amende administrative proportionnelle à cet indu dont elle ne pouvait pas connaître", alors, d'une part, qu'une contestation relative à un remboursement de l'indu relève des droits civils (l'indu étant un quasi-contrat de droit civil en vertu de l'article 1376 du Code civil), est donc étrangère aux droits politiques et ne peut, pour cette raison, être soumise qu'aux seules juridictions de l'ordre judiciaire et, d'autre part, que, en l'état de l'article 144 de la Constitution tel qu'applicable à la présente cause, il ne peut être question d'invoquer l'alinéa 2 de cette disposition, aux termes duquel "la loi peut, selon les modalités qu'elle détermine, habiliter le Conseil d'État ou les juridictions administratives fédérales à statuer sur les effets civils de leurs décisions".

À la lecture de la décision attaquée – et notamment des développements de celle-ci, sous le point "a) En droit – I. Infraction" du titre "4.2. Fondement" – il apparait clairement que, pour déclarer non fondé l'appel des requérantes en tant qu'il est dirigé contre le SECM, et confirmer ainsi la décision de la Chambre de première instance du 9 février 2017, qui condamne solidairement les requérantes au remboursement d'un indu de 30.152,02 euros et la première requérante à une amende administrative de 1.500 euros, la Chambre de recours a fait application de l'article 142, alinéa 1er, 2°, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 précitée, sans que cette décision soit fondée sur l'article 144, alinéa 2, de la Constitution ou d'autres dispositions, tel l'article 1376 du Code civil. Ce faisant, la Chambre de recours n'a pas méconnu l'étendue de ses pouvoirs et compétences, tels que les définit l'article 144 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, lu en combinaison avec les articles 142 et 73*bis* de cette même loi. À cet égard, en particulier, les requérantes ne peuvent raisonnablement être suivies lorsqu'elles soutiennent que l'article 144, § 2, 1°, "réserve à la Chambre de première instance [et, par conséquent, à la Chambre de recours, par application de l'article 144, § 3, 1°] un pouvoir de statuer sur des infractions mais ne lui donne pas compétence pour statuer sur les conséquences pécuniaires en termes d'indus des dites [*sic*] infractions". En effet, le pouvoir de statuer sur les infractions à l'article 73*bis*, emporte nécessairement celui de décider des mesures qui, conformément à l'article 142, § 1er, alinéa 1er, doivent être appliquées à la suite de telles infractions.

Enfin, les requérantes n'indiquent nullement en quoi le présent litige pourrait relever de la compétence des juridictions du travail, telle que celle-ci leur est précisément attribuée par l'article 581, 1° et 2°, du Code judiciaire.

Il suit de l'ensemble de ces considérations que le moyen doit être rejeté.

X. Troisième moyen

X.1. Thèse des requérantes

A. Requête en cassation

Les requérantes soulèvent un troisième moyen, pris de la violation de l'article 1er du Protocole du 20 mars 1952, additionnel à la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, signé à Paris, approuvé par la loi du 13 mai 1955, et pour autant que de besoin, de la loi du 13 mai 1955, des articles 23 et 159 de la Constitution, des principes généraux de la hiérarchie des normes, de la proportionnalité et de bonne administration, de l'article 35, § 1er, alinéas 1 et 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, dans leur version tant antérieure que postérieure à leur modification par l'article 21 de la loi du 19 mars 2013 portant des dispositions diverses en matière de santé (I), par l'article 53 de la loi du 13 décembre 2006 portant des dispositions diverses entrée en vigueur le 1er juillet 2014 et par l'article 4 de la loi du 22 juin 2016 portant des dispositions diverses en matière de santé, de l'article 73*bis*, 1°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, tant avant qu'après sa modification par l'article 35 de la loi du 29 mars 2012 portant des dispositions diverses (I) et par l'article 86 de la loi du 10 avril 2014 portant des dispositions diverses en matière de santé, de l'article 73*bis*, 2°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, tant avant qu'après sa modification par l'article 35 de la loi du 29 mars 2012 portant des dispositions diverses (I), et de l'article 8, § 3, 5°, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, tant avant qu'après sa modification par l'article 1er, 3°, de l'arrêté royal du 27 mars 2012 modifiant l'article 8 de l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Elles relèvent que la décision attaquée tient pour établi le grief pris de la violation de l'article 73*bis*, 2°, de la loi coordonnée au motif que le dossier infirmier était incomplet en violation de l'article 8, § 3, 5°, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 et confirme la décision de la Chambre de première instance les condamnant au remboursement de l'indu, dont le montant est déterminé comme étant égal au total des honoraires.

Elles indiquent que l'article 159 de la Constitution et le principe de la hiérarchie des normes s'imposent aux juridictions administratives ; que l'article 1er du Protocole additionnel à la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales garantit le respect des biens et prévoit que nul ne peut être privé de sa propriété que pour cause d'utilité publique et dans les conditions prévues par la loi et les principes généraux du droit international ; que l'article 23 de la Constitution garantit le droit de mener une vie conforme à la dignité humaine, ce qui inclut le droit à une rémunération équitable ; que l'article 73*bis*, 2°, de la loi coordonnée interdit de porter des prestations en compte lorsqu'elles ne satisfont pas aux conditions prévues dans la loi ou ses arrêtés d'exécution ; que l'absence de réalisation des prestations attestées est visée par l'article 73*bis*, 1°, de la loi coordonnée ; que l'article 8, § 3, 5°, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 disposait, jusqu'au 1er juin 2012, qu'aucun honoraire n'est dû lorsque la tenue du dossier infirmier est incomplète; que cet article prévoit, depuis le 1er juin 2012, qu'aucun honoraire n'est dû lorsque le dossier infirmier n'existe pas ou si le contenu minimal décrit au § 4, 2°, n'y est pas mentionné ; que l'article 35, § 1er, alinéas 1er et 2, de la loi coordonnée énonce que "Le Roi établit la nomenclature des prestations de santé […] Cette nomenclature énumère lesdites prestations, en fixe la valeur relative et précise, notamment, ses règles d'application, ainsi que la qualification requise de la personne habilitée à effectuer chacune d'elles" ; qu'il est manifestement excessif et procède d'une erreur manifeste d'appréciation de priver de toute rémunération des praticiens de l'art infirmier qui se dévouent pour leurs patients pour des motifs, fussent-ils légitimes, tenant à la tenue d'un dossier infirmier lorsque la juridiction fait application de l'article 73*bis*, 2°, de la loi coordonnée et non de son article 73*bis*, 1° ; que la valeur d'une prestation avec dossier ou sans dossier ne varie pas de zéro à l'infini ; et qu'il n'existe aucune utilité publique, au sens de l'article 1er du protocole additionnel, à priver les requérantes de toute rémunération alors qu'elles n'ont pas subi de condamnation pour absence pure et simple de prestation.

B. Mémoire en réplique

Les parties requérantes répliquent que la fin de non-recevoir opposée par la partie adverse, selon laquelle la critique est dirigée contre la réglementation, ne peut être retenue ; que la portée du moyen est en réalité le droit des requérantes de critiquer la constitutionnalité d'une réglementation ou de l'application qui en est donnée ; et que le grief est également pris de la violation de l'article 159 de la Constitution.

Elles ajoutent qu'elles se réfèrent à la sagesse du Conseil d'État en ce qui concerne l'argument de la partie intervenante selon laquelle le moyen n'est pas susceptible d'avoir une incidence sur la situation de cette dernière.

Elles répliquent, sur le fond du moyen, qu'elles ne font pas grief au législateur et au Roi d'avoir organisé un mécanisme de remboursement des sommes indues ; qu'il est, par contre, contraire à l'article 1er du Protocole additionnel et à l'article 23 de la Constitution de priver une personne de la totalité de sa rémunération pour des prestations dont la matérialité n'est pas contestée en tant que telle ; qu'on peut concevoir que la non-tenue des documents réglementaires soit sanctionnée par une perte partielle de la rémunération, mais il est spoliateur de sanctionner ce fait par une privation totale de la rémunération ; que les considérations relatives à la loi du 12 avril 1965 concernant la protection de la rémunération des travailleurs est sans lien avec la présente cause ; que l'article 1er du Protocole additionnel et l'article 23 de la Constitution ne protègent pas que les rémunérations au sens de ladite loi ; que l'article 1er du Protocole protège tous les biens, y compris toute forme de compensation pécuniaire pour un travail presté ; et qu'il serait absurde de limiter l'article 23 de la Constitution au seul travail salarié.

C. Plaidoiries

À l'audience du 15 mai 2019, les requérantes ont répondu à l'exception d'irrecevabilité opposée au moyen par Monsieur le premier auditeur, en relevant que – dans le cadre de l'examen d'un recours en cassation – la recevabilité d'un moyen ne suscite pas de difficulté particulière lorsque tous les éléments qui doivent permettre au juge de cassation de contrôler l'application de la norme aux faits par le juge du fond, se trouvent dans le dossier. Elles ont relevé que ce qui est mis en cause, en l'espèce, c'est la validité de la norme appliquée par la Chambre de recours, ce qui peut – en toute hypothèse – être soumis au contrôle du juge de cassation. Elles sont, par ailleurs, revenues sur les développements de la requête relatifs à l'incidence des mesures

susceptibles d'être décidées par les juridictions instituées auprès de la partie adverse sur le droit de propriété des destinataires de ces mesures, notamment lorsqu'il est reproché à ceux-ci de n'avoir pas respecté les obligations administratives se rapportant à des prestations portées en compte de l'assurance obligatoire, particulièrement lorsque la réalité de ces prestations ne peut être mise en cause. Elles relèvent qu'en pareil cas, les destinataires de ces condamnations sont sanctionnés par l'amende qui leur est infligée et, en outre, privés de l'intégralité de l'intervention de la partie adverse.

X.2. Appréciation du Conseil d'État

Au vu de sa formulation dans la requête, le moyen doit s'interpréter en ce sens que les parties requérantes n'y reprochent pas à la Chambre de recours la manière dont elle aurait interprété et appliqué aux faits dont elle était saisie les dispositions et principes au respect desquels elle était tenue, mais bien le fait d'avoir, en prononçant la décision attaquée, mis en œuvre un système qu'elles estiment excessif, en ce qu'il aboutirait à priver de toute rémunération des praticiens de l'art infirmier auxquels il est seulement reproché d'avoir manqué à leurs obligations en matière de tenue de dossier, ce qui représente une violation de l'article 73*bis*, 2°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Un tel grief doit, de toute évidence, être lu en combinaison avec l'invocation de la violation de l'article 159 de la Constitution, dont les parties requérantes font d'ailleurs apparaître, dans leur mémoire en réplique, qu'elle constitue le grief principal sur lequel le moyen est fondé.

Un moyen de cassation doit tant viser de manière précise les dispositions légales qui sont invoquées à son appui, qu'exposer de manière détaillée en quoi la juridiction administrative aurait violé ces dispositions.

En l'espèce, le moyen repose principalement – selon les parties requérantes – sur l'invocation d'une violation de l'article 159 de la Constitution, laquelle disposition est libellée comme suit :

" Les cours et tribunaux n'appliqueront les arrêtés et règlements généraux, provinciaux et locaux, qu'autant qu'ils seront conformes aux lois".

Tel que formulé en termes de requête, ce moyen n'identifie pas les règles illégales auxquelles il est reproché à la décision attaquée d'avoir donné effet et

n'indique pas en quoi ces règles seraient contraires aux normes supérieures. Ainsi, ne permet-il même pas de déterminer si les normes appliquées à tort selon les parties requérantes sont législatives, telles les dispositions de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 précitée, ou réglementaires, tel l'article 8, § 3, 5°, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. De la sorte, les requérantes n'exposent pas en quoi la Chambre de recours aurait violé l'article 159 de la Constitution.

Un tel moyen, qui est imprécis, doit être déclaré irrecevable.

XI. Quatrième moyen

XI.1. Thèse des requérantes

A. Requête en cassation

Les requérantes soulèvent un quatrième moyen, pris de la violation de l'article 6.1 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950, approuvée par la loi du 13 mai 1955, des articles 10, 11 et 151, § 1er, de la Constitution, du principe général d'indépendance et d'impartialité du juge, et de l'article 145, § 1er, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Elles relèvent que la décision attaquée a été rendue par une Chambre de recours composée notamment d'un membre présenté par les organismes assureurs.

Elles indiquent que l'article 145, § 1er, de la loi coordonnée prévoit que chaque chambre est composée entre autre de deux membres nommés sur présentation des organismes assureurs ; que l'article 6.1 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales prévoit que toute personne faisant l'objet d'une accusation en matière pénale a le droit à ce que sa cause soit entendue équitablement, publiquement et dans un délai raisonnable, par un tribunal indépendant et impartial, établi par la loi ; que l'article 151, § 1er, de la Constitution prévoit que les juges sont indépendants dans l'exercice de leurs compétences juridictionnelles ; que l'indépendance et l'impartialité du juge constituent un principe général de valeur constitutionnelle. Elles relèvent enfin que plusieurs questions préjudicielles ont été posées à la Cour constitutionnelle à propos de la conformité –

notamment aux articles 10 et 11 de la Constitution – de l'article 145 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, en ce que cette disposition poserait question quant à l'apparence de partialité au sein de la Chambre de recours.

B. Mémoire en réplique

Les requérantes répliquent, à propos de la fin de non-recevoir opposée par la partie adverse, selon laquelle le moyen est irrecevable car elles n'ont pas demandé la récusation du membre devant la Chambre de recours, que l'arrêt de la Cour de cassation cité n'est pas pertinent ; qu'il était, là, question d'un magistrat qui était à la fois juge d'instruction et juge du fond, alors qu'il s'agit, ici, d'une critique de la légalité de la composition de la Chambre de recours ; qu'une requête en récusation n'aurait eu aucun sens puisque le médecin en cause aurait été remplacé par une autre personne ayant la même qualité et donc les mêmes défauts ; que le moyen, de pur droit, est donc recevable ; et qu'il a déjà été répondu à l'argument selon lequel le Conseil d'État ne peut connaître d'un moyen nouveau.

Elles ajoutent qu'il ne convient, en effet, pas de poser les questions préjudicielles si le Conseil d'État attend que la Cour constitutionnelle se soit prononcée sur les questions préjudicielles identiques qui lui ont déjà été posées.

C. Plaidoiries

Se référant à l'arrêt n° 15/2019 du 31 janvier 2019, par lequel la Cour constitutionnelle répond aux questions préjudicielles évoquées dans la requête en cassation en disant pour droit que "l'article 145 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, ne viole pas les articles 10 et 11 de la Constitution, lus en combinaison avec l'article 6 de la Convention européenne des droits de l'homme", les parties requérantes soutiennent qu'admettre la validité de la composition de la Chambre de recours au motif que les membres présentés par les organismes assureurs sont assermentés et agréés par le SECM va à l'encontre de la jurisprudence développée par la Cour européenne des droits de l'homme, notamment dans l'arrêt *Vermeulen c/ Belgique* du 20 février 1996, à propos de la participation au délibéré des membres du parquet de la Cour de cassation. Elles soutiennent notamment à ce propos que les médecins présentés par les organismes assureurs, qui sont ainsi liés notamment au SECM, partie poursuivante, participent au délibéré en dehors de toute possibilité de contradiction par la partie poursuivie. Elles font également valoir qu'à la différence de l'arrêt *Defalque c/*

Belgique, cité au point B.6.4. de l'arrêt n°15/2019, qui a été rendu en section, l'arrêt *Vermeulen c/ Belgique* précité l'avait été par la Grande Chambre, et estiment que si la question de validité de la composition de la Chambre de recours lui était soumise sous l'angle des rapports entre les médecins présentés par les organismes assureurs et le SECM, la Grande Chambre la traiterait sans doute selon une approche conforme à celle qu'elle avait suivie dans l'arrêt *Vermeulen c/ Belgique* et dans ceux qui, selon elles, ont confirmé cette jurisprudence.

XI.2. Appréciation du Conseil d'État

En termes de requête, les requérantes dénoncent le fait que la décision attaquée a été rendue par la Chambre de recours composée notamment de deux membres présentés par les organismes assureurs, membres dans le chef desquels doit être décelée – à raison de leur qualité de "représentants" desdits organismes – une apparence de partialité objective contraire aux exigences déduites des dispositions et principes visés par le moyen. Elles rappellent que cinq questions préjudicielles ont été posées, à propos de la même problématique à la Cour constitutionnelle et estiment que celle-ci "conclura forcément à l'existence d'une absence d'indépendance et d'impartialité contraire aux prescrits de l'article 6.1 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950, approuvée par la loi du 13 mai 1955, aux articles 10, 11 et 151, § 1er, de la Constitution et au principe générale d'indépendance et d'impartialité du juge", de sorte que, rendue dans les circonstances ainsi précisées, la décision attaquée viole les dispositions et principes visés par le moyen. Elles conviennent, dans leur mémoire en réplique, que les questions préjudicielles évoquées ne doivent pas être posées à la Cour constitutionnelle si, pour statuer sur le moyen, le Conseil d'État attend que celle-ci se soit déjà prononcée sur les questions dont elle est déjà saisie.

Les cinq questions préjudicielles dont les requérantes font état ont été posées par les arrêts nos 239.864 et 239.865, prononcés par le Conseil d'État le 14 novembre 2017. Elles étaient formulées comme suit:

" 1. L'article 145 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, viole-t-il les articles 10, 11 et 151, § 1er, de la Constitution, le principe général d'indépendance et d'impartialité du juge et l'article 6 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme en ce qu'il doit être interprété, tant en raison, notamment, de son § 1er, alinéas 3, 2°, et 5 et de son § 7, que des travaux préparatoires relatifs à cet article, comme prévoyant que deux médecins-conseils sont nommés par le Roi parmi les candidats présentés sur des listes doubles par les organismes assureurs comme membres effectifs des chambres de recours installées auprès du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI, lesquelles chambres constituent des juridictions

administratives visées à l'article 161 de la Constitution, et y siègent en tant que «représentants des organismes assureurs» ?
2. Le même constat d'inconstitutionnalité de cette disposition doit-il être fait dès lors qu'il y a lieu de prendre en compte la composition mixte paritaire de la Chambre de recours, expressément voulue par le législateur entre les «représentants» des organismes assureurs et les «représentants» des organisations professionnelles représentatives des dispensateurs de soins de santé ?
3. En cas de réponse positive aux deux premières questions préjudicielles, le même constat d'inconstitutionnalité de cette disposition doit-il être fait selon que ces «représentants» ont une voix délibérative ou une voix consultative au sein de la Chambre de recours ?
4. En cas de réponse positive aux trois premières questions préjudicielles, le même constat d'inconstitutionnalité de cette disposition devrait-il être fait s'il devait être considéré que l'article 145 de la loi AMI peut être interprété comme autorisant les organismes assureurs à présenter, comme candidats destinés à les représenter, des médecins qui ne seraient pas des médecins-conseils ?
5. En cas de réponse positive aux quatre premières questions préjudicielles, le même constat d'inconstitutionnalité de cette disposition devrait-il être fait s'il devait être considéré que l'article 145 de la loi AMI peut être interprété comme impliquant que, tant les membres de la Chambre de recours nommés en tant que «représentants» des organismes assureurs que ceux nommés en tant que «représentants» des organisations professionnelles représentatives des dispensateurs de soins de santé, sont présentés et nommés en raison de leur connaissance technique de la matière et doivent agir de manière indépendante dans l'accomplissement de leur mission de juge, fût-ce avec voix seulement consultative en cours de délibéré ?".

L'arrêt n°15/2019, prononcé par la Cour constitutionnelle le 31 janvier 2019 en réponse à ces questions, dit pour droit:

" L'article 145 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, ne viole pas les articles 10 et 11 de la Constitution, lus en combinaison avec l'article 6 de la Convention européenne des droits de l'homme".

Il ressort de cet arrêt que la Cour constitutionnelle ne s'est donc pas prononcée en faveur de la thèse soutenue par les requérantes dans le cadre du quatrième moyen soulevé à l'occasion du présent recours en cassation, de sorte que ne sont pas établies les violations dénoncées sur la base des arguments exposés en termes de requête.

Le quatrième moyen ne peut, en conséquence, être accueilli.

Par ailleurs, revenant sur l'arrêt n° 15/2019 au cours de l'audience du 15 mai 2019, les requérantes ont – en substance – fait valoir que la composition de la Chambre de recours est critiquable au regard des dispositions et principes visés par le moyen, si on a égard au lien – dont fait état l'arrêt précité en son point B.6.2. – entre les médecins présentés par les organismes assureurs et le SECM, partie poursuivante.

Au vu de ce qui avait été exposé en termes de requête, un tel grief s'apparente à un moyen nouveau.

L'article 3 de l'arrêté royal du 30 novembre 2006 déterminant la procédure en cassation devant le Conseil d'État est libellé comme suit:

" Art. 3. § 1er. La requête en cassation est introduite au plus tard le trentième jour après la notification de la décision attaquée.
§ 2. La requête, datée et signée par un avocat satisfaisant aux conditions fixées par l'article 19, alinéa 4, des lois coordonnées, contient :
[...]
9° un exposé des moyens de cassation;
[...]".

Les requérantes n'ont fait état d'aucun élément qui justifierait que ce moyen nouveau fût déclaré recevable, nonobstant le fait qu'il n'a manifestement pas été soulevé dans le respect des conditions fixées par la disposition précitée.

Les considérations émises par la Cour constitutionnelle au point B.6.2. de l'arrêt n° 15/2019, relativement aux liens établis entre les médecins présentés par les organismes assureurs et le SECM, ne pourraient, en toute hypothèse, constituer un tel élément de justification, dès lors, d'une part, qu'elles ont trait à la situation résultant de dispositions qui étaient parfaitement connues des requérantes lorsqu'elles ont introduit le présent recours en cassation, et, d'autre part, que – alors que celles-ci étaient parfaitement en mesure de le faire – elles n'ont élevé aucune contestation à propos d'une cause de partialité objective qui, dans le chef de certains des membres de la Chambre de recours, pourrait résulter de ce lien avec le SECM.

Il s'ensuit que ce qui constitue ainsi un moyen nouveau n'est pas recevable.

XII. Dépens

Les dépens sont à mettre à la charge des parties requérantes, à l'exception de ceux relatifs à l'introduction de la requête en intervention qui sont laissés à la charge de la partie intervenante.

Ces dépens mis à charge des requérantes comprenaient le droit de rôle de 200 euros par partie requérante ainsi que la contribution de 20 euros par partie requérante, telle que prévue à l'article 66, 6°, du règlement général de procédure.

Toutefois, par un arrêt n° 22/2020 du 13 février 2020, la Cour constitutionnelle a annulé, dans le cadre d'un recours en annulation de la loi du 19 mars 2017 instituant un fonds budgétaire relatif à l'aide juridique de deuxième ligne et de la loi du 26 avril 2017 réglant l'institution d'un fonds budgétaire relatif à l'aide juridique de deuxième ligne en ce qui concerne le Conseil d'État et le Conseil du Contentieux des Étrangers, les mots "par partie requérante" dans l'article 4, § 4, alinéas 1er et 3, de la loi du 19 mars 2017, inséré par l'article 2 de la loi du 26 avril 2017.

Dès lors, en vertu de l'effet *erga omnes* et rétroactif de cet arrêt d'annulation, il y a lieu d'ordonner le remboursement de la contribution indûment perçue.

PAR CES MOTIFS,
D E C I D E :

Article 1er.

La requête en intervention introduite par l'association sans but lucratif ÊTRE CHEZ SOI est accueillie.

Article 2.

Le recours en cassation est rejeté.

Article 3.

La partie intervenante supporte le droit de 150 euros lié à son intervention.

Les parties requérantes supportent les autres dépens, à savoir les droits de rôle de 400 euros et la contribution de 20 euros, à concurrence de la moitié chacune.

Article 4.

La contribution de 20 euros indûment perçue sera remboursée aux parties requérantes par le service désigné au sein du Service public fédéral Finances comme compétent pour encaisser les droits au Conseil d'État, à concurrence de la moitié chacune.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique de la VI^e^ chambre, le neuf mars deux mille vingt par :

Imre KOVALOVSZKY,	président de chambre,
David DE ROY,	conseiller d'État,
Nathalie VAN LAER,	conseiller d'État,
Vincent DURIEUX	greffier.

Le Greffier, Le Président,

Vincent DURIEUX. Imre KOVALOVSZKY.