Jurisprudence

COUR CONSTITUTIONNELLE, arrêt n° 16/2008 du 14 février 2008

Présidents : MM. BOSSUYT et MELCHIOR

Loi coordonnée du 14.7.1994, article 164 – Code judiciaire, articles 700 et 704 – Action en justice – Exploit d'huissier – Paiements indus – Dispensateur de soins – Pas de différence de traitement
Code judiciaire, articles 700 et 792 – Notification – Pli judiciaire – Exploit d'huissier – Pas de limitation disproportionnée

Toutes les récupérations de paiements indus versés en régime du tiers payant au dispensateur de soins dans le cadre de l'assurance soins de santé peuvent être introduites sans que l'intervention de l'huissier de justice ne soit requise, conformément aux dispositions de l'article 704 du Code judiciaire. Cette règle constitue une exception à la règle inscrite à l'article 700 du même Code, selon laquelle les demandes principales sont en principe portées devant le juge au moyen d'une citation.
La différence de traitement entre certaines catégories de personnes qui découle de l'application de règles procédurales différentes n'est pas discriminatoire en soi, vu les circonstances différentes.

Le fait que le greffier doive, en vertu des dispositions de l'article 792 du Code judiciaire, notifier le jugement aux parties par pli judiciaire, n'implique pas une limitation disproportionnée des droits des parties au procès qui doivent, selon la règle de droit commun, prendre connaissance du jugement. La notification par exploit d'huissier offre en effet aux intéressés suffisamment de garanties pour qu'ils puissent prendre connaissance d'une décision à court terme et sans effort insurmontable. Comme il ne peut être dérogé à la notification par exploit d'huissier que dans les cas prévus par la loi, il est en outre possible de déterminer objectivement de quelle manière un jugement doit être notifié.

(n° de rôle 4179)

…

I. Objet de la question préjudicielle et procédure

Par arrêt du 5 mars 2007 en cause de la SPRL « D. » contre 2 organismes assureurs, dont l'expédition est parvenue au greffe de la Cour le 29 mars 2007, la Cour de cassation a posé la question préjudicielle suivante :

« L'article 792, alinéa 2, du Code judiciaire, combiné avec l'article 704, alinéa 1er, du même Code, et avec l'article 164, alinéa 3, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, viole-t-il les articles 10, alinéa 2, et 11 de la Constitution coordonnée, en ce que l'article 792, alinéa 2, précité doit être interprété en ce sens que le greffier ne doit notifier le jugement par pli judiciaire que dans les affaires énumérées à l'article 704, alinéa 1er, précité, qui prévoit l'introduction d'instance par voie de requête, et non dans les affaires qui peuvent être introduites suivant la procédure prévue à l'article 704, alinéa 1er, précité, en vertu d'une disposition législative distincte, comme l'article 164, alinéa 3, précité, de la loi AMI du 14 juillet 1994, de sorte que, dans la première hypothèse, mais pas dans l'autre hypothèse, l'article 792, alinéas 2 et 3, du Code judiciaire trouve à s'appliquer aux justiciables à l'égard desquels le législateur a estimé qu'il peut être recouru à l'introduction d'instance simplifiée de l'article 704, alinéa 1er, du Code judiciaire ? ».

…

III. En droit

…

- B -

B.1.1. La question préjudicielle porte sur l'article 792, alinéa 2, du Code judiciaire, combiné avec l'article 704, alinéa 1er, du même Code et avec l'article 164, alinéa 3, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (ci-après : loi AMI 1994).

B.1.2. L'article 792 du Code judiciaire, dans la version applicable au litige pendant devant le juge *a quo*, énonce :

« Dans les huit jours de la prononciation du jugement, le greffier adresse, sous simple lettre, à chacune des parties ou, le cas échéant, à leurs avocats, une copie non signée du jugement.

Par dérogation à l'alinéa précédent, dans les matières énumérées à l'article 704, alinéa 1er, le greffier notifie le jugement aux parties par pli judiciaire adressé dans les huit jours.

A peine de nullité, cette notification fait mention des voies de recours, du délai dans lequel ce ou ces recours, doivent être introduits ainsi que de la dénomination et de l'adresse de la juridiction compétente pour en connaître.

Dans les cas visés au deuxième alinéa, le greffier adresse, le cas échéant, une copie non signée du jugement aux avocats des parties ou aux délégués visés à l'article 728, § 3 ».

B.1.3. L'article 704 du Code judiciaire, dans la version applicable au litige pendant devant le juge *a quo*, énonce :

« Dans les matières énumérées aux articles 508/16, 580, 2°, 3°, 6°, 7°, 8°, 9°, 10° et 11°, 581, 2°, 582, 1° et 2° et 583, les demandes sont introduites par une requête écrite, déposée ou adressée, sous pli recommandé, au greffe du tribunal du travail ; les parties sont convoquées par le greffier à comparaître à l'audience fixée par le juge. La convocation précise l'objet de la demande.

Les dispositions de la quatrième Partie, livre II, titre V*bis*, comprenant les articles 1034*bis* à 1034*sexies*, ne sont pas applicables.

[…] ».

B.1.4. L'article 164 de la loi AMI 1994, dans la version applicable au litige pendant devant le juge *a quo*, énonce :

« Sous réserve de l'application de l'article 141, §§ 2, 6 et 146, celui qui, par suite d'erreur ou de fraude, a reçu indûment des prestations de l'assurance soins de santé, de l'assurance indemnités ou de l'assurance maternité, est tenu d'en rembourser la valeur à l'organisme assureur qui les a octroyées. Toutefois, la valeur des prestations octroyées indûment à un bénéficiaire est remboursée par le dispensateur qui ne possède pas la qualification requise ou qui ne s'est pas conformé aux dispositions légales ou réglementaires. Si, toutefois, les honoraires relatifs aux prestations octroyées indûment n'ont pas été payés, le dispensateur de soins et le bénéficiaire qui a reçu les soins sont solidairement responsables du remboursement des prestations octroyées indûment. Les prestations mentionnées sur les attestations, les factures ou les supports magnétiques, qui ne sont pas introduits ou corrigés selon les modalités fixées en cette matière par le Roi ou par règlement, sont considérées comme des prestations octroyées indûment et doivent dès lors être remboursées par le dispensateur de soins, le service ou l'établissement concerné.

En régime du tiers payant, les prestations de l'assurance soins de santé payées indûment sont remboursées par le dispensateur de soins qui ne s'est pas conformé aux dispositions légales ou réglementaires. 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. Le Roi fixe les règles selon lesquelles les prestations indûment payées, qui ont trait au budget des moyens financiers attribué aux hôpitaux, défini dans l'article 87 de la loi sur les hôpitaux, et qui sont comprises dans les montants qui sont payés en douzièmes par les organismes assureurs, sont fixées, portées en compte, récupérées et comptabilisées.

Toutes les récupérations de paiements indus découlant du présent article peuvent être introduites selon la procédure prévue à l'article 704, alinéa 1er, du Code judiciaire. Elles bénéficient du privilège visé à l'article 19, 4°, alinéa 1er, de la loi hypothécaire du 16 décembre 1851.

[…] ».

B.2. La Cour de cassation demande si les dispositions en cause sont compatibles avec les articles 10 et 11 de la Constitution, en ce qu'elles établissent une différence de traitement entre :

- les justiciables à l'égard desquels l'introduction d'instance par voie de requête visée à l'article 704, alinéa 1er, du Code judiciaire est applicable en vertu de l'article 164, alinéa 3, de la loi AMI 1994, mais non la notification par pli judiciaire réglée à l'article 792, alinéas 2 et 3, du Code judiciaire, et

- les justiciables à l'égard desquels l'introduction d'instance par voie de requête visée à l'article 704, alinéa 1er, du Code judiciaire est applicable en vertu de cet article lui-même et à l'égard desquels la notification par pli judiciaire réglée à l'article 792, alinéas 2 et 3, du même Code est également applicable.

B.3.1. La Cour détermine l'étendue de la question préjudicielle compte tenu de l'objet du litige pendant devant le juge *a quo* et de la motivation de l'arrêt de renvoi.

B.3.2. Il ressort des éléments de fait du litige pendant devant le juge *a quo* et de la motivation de l'arrêt de renvoi que la question préjudicielle vise la situation de dispensateurs de soins auxquels un organisme assureur réclame, sur la base de l'article 164 de la loi AMI 1994, le remboursement de prestations indûment payées.

La Cour limite dès lors son examen à la question de savoir si les dispositions en cause sont ou non compatibles avec les articles 10 et 11 de la Constitution en ce qu'elles portent sur un litige dans le cadre duquel un organisme assureur réclame à un dispensateur de soins, en vertu de l'article 164 de la loi AMI 1994, le remboursement de prestations indûment payées.

B.4.1. Conformément à l'article 704, alinéa 1er, du Code judiciaire, dans les matières visées aux articles énumérés dans cette disposition, les demandes sont introduites par une requête écrite, déposée au greffe du tribunal du travail ou adressée sous pli recommandé à ce greffe, à la suite de quoi les parties sont convoquées par le greffier à comparaître à l'audience fixée par le juge.

La règle figurant à l'article 704, alinéa 1er, du Code judiciaire constitue une exception à la règle inscrite à l'article 700 du même Code, selon laquelle les demandes principales sont en principe portées devant le juge au moyen d'une citation.

La procédure d'introduction d'instance réglée à l'article 704, alinéa 1er, du Code judiciaire diffère principalement de la citation en ce que l'intervention d'un huissier de justice n'est pas requise. Comme l'indique le juge *a quo*, il s'agit d'une introduction d'instance simplifiée.

B.4.2. En vertu de l'article 164, alinéa 3, de la loi AMI 1994, toutes les réclamations de paiements indus découlant de cet article peuvent être introduites selon la procédure prévue à l'article 704, alinéa 1er, du Code judiciaire.

Cette disposition rend dès lors la procédure d'introduction d'instance réglée à l'article 704, alinéa 1er, du Code judiciaire applicable aux litiges qui y sont visés.

B.5.1. Conformément à l'article 792, alinéa 2, du Code judiciaire, dans les matières énumérées à l'article 704, alinéa 1er, de ce Code, le greffier notifie le jugement aux parties par pli judiciaire adressé dans les huit jours. Cette notification mentionne à peine de nullité les voies de recours, le délai dans lequel ce ou ces recours doivent être introduits ainsi que la dénomination et l'adresse de la juridiction compétente pour en connaître (art. 792, al. 3).

La règle contenue à l'article 792, alinéas 2 et 3, du Code judiciaire constitue une exception au régime de droit commun inscrit aux articles 791 et 792, alinéa 1er, du Code judiciaire, relatif à la communication des jugements.

Conformément à l'article 791 du Code judiciaire, l'expédition du jugement est délivrée par le greffier aux parties en cause qui en font la demande en vue de la signification et de l'exécution de ce jugement. Conformément à l'article 792, alinéa 1er, du Code judiciaire, dans les huit jours de la prononciation du jugement, le greffier adresse sous simple lettre à chacune des parties ou, le cas échéant, à leurs avocats, une copie non signée du jugement.

Le régime contenu à l'article 792, alinéas 2 et 3, du Code judiciaire diffère du régime de droit commun en ce que la notification qui y est visée est, d'une part, faite par le greffier par pli judiciaire et mentionne, d'autre part, les voies de recours, le délai dans lequel le recours doit être introduit, ainsi que la dénomination et l'adresse de la juridiction compétente pour en connaître. Dans le régime de droit commun, le greffier adresse une copie non signée du jugement aux parties ou à leurs avocats, mais il appartient à la partie intéressée de demander l'expédition du jugement au greffier et de le faire signifier par exploit d'huissier aux autres parties.

B.5.2. La question préjudicielle et les motifs de l'arrêt de renvoi font apparaître que l'article 792, alinéa 2, du Code judiciaire doit être interprété en ce sens que la notification par pli judiciaire qui y est visée ne doit se faire que dans les affaires énumérées à l'article 704, alinéa 1er, de ce Code, et non dans les affaires qui, en vertu d'une disposition législative distincte, comme l'article 164, alinéa 3, de la loi AMI 1994, peuvent être introduites selon la procédure fixée par ledit article 704, alinéa 1er.

B.6. Le mode de communication d'un jugement aux parties détermine le point de départ du délai d'appel.

En vertu de l'article 1051 du Code judiciaire, le délai pour interjeter appel est d'un mois à partir de la signification du jugement ou de la notification de celui-ci faite conformément à l'article 792, alinéas 2 et 3, de ce Code.

Au cas où le jugement est communiqué conformément à l'article 792, alinéas 2 et 3, du Code judiciaire, le délai d'appel commence dès lors à courir lors de la notification par pli judiciaire, qui est faite par le greffier. Dans les autres cas, ce délai commence à courir lors de la signification du jugement par exploit d'huissier de justice.

B.7. Les dispositions en cause créent une différence de traitement entre justiciables auxquels le législateur a accordé le bénéfice du mode simplifié d'introduction d'instance de l'article 704, alinéa 1er, du Code judiciaire, selon que l'article 792, alinéas 2 et 3, du Code judiciaire est ou non applicable.

Pour les matières visées à l'article 704, alinéa 1er, du Code judiciaire, tant le mode simplifié d'introduction d'instance décrit dans cette disposition que la notification par pli judiciaire visée à l'article 792, alinéas 2 et 3, du Code judiciaire sont applicables.

Pour les matières visées à l'article 164, alinéa 3, de la loi AMI 1994, il peut être fait application du mode simplifié d'introduction d'instance réglé à l'article 704, alinéa 1er, du Code judiciaire, mais la notification par pli judiciaire visée à l'article 792, alinéas 2 et 3, du Code judiciaire n'est pas applicable.

B.8. La différence de traitement entre certaines catégories de personnes qui découle de l'application de règles procédurales différentes dans des circonstances différentes n'est pas discriminatoire en soi. Il ne pourrait être question de discrimination que si la différence de traitement qui découle de l'application de ces règles de procédure entraînait une limitation disproportionnée des droits des personnes concernées.

B.9. L'action en récupération de prestations indues intentée par un organisme assureur contre un dispensateur de soins en vertu de l'article 164, alinéa 3, de la loi AMI 1994 diffère des litiges énumérés à l'article 704, alinéa 1er, du Code judiciaire en ce que ces dernières affaires, sauf en ce qui concerne les affaires visées à l'article 583 du Code judiciaire, portent sur des litiges entre, d'une part, des personnes physiques qui estiment avoir droit à certaines prestations organisées dans le cadre de la sécurité sociale ou de l'aide sociale et, d'autre part, l'autorité ou l'organisme qui octroie les prestations en question. Les affaires énumérées à l'article 704, alinéa 1er, du Code judiciaire concernent donc, à la différence d'une action intentée par un organisme assureur contre un dispensateur de soins, des litiges dans le cadre desquels le jugement peut avoir une incidence importante sur le revenu de base et sur la situation personnelle des personnes en cause.

L'action en récupération de prestations indues intentée par un organisme assureur contre un dispensateur de soins diffère également des affaires visées à l'article 583 du Code judiciaire. En effet, ces affaires portent sur l'application de sanctions administratives par suite du non-respect de certaines prescriptions de droit social.

Eu égard à ces situations différentes, il n'est pas discriminatoire en soi d'appliquer des règles de procédure différentes.

B.10. La Cour doit encore examiner si la différence de traitement qui découle de l'application de ces règles de procédure implique ou non une limitation disproportionnée des droits des personnes en cause.

B.11.1. S'il est exact que l'article 792, alinéas 2 et 3, du Code judiciaire prévoit une procédure qui, pour ce qui est de communiquer les jugements et de former appel, est, pour toutes les parties, plus simple que le régime de droit commun, il n'apparaît pas que ce régime de droit commun limiterait de manière disproportionnée les droits des personnes en cause. Le régime de droit commun offre aux intéressés suffisamment de garanties pour qu'ils puissent prendre connaissance à court terme et sans effort insurmontable des jugements qui les concernent. La circonstance qu'il appartient à la partie intéressée de faire signifier le jugement par exploit d'huissier ne peut être considérée comme une limitation disproportionnée de ses droits. Comme il ne peut être dérogé à la signification par exploit d'huissier que dans les cas prévus par la loi, il est en outre possible de déterminer objectivement de quelle manière le jugement doit être communiqué.

B.11.2. La circonstance que le délai pour former appel commence à courir dans un premier cas lors de la notification par pli judiciaire et dans l'autre cas lors de la signification par exploit d'huissier n'est pas davantage de nature à limiter de manière disproportionnée les droits des personnes en cause. Étant donné que peut être déterminé objectivement le mode de communication de jugements qui doit être utilisé, il est également possible de fixer objectivement à quel moment le délai pour former appel commence à courir.

B.12. La question préjudicielle appelle une réponse négative.

PAR CES MOTIFS,

LA COUR

dit pour droit :

L’article 792, alinéa 2, du Code judiciaire, combiné avec l’article 704, alinéa 1er, de ce Code et avec l’article 164, alinéa 3, 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.

…

CONSEIL D'ÉTAT, arrêt n° 178.850 du 23 janvier 2008

Présidente : Mme WILLOT-THOMAS

Loi coordonnée du 14.7.1994, articles 35*bis*, § 1er et 191, alinéa 1er, 15°*septies*, § 2 – Ressources de l'assurance – Cotisations firmes pharmaceutiques - Demandeur

Les prix et bases de remboursement de certaines spécialités pharmaceutiques sont diminués lorsque cette diminution génère, par demandeur, une économie pour l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités au moins égale à 2 p.c. du chiffre d'affaires réalisé sur le marché belge. Par demandeur il faut entendre les firmes pharmaceutiques qui commercialisent les spécialités pharmaceutiques sur le marché belge. Il peut s'agir de spécialités pharmaceutiques tant fabriquées en Belgique qu'importées de l'étranger.

S.A. A. c./Etat belge

…

Considérant que les faits utiles à l'examen de la requête sont les suivants :

1. La requérante est une société qui pratique l'importation parallèle de spécialités pharmaceutiques.

2. Se fondant sur l'article 191, alinéa 1er, 15°*septies*, § 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, remplacé par la loi du 27 décembre 2005, la partie adverse a appliqué des mesures d'économie à l'égard de diverses sociétés.

3. En ce qui concerne la requérante, la procédure a été menée comme suit :

- par courrier recommandé du 17 janvier 2006, elle a été informée de ce que la procédure d'économie était initiée ;

- par des courriers électroniques des 3 et 8 février 2006, les différentes firmes concernées ont été informées de ce que le site web de l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (ci-après dénommé INAMI) contenait un « simulateur pour appliquer la mesure d'économie » ;

- par courrier électronique du 9 février 2006, la requérante a été informée de ce qu'elle demeurait en défaut de fournir à l'INAMI ses données pour l'année 2005 ;

- par courrier électronique du 10 février 2006, les firmes concernées ont été invitées à communiquer à l'INAMI leur proposition de baisse des prix ;

- par courrier électronique du 15 février 2006, les firmes concernées ont été informées de ce que si elles choisissaient une diminution linéaire de 2 p.c., la base de remboursement serait adaptée conformément à la demande d'économie ;

- par courrier électronique du même jour, il a été rappelé à ces firmes qu'elles devaient formuler leurs propositions avant le 15 février 2006 à minuit ;

- par courrier électronique du 14 mars 2006, a été communiquée à la requérante la liste des bases de remboursement maximales théoriques pour ses spécialités pharmaceutiques; à cette occasion un nouveau délai lui a été accordé pour déposer une proposition ;

- par courrier électronique du 15 mars 2006, la partie requérante a répondu qu'elle ne désirait pas prendre d'initiative en matière de baisse de prix mais qu'elle désirait s'aligner sur les initiatives des fabricants de médicaments ;

- par courrier recommandé du 29 mars 2006, l'INAMI s'est adressé à la requérante en constatant qu'aucune déclaration du chiffre d'affaire réalisé en 2004 ne lui avait été communiquée, en lui rappelant que conformément à l'article 191, alinéa 1er, 15°*septies*, § 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, précitée, son chiffre d'affaire avait été fixé d'office à 4 954 396 EUR. Dans ce courrier, l'INAMI a également constaté que la requérante n'avait effectué aucune déclaration en ce qui concerne son chiffre d'affaire réalisé en 2005 et lui a accordé un nouveau délai pour se conformer à la réglementation en vigueur ;

- par courrier recommandé du 5 avril 2006, une liste des médicaments remboursables de la requérante lui était adressée avec la base de remboursement qui serait appliquée, en fonction des données disponibles, le 1er juillet 2006 ;

- par courrier recommandé du 26 avril 2006, l'INAMI a fait parvenir à la partie requérante une liste corrigée des prix et bases de remboursement de ses spécialités pharmaceutiques remboursables.

4. Le 21 mars 2006, la commission de remboursement des médicaments a proposé des réductions de prix pour diverses spécialités pharmaceutiques.

5. Le 14 avril 2006, l'Inspection des finances a donné un avis favorable au projet d'arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 21 décembre 2001 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques assimilées.

6. Le 19 avril 2006, le Ministre du Budget a donné son accord sur le projet d'arrêté ministériel précité.

7. Le Ministre des Affaires sociales a sollicité ensuite, dans un délai ne dépassant pas trente jours, l'avis de la section de législation du Conseil d'État sur ce même projet.

Cette demande a été reçue le 24 avril 2006 et l'avis a été donné le 11 mai 2006.

8. Le 24 mai 2006 a été signé l'arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 21 décembre 2001, précité.

Il s'agit de l'acte attaqué.

Il a été publié au Moniteur belge du 31 mai 2006, éd. 2, page 28.303. Il dispose en son article 2 qu'il « entre en vigueur le 1er juillet 2006 » ;

Considérant que la partie adverse excipe de l'irrecevabilité de la requête en ce que celle-ci ne serait pas datée et violerait dès lors l'article 2 du règlement général de procédure; qu'elle énonce encore que l'arrêté attaqué ayant été publié au Moniteur belge le 31 mai 2006, la requête reçue au greffe du Conseil d'État le 2 août 2006 semble tardive ;

Considérant que l'article 2 de l'arrêté du Régent du 23 août 1948 déterminant la procédure devant la section d'administration du Conseil d'État, tel qu'en vigueur à la date de l'introduction de la requête, exigeait que celle-ci fut datée; que toutefois, la mention de la date prévue par la disposition précitée ne constitue ni une formalité prescrite à peine de nullité ni une formalité substantielle; que l'éventuelle tardiveté d'une requête en annulation s'apprécie en ayant égard à la date de la recommandation postale, celle-ci étant seule de nature à faire foi de la date de l'introduction de la requête; qu'en l'espèce, la requête a été envoyée par lettre recommandée à la poste le lundi 31 juillet 2006; que le dernier jour du délai de 60 jours prévu par l'article 4, alinéa 3, de l'arrêté du Régent du 23 août 1948, précité, pour l'envoi de la requête en annulation au Conseil d'État était le dimanche 30 juillet 2006; que, cependant, le jour de l'échéance était reporté au plus prochain jour ouvrable en application de l'article 88 du même arrêté du Régent; que, dès lors, la requête envoyée par pli recommandé à la poste le lundi 31 juillet 2006, n'est pas tardive ;

Considérant que la requérante prend un premier moyen de « la violation de l'article 191, alinéa 1er, 15°*septies*, § 2, de la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, du défaut de motivation, de l'incompétence de l'auteur de l'acte et de l'excès de pouvoir » ; qu'elle affirme que l'acte attaqué diminue de 2 p.c. les prix de base de remboursement des spécialités pharmaceutiques visées à l'article 34, alinéa 1er, 5°, b) et c), 1, distribuées par elle alors qu'elle n'est en rien demanderesse de telles spécialités et que seul le demandeur de telles spécialités qui n'a pas introduit de proposition de diminution de prix peut voir les prix et bases de remboursement des spécialités en cause diminués de 2 p.c. ;

Considérant que, dans son mémoire en réplique et dans son dernier mémoire, la requérante énonce qu'elle ne peut être considérée comme demanderesse de spécialités pharmaceutiques telles que visées à l'article 34, alinéa 1er, 5°, b), 1, de la loi du 14 juillet 1994, précitée; qu'elle fait valoir que l'article 191, alinéa 1er, 15°*septies*, § 2 de la même loi règle la matière des prix et des bases de remboursement des spécialités pharmaceutiques remboursables, qu'il convient dès lors de se référer à l'article 35*bis* pour savoir si A. doit recevoir la qualité de demandeur, ce qu'elle conteste, que cette disposition vise « les firmes qui mettent les spécialités pharmaceutiques sur le marché belge », qu'elle ne peut être considérée comme telle parce que les spécialités qu'elle vend en Belgique sont des spécialités qui ont déjà été introduites sur le marché belge par une autre firme, qu'elle n'introduit aucun nouveau médicament sur le marché belge mais se contente de vendre, par d'autres canaux, en Belgique, des spécialités qui y circulent déjà, ce que confirme le fait qu'elle ne dispose d'aucune autorisation de mise sur le marché mais d'autorisations pour importations parallèles, régies par l'arrêté royal du 19 avril 2001 relatif à l'importation parallèle de médicaments à usage humain et à usage vétérinaire, que la définition de l'importation parallèle contenue dans l'article 1er, 1° de cet arrêté royal conforte la différence entre l'autorisation de mise sur le marché et celle requise pour l'importation parallèle, que, dans le même sens, la Commission européenne souligne, dans une communication CM/2003/839 du 30 décembre 2003, que les importations parallèles visent des « spécialités pharmaceutiques pour lesquelles des autorisations de mise sur le marché ont déjà été accordées dans l'État membre de destination », que les termes employés dans le contexte de l'importation parallèle de spécialités pharmaceutiques relèvent d'un autre champ sémantique que celui employé pour les spécialités pharmaceutiques de référence puisqu'on y parle de « distribution parallèle » et non de « mise sur le marché », de « distributeur indépendant » et non de « demandeur de spécialités », qu'elle n'avait pas à introduire de demande d'admission dans la liste des médicaments remboursables, que cependant la partie adverse a interprété l'arrêté royal du 21 décembre 2001, précité, comme exigeant qu'une demande d'admission dans la liste soit également introduite pour les spécialités importées de façon parallèle, ce qui explique que la requérante ait signé un engagement en ce sens, tout en contestant la version donnée par la partie adverse à l'arrêté royal du 21 décembre 2001, précité, et qu'elle ne peut dès lors être regardée comme demanderesse; qu'elle soutient encore que même si sa demande devait, *quod non*, être jugée conforme à la loi sur l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, elle n'aurait pas acquis pour la cause la qualité de demandeur, qu'en effet, l'article 35, § 1er, 4°, de cet arrêté royal prévoit que la demande d'admission ne doit contenir de proposition relative au remboursement que « pour autant qu'elle diffère des modalités de remboursement du médicament de référence et sa justification », qu'en l'absence d'une telle proposition, une firme qui importe de façon parallèle entend se référer aux modalités du médicament de référence en manière telle que les prix et bases remboursables de ses produits ne sont pas fixés de manière autonome mais dépendent de ceux de la spécialité de référence; qu'elle conclut que l'admission sur la liste des médicaments remboursables ne lui donne pas la qualité de demandeur, dès lors qu'elle n'a pas introduit de proposition de remboursement dont les modalités seraient différentes de celles des médicaments de référence, et que lui appliquer à la fois l'article 191, alinéa 1er, 15°*septies*, § 2 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, précitée, et l'article 35, § 1er, 4°, de l'arrêté royal du 21 décembre 2001, précité, aboutirait à une incohérence puisque celui-ci prévoit des modalités de remboursement identiques pour le médicament importé et pour le médicament de référence alors qu'appliquer le premier empêcherait une telle identité dès lors que les prix de ses spécialités sont diminués d'office de 2 p.c. quand ceux des médicaments de référence n'ont pas été modifiés ;

Considérant que l'arrêté ministériel attaqué mentionne des médicaments distribués par la requérante parmi ceux qui sont visés par son article 1er ;

Considérant que l'article 34, alinéa 1er, 5°, b) et c), 1, de la loi du 14 juillet 1994, précitée, définit les spécialités pharmaceutiques dans les termes suivants :

« b) les spécialités pharmaceutiques dont le principal principe actif (tel qu'il a été repris dans l'Anatomical Therapeutical Chemical Classification établie sous la responsabilité du World Health Organisations Collaborating Center for Drug Statistics Methodology) est protégé en Belgique par un brevet ou un certificat complémentaire de protection du brevet;
c) les spécialités pharmaceutiques dont le principal principe actif (tel qu'il a été repris dans l'Anatomical Therapeutical Chemical Classification établie sous la responsabilité du World Health Organisations Collaborating Center for Drug Statistics Methodology) n'est pas ou n'est plus protégé en Belgique par un brevet ou un certificat complémentaire de protection du brevet. Celles-ci se distinguent en deux groupes :
1) les spécialités de marque hors brevet ;
(…) » ;

que l'article 35*bis*, § 1er, alinéa 1er, de la même loi définit les demandeurs comme étant :
« Les firmes qui mettent les spécialités pharmaceutiques sur le marché belge »;

Considérant que l'article 191, alinéa 1er, 15°*septies*, § 2, de la même loi, tel qu'en vigueur à la date de l'arrêté ministériel attaqué, était rédigé comme suit :

« 15°*septies*. § 1er. (...)
§ 2. Le 1er juillet 2006, les prix et les bases de remboursement des spécialités pharmaceutiques remboursables visées ci-dessous seront diminués suivant les modalités énoncées ci-après.
La diminution doit générer par demandeur une économie pour l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dont le montant est au moins égal à 2 p.c. du chiffre d'affaires réalisé durant l'année 2004 sur le marché belge des médicaments de ce demandeur, qui sont inscrits sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables, tel que déclaré conformément aux dispositions de l'article 191, alinéa 1er, 15°, ou fixé d'office sur base de cet article.
Les demandeurs de spécialités visées à l'article 34, alinéa 1er, 5°, b) et c), 1), peuvent introduire, au plus tard le 15 février 2006, une proposition auprès du secrétariat de la Commission de remboursement des médicaments prévoyant des diminutions de prix, calculés sur base du prix ex-usine, pour toutes les spécialités pharmaceutiques ou certaines d'entre elles, visées à l'article 34, alinéa 1er, 5°, b) ou c), 1), dont ils sont responsables, assortie d'une estimation de l'incidence budgétaire laissant apparaître que le montant total de l'économie prévue est au moins égal à 2 p.c. du chiffre d'affaires réalisé durant l'année 2004. La diminution proposée doit être au moins de 4 p.c. par spécialité, étant entendu que pour les spécialités pour lesquelles une nouvelle base de remboursement a été fixée conformément à l'article 35*ter*, il n'est pas tenu compte des diminutions de prix n'exerçant aucune influence sur la nouvelle base de remboursement. Si une diminution du prix et de la base de remboursement est proposée pour une spécialité pour laquelle une nouvelle base de remboursement a été fixée conformément à l'article 35*ter*, tous les demandeurs qui sont responsables de spécialités visées à l'article 34, alinéa 1er, 5°, c), 2), et qui ont cette spécialité comme spécialité de référence, sont informés de cette diminution volontaire de la base de remboursement et se voient notifier que le prix de leur spécialité correspondante ne peut être supérieur et sera adapté d'office par conséquence.
Si un demandeur de spécialités visées à l'article 34, alinéa 1er, 5°, b) et c), 1) n'introduit pas de proposition ou si la proposition ne correspond pas à l'économie prévue, les prix et bases de remboursement de toutes les spécialités visées à l'article 34, alinéa 1er, 5°, b) et c), 1) du demandeur concerné sont diminués de 2 p.c. Les demandeurs qui sont responsables pour des spécialités visées à l'article 34, alinéa 1er, 5°, c), 2) qui ont les spécialités concernées comme spécialité de référence, sont informés de cette diminution imposée des prix, et il leur est communiqué que, le prix de leur spécialité correspondante ne pouvant pas être plus élevé, ce prix est par conséquent adapté d'office.

Si, pour les demandeurs de spécialités visées à l'article 34, alinéa 1er, 5°, c), 2), l'économie s'élève à plus de 2 p.c., suite à la diminution de la base de remboursement de leur spécialité de référence, le solde sera décompté lors de la perception de la cotisation suivante prévue au point 15°.
Le Ministre adapte à compter du 1er juillet 2006 la liste des spécialités remboursables en fonction soit des propositions introduites, soit des diminutions d'office. » ;

Considérant que l'article 9 de l'arrêté royal du 21 décembre 2001, précité, est rédigé comme suit :

« Art. 9. Sans préjudice de l'article 96, les demandes d'admission dans la liste ne peuvent être proposées par la Commission que si elles se rapportent à des conditionnements de spécialité pour lesquels le demandeur a introduit une demande d'admission.
Seuls les demandeurs qui ont daté et signé un engagement peuvent introduire des demandes d'admission dans la liste, à l'exception des spécialités qui sont admises conformément à l'article 96 du présent arrêté. Le modèle de cet engagement figure dans l'annexe III, a), 1) de la liste. Le Ministre peut apporter des modifications à ce modèle sur proposition de la Commission.
Cet engagement doit être renouvelé chaque année. A cette fin, le secrétariat adresse chaque année avant le 1er décembre, une liste à tous les demandeurs, dans laquelle figurent toutes les spécialités remboursables dont ils sont responsables. Si le secrétariat n'a reçu aucune réaction le 1er janvier de l'année suivante, l'engagement est considéré comme étant tacitement reconduit pour la période d'une année et le demandeur est réputé responsable des spécialités figurant sur cette liste. » ;

que l'article 35, § 1er, du même arrêté royal, tel qu'en vigueur à la date de l'arrêté ministériel attaqué, était rédigé comme suit :

« Art. 35. § 1er. En cas de demande d'admission d'une spécialité importée de façon parallèle, dont le médicament de référence dont il est question à l'article 8, 5°) est déjà remboursable, les données suivantes doivent être fournies conformément au modèle figurant dans l'annexe III, a), 2) de la liste :
(...)
4° une proposition relative au remboursement pour autant qu'elle diffère des modalités de remboursement du médicament de référence et sa justification. » ;

Considérant que le moyen soulevé par la requérante revient, pour l'essentiel, à soutenir qu'elle échappe à la mesure d'économie imposée par l'arrêté ministériel attaqué parce qu'elle n'a pas la qualité de demandeur au sens de l'article 35*bis* de la loi du 14 juillet 1994, précitée, au motif que les spécialités pharmaceutiques qu'elle vend en Belgique ont déjà été introduites sur le marché belge par une autre firme, qu'elle-même n'introduit aucun nouveau médicament sur ce marché mais se contente de vendre, par d'autres canaux, en Belgique, des spécialités qui y circulent déjà, ce que confirme le fait qu'elle ne dispose d'aucune autorisation de mise sur le marché mais d'autorisations pour importations parallèles, régies par l'arrêté royal du 19 avril 2001, que si elle a envoyé un engagement tel que visé par l'article 9 de l'arrêté royal du 21 décembre 2001, c'est en contestant l'interprétation donnée à cet arrêté royal par la partie adverse et qu'elle échappe, dès lors, à la diminution de prix que prévoit l'article 191, alinéa 1er, 15°*septies*, § 2, de la loi du 14 juillet 1994, précitée ;

Considérant que la requérante ne conteste pas qu'elle a la qualité d'importateur de médicaments mais soutient résolument qu'elle n'est pas demandeur de spécialités au sens de l'article 35*bis*, § 1er, alinéa 1er, de la loi du 14 juillet 1994, précitée ; qu'elle ne nie pas l'engagement qu'elle a pris au sens de l'article 9 de l'arrêté royal du 21 décembre 2001, précité, mais affirme qu'il est assorti de réserve quant à l'interprétation donnée par la partie adverse à cet arrêté royal ;

Considérant que c'est en termes succincts que l'article 35*bis*, § 1er, alinéa 1er, de la loi du 14 juillet 1994 définit les demandeurs comme étant « Les firmes qui mettent les spécialités pharmaceutiques sur le marché belge » ; qu'entendue au sens usuel, la mise sur le marché belge recouvre notamment l'offre et la mise en vente tant de spécialités pharmaceutiques fabriquées en Belgique qu'importées de l'étranger ; que la requérante, qui se déclare importateur de spécialités pharmaceutiques, ne peut, dès lors, raisonnablement nier sa qualité de demanderesse au sens de cette disposition et prétendre échapper ainsi à la diminution des prix et bases de remboursement qui frappe les autres distributeurs de spécialités pharmaceutiques sur le marché belge; que le moyen n'est pas fondé ;

Considérant que la requérante prend un second moyen « de la violation de l'article 191, alinéa 1er, 15°*septies*, § 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnité, coordonnée le 14 juillet 1994, de la violation du principe d'égalité et de non-discrimination et de l'excès de pouvoir » ; qu'elle soutient que l'arrêté ministériel attaqué lui impose « une double réduction, d'une part, une diminution d'au moins 4 p.c. par spécialité lorsque la demanderesse distribue une spécialité et que le demandeur de cette spécialité a réduit le prix de celle-ci d'au moins 4 p.c., d'autre part, une réduction de 2 p.c. des autres spécialités dans la mesure où la requérante n'a pas introduit de proposition de réduction pour les spécialités dont elle n'est pas la demanderesse mais pour lesquelles le demandeur de spécialités n'a pas proposé de réduction volontaire » ; qu'elle affirme que la disposition invoquée au moyen impose que des économies soient réalisées, que le montant doit au moins être égal à 2 p.c. du chiffre d'affaires atteint durant l'année 2004 mais que des réductions ne peuvent être imposées qui excèdent ce montant ;

Considérant que, dans son mémoire en réplique et dans son dernier mémoire, la requérante soutient que l'article 35, § 1er, 4°, de l'arrêté royal du 21 décembre 2001 et l'article 191, alinéa 1er, 15°*septies*, § 2, de la loi du 14 juillet 1994, précitée, ne peuvent s'appliquer simultanément, qu'il ressort « de l'esprit général de cette disposition que le législateur a entendu différencier, d'une part, les spécialités pharmaceutiques dont le tarif doit s'adapter aux spécialités de référence auxquelles elles sont similaires et, d'autre part, les spécialités pharmaceutiques qui ont une spécificité propre, sans référence à un autre produit, que les prix des premières doivent s'adapter aux prix des secondes et ne peuvent leur être supérieurs, qu'il n'y a aucune obligation de diminuer, pour de telles spécialités, la base de remboursement, que les spécialités distribuées sur le marché belge par la requérante ne sont pas des spécialités visées à l'article 34, alinéa 1er, 5°, c), 2, que leur base de remboursement doit s'adapter à celle du médicament de référence remboursable, que « l'esprit de l'article 191, alinéa 1er, 15°*septies*, § 2 de la loi du 14 juillet 1994 est de ne pas imposer à la fois une diminution de la base remboursable et une adaptation des prix en fonction de ceux des spécialités de référence et qu'il faut en conclure que les spécialités de la requérante n'ont pas à subir une diminution de 2 p.c. du prix de base de remboursement dès lors que leurs prix doivent également être adaptés, une telle charge étant discriminatoire ; qu'elle affirme encore que l'effet conjugué de l'adaptation du prix en fonction de ceux des spécialités de référence et de la diminution de 2 p.c. imposée sur les spécialités pharmaceutiques dont la base de remboursement de la spécialité de référence n'a pas subi de diminution entraîne, en ce qui concerne la spécialité de la requérante, une diminution d'ensemble des prix beaucoup plus importante que celle qui découlerait des 2 p.c. imposées par la loi ; qu'elle réaffirme que ce constat conforte la thèse qu'elle a soutenue dans le premier moyen.

Considérant qu'il ressort de l'examen du premier moyen que c'est en vain que la requérante allègue qu'elle ne peut être considérée comme demandeur au sens de l'article 35*bis*, § 1er, alinéa 1er, de la loi du 14 juillet 1994, précitée ; que, par l'article 191, alinéa 1er, 15°*septies*, § 2, de la même loi, tel qu'en vigueur à la date de l'arrêté ministériel attaqué, le législateur a décidé qu'à partir du 1er juillet 2006, les prix et les bases de remboursement des spécialités pharmaceutiques remboursables visées seraient diminués suivant les modalités qu'il précisait, que ce texte est clair et qu'il vise explicitement et les prix et les bases de remboursement, que la requérante reste en défaut d'établir en quoi « l'esprit » de l'article 191, alinéa 1er, 15°*septies*, § 2, de la loi du 14 juillet 1994 est de ne pas imposer à la fois une diminution de la base remboursable et une adaptation des prix en fonction de ceux des spécialités de référence, que la distinction qu'elle propose à cet égard ne trouve aucun appui dans les dispositions législatives qu'elle invoque ; que le moyen n'est pas fondé,

DECIDE :

Article 1er.

La requête est rejetée.

…

CONSEIL D'ÉTAT, arrêt n° 178.907 du 24 janvier 2008

Président : M. HELLIN

Loi coordonnée du 14.7.1994, articles 167 et 191 – Firme pharmaceutique – Cotisation sur le chiffre d'affaires – Compétence du Tribunal du travail

L'action d'une firme pharmaceutique en annulation d'une décision du Conseil général des soins de santé (refus d'octroi d'une dispense ou d'une réduction de la majoration en matière de cotisation supplémentaire ou des intérêts de retard) découle de la législation et de la réglementation relatives à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. Les litiges en la matière relèvent de la compétence du Tribunal du travail et non de celle du Conseil d'État, qui n'a en l'occurrence aucun pouvoir juridictionnel.

S.A. E. c./INAMI

…

1. Juridisch en feitelijk kader

Artikel 191, eerste lid, van de Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, (hierna: de ZIV-Wet) vermeldt de inkomsten die aan het RIZIV toekomen ter financiering van de ziekte- en invaliditeitsverzekering.

Bij artikel 10 van de Wet van 4 mei 1999 houdende fiscale en andere bepalingen (B.S. van 4.6.1999) wordt in artikel 191, eerste lid, een punt 15*ter* ingevoegd met betrekking tot een aanvullende heffing van 2% van de omzet die in 1998 was verwezenlijkt op de Belgisch markt van de geneesmiddelen die zijn ingeschreven op de lijst van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten.

Door een Koninklijk besluit van 15 oktober 2000 wordt de datum van inwerkingtreding van deze bepaling met terugwerkende kracht vastgesteld op 10 januari 2000.

Artikel 191, eerste lid, 15°*ter*, van de ZIV-Wet wordt gewijzigd door de Wet van 24 december 1999 houdende sociale en diverse bepalingen en door de Wet van 12 augustus 2000 houdende sociale, budgettaire en andere bepalingen, en luidt ten tijde van de bestreden beslissing:

"15°*ter*. Voor 2000 wordt een aanvullende heffing van 2% van de omzet die in 1999 is verwezenlijkt, ingesteld onder de voorwaarden en volgens de modaliteiten bepaald in 15° en de voorwaarden bepaald in het voorlaatste lid van 15°*ter*.

Onder bijkomende voorwaarden bepaald in het laatste lid van 15°*ter*, wordt de in het eerste lid van 15°*ter* bedoelde aanvullende heffing voor 2000 verhoogd tot 5% van de omzet die in 1999 is verwezenlijkt.

De aangifte bedoeld in het vierde lid van het 15° dient te worden ingediend vóór 1 november 2000.

De heffing dient te worden gestort vóór 1 december 2000 op rekening nr. 001-1950023-11 van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, met de vermelding "aanvullende heffing omzet 1999".

De ontvangsten die volgen uit deze aanvullende heffing zullen in de rekening van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging opgenomen worden in het boekjaar 2000.

De heffing bedoeld in artikel 191, eerste lid, 15°*ter*, is verschuldigd als op basis van een rapport van de Algemene Raad, na advies van de Commissie voor begrotingscontrole, wordt vastgesteld dat het partieel begrotingsobjectief inzake farmaceutische specialiteiten en gelijkgestelde producten wordt overschreden of dreigt overschreden te worden door het bestaan van een beduidend risico op overschrijding van de partiële begrotingsdoelstelling inzake farmaceutische specialiteiten en gelijkgestelde producten. De Koning stelt vast, op basis van het voornoemde rapport dat uiterlijk op 15 juli 2000 aan de Minister van Sociale Zaken wordt overgemaakt, of aan deze voorwaarden is voldaan.

De verhoging bedoeld in artikel 191, eerste lid, 15°*ter*, tweede lid, is verschuldigd als bij een in Ministerraad overlegd koninklijk besluit wordt vastgesteld dat er op 1 oktober 2000 geen akkoord is bereikt tussen de Minister van Sociale Zaken en de farmaceutische industrie over de ontwikkeling en de beheersing van het budget voor geneesmiddelen".

Op 24 oktober 2000 worden de farmaceutische firma's, waaronder die van de verzoekende partij, aangeschreven en op de hoogte gebracht van de aanvullende heffing van 2% die op de omzet 1999 moet worden betaald. Het rekeningnummer en de uiterste datum van betaling (30.11.2000) worden vermeld en tevens de sanctie in geval van niet tijdige betaling (opslag 10% + verwijlintrest). Tevens wordt gevraagd de omzet 1999 mee te delen vóór 1 november 2000, voor zover dit nog niet gebeurd is. *In fine* van deze brief wordt ook gesteld dat deze verplichting voortvloeit uit artikel 191, 15°*ter*, van de ZIV-Wet.

Op 30 november 2000 meldt en herhaalt de verzoekende partij aan de verwerende partij het bedrag van de omzet van 1999.

Op 13 december 2000 (nà het verstrijken van de voorgeschreven termijn) stort de verzoekende partij de aanvullende heffing van 2%.

Op 19 november 2001 beslist de Algemene Raad van het RIZIV met betrekking tot een aantal firma's die de betaling te laat hebben uitgevoerd, dat ze vrijgesteld worden van de opslag van 10%, maar dat ze de verwijlintresten moeten betalen. Van de verzoekende partij wordt in de notulen van deze vergadering geen melding gemaakt. Op 19 december 2001 wordt aan de verzoekende partij meegedeeld dat de Algemene Raad op 19 november 2001 beslist heeft dat zij de opslag van 10%, alsook de verwijlintresten moet betalen.

Bij schrijven van 24 december 2001 reageert de verzoekende partij tegen het verzoek tot betaling van de opslag en de verwijlintresten. Er wordt onder meer op gewezen dat bijna gelijktijdig met het rondschrijven van 24 oktober 2000 een *quasi* identiek schrijven werd gericht betreffende een bijkomende heffing op de omzet van vergoedbare geneesmiddelen, afgeleverd door een ziekenhuisapotheek of een geneesmiddelendepot aan ter verpleging opgenomen rechthebbenden of aan niet ter verpleging opgenomen rechthebbenden (toepassing art. 191, 15°, van de ZIV-Wet), hetgeen voor verwarring heeft gezorgd. Tevens was de termijn te kort om een bedrag van bijna 5 miljoen BEF vrij te maken. Op die basis vraagt de verzoekende partij om vrijstelling van de opslag en de verwijlintresten. Op 3 april 2002 herhaalt de verzoekende partij haar standpunten terzake.

Op 24 juni 2002 beraadslaagt de Algemene Raad van het RIZIV over de vraag tot vrijstelling van opslag en verwijlintresten van de verzoekendepartij.

…

2. Ontvankelijkheid

De bevoegdheid van de Raad van State om kennis te nemen van de beroepen tot nietigverklaring van akten en reglementen van de onderscheiden administratieve overheden is slechts residuair. De Raad van State zal niet bevoegd zijn wanneer de wetgever in een beroep heeft voorzien bij de gewone rechter. Zoals blijkt uit de artikelen 11, 33 en 34 van de gecoördineerde wetten op de Raad van State en uit de parlementaire voorbereiding ervan, heeft de wetgever met de instelling van de Raad van State enkel de rechtsbescherming willen aanvullen wanneer de gewone rechter niet bevoegd was.

Artikel 581 van het Gerechtelijk Wetboek bepaalt het volgende:

"De arbeidsrechtbank neemt kennis:

1° van geschillen betreffende de verplichtingen die voortvloeien uit de wetten en de verordeningen inzake sociaal statuut, familiale uitkeringen, verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering en uitkeringen inzake rust- en overlevingspensioenen ten voordele van zelfstandigen;

2° van geschillen betreffende de rechten die voortvloeien uit deze wetten en verordeningen;

(…)".

Luidens artikel 167 van de ZIV-Wet behoren de betwistingen in verband met de rechten en plichten voortvloeiend uit de wetgeving en reglementering betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tot de bevoegdheid van de arbeidsrechtbank.

De verzoekende partij stelt dat het voorliggende geschil geen betrekking zou hebben op de rechten en verplichtingen voortvloeiend uit de wetgeving en reglementering betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, maar wel op de financiering van de sociale zekerheid door middel van een aantal verzekeringsinkomsten en dat dergelijke geschillen wel tot de bevoegdheid van de Raad van State behoren.

Ten deze vindt de bestreden beslissing haar rechtsgrond in artikel 191, eerste lid, 15°*ter* (en 15°), van de ZIV-Wet. De verplichting om een aanvullende heffing te betalen op de omzet is dus ontegensprekelijk een verplichting die voortvloeit uit de ZIV-Wet. Beslissingen over vrijstelling van bijdrageopslagen en verwijlintresten zijn onlosmakelijk verbonden met die bijdrageplicht zelf. Aldus blijkt dat de verzoekende partij voor eenzelfde resultaat als een beroep bij de Raad van State zou opleveren, bij de rechter van de rechterlijke macht terecht kan. De Raad van State is dienvolgens zonder rechtsmacht te dezen,

OM DIE REDENEN,

BESLIST DE RAAD VAN STATE

Artikel 1.

Het beroep wordt verworpen.

…

CONSEIL D'ÉTAT, arrêt n° 181.379 du 20 mars 2008

Président : M. HELLIN

Loi du 29.7.1991 – Devoir de motivation – Administration – Groupe de direction Promotion de la qualité de l'art dentaire

La Commission d'appel, qui se prononce sur le recours introduit contre une décision du Groupe de direction Promotion de la qualité de l'art dentaire, satisfait au devoir de motivation dès lors qu'il peut être déduit au moins implicitement des arguments avancés dans la décision pourquoi ces arguments n'ont pas été généralement acceptés. À l'inverse d'un organe juridictionnel, l'administration n'est pas tenue de donner une réponse aux différents arguments juridiques et de fait de la partie intéressée, de sorte qu'il ne faut pas répondre systématiquement aux différents arguments avancés dans un acte de recours.

I.V.E. c./INAMI

…

1. De feiten

1.1. Artikel 36*bis*, § 2, van de Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 (hierna: ZIV-Wet) bepaalt, kort samengevat, dat de Koning een regeling inzake de accreditering van onder meer tandheelkundigen kan invoeren. Artikel 36*ter*, § 1, van dezelfde wet bepaalt dat, zolang een dergelijke reglementering niet is ingevoerd, de accreditering verder wordt geregeld in de in artikel 50, § 1, van de ZIV-Wet bedoelde nationale akkoorden tussen tandheelkundigen en ziekenfondsen.

Te dezen stelt het Nationaal akkoord van 4 december 2002 dat de tandarts, om een accreditering te verkrijgen, onder meer voldoende bijscholing moet hebben gevolgd en moet hebben deelgenomen aan een intercollegiale evaluatie, de zogenaamde "peer reviews".

Wat bijscholingen in het buitenland betreft, wordt het volgende bepaald:

> "*Buitenlandse* bijscholingsactiviteiten kunnen door de Stuurgroep erkend worden. Dit gebeurt per voorafgaandelijke aanvraag door de *tandheelkundige* zelf, via het standaardformulier in bijlage 2/1 en 2/2 vóór datum van de activiteit en het opmaken nadien van een persoonlijk verslag van de desbetreffende activiteit. Dit persoonlijk verslag moet het geheel van de cursus en alle deelgebieden omvatten die door de deelnemers werd aangevraagd. Het maximum aantal eenheden verworven in het buitenland bedraagt 50 per jaar. Dit aantal kan op 80 gebracht worden voor organisatoren die in een officieel systeem van accreditering erkend zijn".

1.2. Op 29 september 2003 doet verzoekster een aanvraag voor de accreditering van een buitenlandse bijscholingsactiviteit.

…

3. Ten gronde

3.1. In het verzoekschrift voert verzoekster als tweede middel de schending aan van de artikelen 2 en 3 van de Wet van 29 juli 1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van de bestuurshandelingen (hierna: Motiveringswet), evenals van de algemene beginselen van behoorlijk bestuur, in het bijzonder het zorgvuldigheidsbeginsel en het motiveringsbeginsel, doordat de verwerende partij de bestreden beslissing heeft genomen "zonder een in rechte correcte, noch afdoende motivering en (…) zonder een voorafgaande analyse van de feitelijke gegevens van het dossier", terwijl de Motiveringswet, evenals de algemene beginselen van behoorlijk bestuur, elke administratieve overheid de verplichting oplegt een beslissing correct te motiveren en pas te oordelen, na een zorgvuldige studie van het dossier.

3.2.1. Uit de bestreden beslissing blijkt dat zij "is gebaseerd op het feit dat het verzoekschrift onvoldoende nieuwe elementen bevat die toelaten de beslissing van de Stuurgroep te herzien". De verwerende partij verwijst dus naar het motief dat wordt gehanteerd in de beslissing van de Stuurgroep Kwaliteitspromotie Tandheelkundigen van 9 februari 2004 dat verzoekster de erkenningsaanvraag te laat heeft ingediend. Uit stuk 3 van het administratief dossier blijkt dat op het formulier betreffende de erkenningsaanvraag een stempel is aangebracht waaruit blijkt dat dit formulier op 18 december 2003 door het RIZIV werd ontvangen.

Het bestuur is, in tegenstelling tot een rechtscollege, in het kader van de motiveringsplicht, niet gehouden een antwoord te geven op alle diverse feitelijke en juridische argumenten welke een belanghebbende naar voren brengt, zodat niet systematisch moet worden geantwoord op de verschillende argumenten aangevoerd in de beroepsakte. Het volstaat dat uit de motivering impliciet of expliciet blijkt dat deze argumenten in de besluitvorming werden betrokken en dat hieruit minstens impliciet kan worden afgeleid waarom de argumenten in het algemeen niet werden aanvaard.

Zulks is te dezen het geval, nu de verwerende partij stelt dat verzoeksters beroepschrift "onvoldoende nieuwe elementen bevat". Deze overweging kan niet als onjuist noch als kennelijk onredelijk worden beschouwd. Verzoekster beweert in haar beroepschrift weliswaar het standaardformulier op 2 oktober 2003 naar het RIZIV te hebben gefaxt, doch toont zulks niet aan. Voorts argumenteert zij in haar beroepschrift dat "er nooit op 2 oktober 2003 een brief (had) mogen gestuurd worden met de vraag om de nodige formulieren in te vullen, indien (zij) volgens de commissie reeds te laat zou geweest zijn" doch uit de stukken van het administratief dossier blijkt overduidelijk dat de beslissing van de Stuurgroep Kwaliteitspromotie Tandheelkundigen van 9 februari 2004 niet verwijst naar de oorspronkelijke aanvraag van 29 september 2003 doch wel naar het op 8 december 2003 aan het RIZIV overgemaakte standaardformulier.

Er is met andere woorden wel degelijk voldaan aan de vereisten van de motiverings- en de zorgvuldigheidsplicht.

Het tweede middel is ongegrond.

…

CONSEIL D'ÉTAT, arrêt n° 178.905 du 24 janvier 2008

Président : M. HELLIN

Lois coordonnées du 12.1.1973 sur le Conseil d'État, article 14 – Remboursabilité des prestations – Interprétation de la réglementation – Acte administratif susceptible d'annulation

Il n'appartient pas à l'INAMI de déterminer quelles prestations sont ou non remboursables. Une communication sur une interprétation possible de la réglementation n'est pas un acte administratif susceptible d'annulation. L'action d'un dispensateur de soins en annulation d'un tel courrier de l'INAMI est dès lors irrecevable.

S.P.R.L. M. c./INAMI

…

2.4. Artikel 14 van de Wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973, bepaalt onder meer dat "wanneer een administratieve overheid verplicht is te beschikken en er bij het verstrijken van een termijn van vier maanden te rekenen vanaf de haar daartoe door een belanghebbende betekende aanmaning geen beslissing is getroffen, wordt het stilzwijgen van de overheid geacht een afwijzende beslissing te zijn waartegen beroep kan worden ingesteld".

Met een aangetekend schrijven van 25 maart 2003 stuurt de verzoekende partij aan het RIZIV wat zij noemt "een formele aanmaning in de zin van artikel 14, § 3, R.v. St. W." en verzoekt zij "om binnen de vooropgestelde termijn van vier maanden Uw akkoord af te leveren dat de prestaties, verricht met een gecomputeriseerde axiale tomograaf (CT-scan) waarover ik als privaat gevestigde radioloog beschik, door het RIZIV en de ziekenfondsen en in het kader van de ZIV-reglementering dienen terugbetaald te worden". De verzoekende partij zet vervolgens uiteen waarom de verrichte prestaties volgens haar recht geven op terugbetaling.

Welke prestaties voor terugbetaling in aanmerking komen, is besloten in de toepasselijke regelgeving. Die regelgeving is vastgelegd door de wetgever en door de Koning en is hoofdzakelijk vervat in de artikelen 34, 35, 37 tot 44*bis* en 64 van de Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, en in artikel 5 van het Koninklijk besluit van 13 februari 1998 tot uitvoering van die wet.

Het is niet aan het RIZIV om te bepalen welke prestaties al of niet terugbetaalbaar zijn. Dat doet het RIZIV ook niet. In antwoord op de vraag van de verzoekende partij om haar "akkoord af te leveren" omtrent de terugbetaalbaarheid van bepaalde prestaties, doet de verwerende partij niets meer dan haar zienswijze omtrent de interpretatie van de wetgeving meedelen. Wat de verzoekende partij aanvecht is dus niet meer dan een loutere mededeling omtrent een bepaalde mogelijke interpretatie van de regelgeving, en geen voor vernietiging vatbare administratieve rechtshandeling die de rechtspositie van de verzoekende partij wijzigt.

De omstandigheid dat de verzoekende partij die toelichting heeft uitgelokt na de toepassing van artikel 14, § 3, van de gecoördineerde Wetten op de Raad van State, doet daaraan geen afbreuk. Het voorgaande volstaat om de vordering af te wijzen.

…

COUR DE CASSATION, 7 janvier 2008

Président : M. STORCK

Loi coordonnée du 14.7.1994, article 194 – A.R. du 3.7.1996, article 327 – Dispense d'inscription en frais d'administration – Prescription – Délai de déchéance

L'organisme assureur qui souhaite obtenir une dispense d'inscription en frais d'administration doit introduire une demande par lettre recommandée à la poste dans un délai de trois mois après l'expiration du délai de deux ans dans lequel doivent être récupérées les prestations indûment payées. Ce délai est un délai de déchéance qui entraîne le refus d'octroi d'une demande introduite tardivement.

Organisme assureur c./INAMI

(n° de rôle : S.06.0097.F/1)

…

L'avocat général Jean-Marie GENICOT a dit en substance :

Sur le moyen unique de cassation en ce qu'il fait grief à l'arrêt attaqué d'avoir refusé d'examiner les conditions de dispense d'inscription en frais d'administration fixées par l'article 327, § 2, en raison du caractère tardif de la demande, alors que le retard de celle-ci, ne pouvait avoir d'autre effet que d'obliger l'organisme assureur sous peine de sanctions administratives à comptabiliser le montant en frais d'administration, et non d'exempter le fonctionnaire dirigeant de l'instruction de la demande.

Il résulte de la combinaison des articles 325, 326 et 327 de la loi du 3 juillet 1996, que le paiement d'un indu constaté par l'organisme assureur fait d'abord l'objet d'une inscription sur un compte spécial et s'il n'a pas été récupéré dans les deux ans de sa constatation, il est amorti par une inscription en frais d'administration dans les trois mois qui suivent cette échéance de deux ans, sauf si à la suite d'une demande, devant elle-même être introduite dans le même délai de trois mois par l'organisme assureur, le fonctionnaire dirigeant accorde, ultérieurement et sous certaines conditions, la dispense d'une telle inscription.

Ainsi, l'article 327 prévoit un principe et une exception. En effet :

- le principe, § 1er, consiste en l'obligation d'amortissement des prestations payées indûment par le biais de leur inscription en frais d'administration dans les trois mois qui suivent le délai de deux ans déterminés par l'article 325 à l'issue desquels les prestations indues n'ont pu être récupérées ;

- l'exception résulte « des cas visés au paragraphe 2 » de l'article 327, lequel prévoit qu'une décision du fonctionnaire dirigeant accorde une dispense de l'inscription en frais d'administration, lorsque le payement indu ne résulte pas d'une erreur, que l'organisme assureur a poursuivi le recouvrement par toutes voies de droit y compris judiciaires, ou que la demande porte en règle sur un montant d'au moins 300 EUR, le fonctionnaire statuant en ces cas sur une demande « qui doit être introduite par lettre recommandée à la poste avant la fin du même délai de trois mois visés au paragraphe 1er ».

La demanderesse soutient donc que, bien qu'introduite après le délai de trois mois précité, sa demande ne peut dispenser le fonctionnaire dirigeant de la prendre en considération en vue d'obtenir une dispense d'inscription en frais administratifs d'un indu non récupéré.

Ce faisant la demanderesse fait tout d'abord fi de la nature comminatoire du sens des termes « doit introduire » avant la fin du délai de trois mois, qui s'impose à l'organisme assureur.

Ensuite, même si aucune disposition légale n'impose une interprétation restrictive des exceptions à un principe, il n'en reste pas moins qu'un allégement des conditions d'une exception légalement prévue réduit proportionnellement l'étendue du principe dont elle s'écarte.

Or en soutenant que les demandes introduites avant ou après le délai de trois mois pourraient avoir vocation à faire obstacle au principe de l'inscription en frais administratifs, la demanderesse réduit à due concurrence le champ d'action d'un principe par ailleurs clairement coulé dans les termes de l'article 327, § 1er, sans la moindre ambiguïté.

Or un principe qui pourrait être soumis à révision à première demande sans restriction de temps, m'apparaît plus s'apparenter à un principe de nature supplétive que réellement soumis à exception, lorsque les opportunités de l'exception sont presque équivalentes à celles du principe. La thèse soutenue par la demanderesse et qui y conduit inexorablement me parait difficilement acceptable.

Enfin, il résulte d'une jurisprudence bien ancrée des juridictions de fond que pour pouvoir être dispensé d'inscrire les montants non encore récupérés en frais d'administration, l'obligation de l'organisme assureur de consacrer tous les moyens pour obtenir le remboursement doit être appréciée en fonction de l'importance du montant, des possibilités d'action et d'exécution compte tenu des circonstances spécifiques propres à la cause, ainsi qu'à la diligence avec laquelle l'obligation a été exécutée (C.T. Bruxelles, 11.9.2006, *JTT*, 2007, p. 95). Cette définition du pouvoir d'appréciation quant aux circonstances spécifiques de la cause et la nature des diligences mises en œuvre, n'est pas compatible avec les conséquences d'une demande dépourvue de limitation dans le temps lorsqu'il est clair que l'usure du temps, peut, par un effet d'effacement des perspectives, estomper des éléments de fait et de droit cependant indispensables à l'efficacité d'une telle appréciation et réduire ainsi l'économie même du système d'appréciation mis en place.

Pour l'ensemble de ces raisons je suis d'avis que le délai de trois mois précité est un délai de déchéance.

Le moyen qui soutient le contraire manque en droit.

Conclusion : rejet.

ARRÊT

…

III. La décision de la Cour

En vertu de l'article 194, § 1er, b), de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, sont considérées comme frais d'administration les dépenses qu'entraîne l'application de la loi, à l'exclusion de celles qui correspondent au montant des prestations indûment payées dont la non-récupération a été admise comme justifiée dans les conditions et selon les modalités fixées par le Roi.

L'article 327, § 2, alinéa 2, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, dispose que l'organisme assureur doit introduire la demande tendant à la dispense d'inscription en frais d'administration d'un indu non récupéré avant la fin du délai prévu au paragraphe 1er du même article, soit le délai de trois mois après l'expiration du délai de deux ans dans lequel doit, en règle, être récupéré l'indu.

Il se déduit de ces dispositions que pareille dispense ne peut être accordée si la demande est introduite après l'expiration de ce délai, auquel le législateur a conféré le caractère d'un délai de déchéance.

La circonstance que, dès l'expiration de ce délai, le montant de l'indu non récupéré doit, sous peine de la sanction administrative prévue à l'article 318, 18°, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, être amorti en frais d'administration est sans incidence sur son caractère.

Le moyen manque en droit.

PAR CES MOTIFS,

LA COUR

Rejette le pourvoi.

…

TRIBUNAL DE PREMIÈRE INSTANCE DE BRUXELLES, référé, 21 décembre 2007

Vice-président : M. CARDON de LICHTBUER

Loi coordonnée du 14.7.1994, article 35*bis*, § 4, 5° - Spécialités pharmaceutiques – Base de remboursement – Référé – Droit subjectif
A.M. du 30.8.2007 – Spécialités pharmaceutiques – Simvastatines – Modification de la base de remboursement – Affaires courantes

La firme pharmaceutique qui remporte le modèle KIWI demeure inscrite avec sa spécialité pharmaceutique dans une catégorie de remboursement donnée, alors que les autres firmes passent à une catégorie inférieure. Siéger temporairement seule dans cette catégorie de remboursement ne lui confère cependant aucun droit subjectif. De même, les producteurs de médicaments génériques peuvent, après avoir suivi la procédure, obtenir une adaptation des modalités de remboursement.

Une décision de modification des modalités de remboursement d'une spécialité pharmaceutique peut être considérée comme un acte de gestion quotidienne qui peut être prise dans le cadre des affaires courantes.

M.B.V. c./État belge et INAMI

(n° de rôle : 07/2012/C)

…

1. De vorderingen

De vordering van eiseres strekt er hoofdzakelijk toe:

indien eerste verweerster op datum van betekening van de tussen te komen beschikking nog niet beslist zou hebben om de andere simvastatines dan de producten van eiseres opnieuw de vergoedingscategorie B te verlenen (op de lijst gevoegd bij het K.B. van 21.12.2001): eerste verweerster het verbod te horen opleggen om enige beslissing te nemen waardoor de andere simvastatines dan de producten van eiseres opnieuw de vergoedingscategorie B zouden verkrijgen tot hierover een rechterlijke uitspraak ten gronde is tussengekomen en in elk geval minstens voor een periode van 180 dagen vanaf de betekening van de tussen te komen beschikking, dit alles onder verbeurte van een dwangsom van vijf miljoen EUR per vastgestelde inbreuk na deze betekening;

indien eerste verweerster op datum van betekening van de tussen te komen beschikking al beslist zou hebben om de andere simvastatines dan de producten van eiseres opnieuw de vergoedingscategorie B te verlenen (op de lijst gevoegd bij het K.B. van 21.12.2001);

indien deze beslissing nog niet gepubliceerd zou zijn in het Belgisch Staatsblad: eerste verweerster het verbod te horen opleggen om over te gaan tot dergelijke publicatie tot hierover een gerechtelijke uitspraak ten gronde is tussengekomen en in elk geval minstens voor een periode van 180 dagen na betekening van de tussen te komen beschikking, onder verbeurte van een dwangsom van vijf miljoen EUR per vastgestelde inbreuk na deze betekening;

in elk geval, verweersters het verbod te horen opleggen om enige uitvoering te geven aan deze beslissing tot hierover een gerechtelijke uitspraak ten gronde is tussengekomen en in elk geval minstens voor een periode van 180 dagen na betekening van de tussen te komen beschikking, onder verbeurte van een dwangsom van vijf miljoen EUR per vastgestelde inbreuk na deze betekening;

in elk geval: verweersters te horen verplichten de tussen te komen beschikking (1) minstens bij uittreksel te publiceren in het Belgisch Staatsblad, en (2) volledig ter beschikking te stellen op de website www.riziv.be van tweede verweerster, onder verbeurte van een dwangsom van 100 000 EUR per 24 uur vertraging vastgesteld na het verstrijken van deze termijn;

in elk geval de tussen te komen beschikking gemeen te horen verklaren ten aanzien van tweede verweerster.

2. De feiten

De Wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (hierna genoemd de G.V.U.-Wet) voert het zogenaamd KIWI-model in, waarbij aan de farmaceutische ondernemingen gevraagd wordt een voorstel in te dienen voor een nieuwe (lagere) vergoedingsbasis. De “winnaar” van het KIWI-model, d.i. de aanvrager die de laagste vergoedingsbasis heeft voorgesteld, blijft in een bepaalde categorie, terwijl de andere producten van de “verliezende” ondernemingen naar een lagere categorie gaan.

Eiseres heeft bij aangetekend schrijven van 17 januari 2007 een voorstel ingediend met het oog op de terugbetaling van haar simvastatine Z. in het kader van artikel 35*bis*, § 4, 5° lid, van de G.V.U.-Wet.

Eerste verweerster liet per schrijven van 18 juli 2007 weten aan eiseres en de andere firma's die een simvastatine als vergoedbare specialiteit op de markt hebben, weten dat er een groepsgewijze herziening om budgettaire redenen tussenkwam en dat het minst dure product terugbetaald zou blijven in categorie B en dat de andere specialiteiten zouden worden ingeschreven in categorie C.

Op 5 september 2007 verscheen hierop in het Belgisch Staatsblad het reglementair besluit van 30 augustus 2007 krachtens hetwelk de simvastatines Z. van eiseres de "winnaar" is van de KIWI-procedure en dus in hoofdstuk I behouden blijft in de vergoedingscategorie B, terwijl vanaf 1 januari 2008 de andere simvastatines van hoofdstuk I de vergoedingscategorie C hebben.

Overeenkomstig artikel 40 van het Koninklijk besluit van 21 december 2001 werden door de producenten van generische simvastatines aanvragen ingediend ter wijziging van de vergoedingsmodaliteiten van hun geneesmiddelen.

Op 25 september 2007 werd binnen de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen (CTG) unaniem gestemd om in te gaan op de aanvraag van de betrokken firma's.

Wanneer dergelijk voorstel wordt geformuleerd, kan de Minister hiervan slechts afwijken op grond van sociale en/of budgettaire redenen.

Via een schrijven van 27 november 2007, heeft eiseres eerste verweerster erop attent gemaakt dat de Minister eerder had laten weten dat hij een zekere stabiliteit zou invoeren, zodat degenen die de KIWI-procedure hebben "verloren" niet dezelfde vergoedingscategorie zouden hebben als de "winnaar" van de KIWI-procedure.

Op 6 december 2007 liet eiseres aan eerste verweerster per e-mail en per brief weten dat zij zou vernomen hebben dat het advies wordt gevraagd aan de Raad van State omtrent individuele beslissingen inzake simvastatines waarbij de producten opnieuw in vergoedingscategorie B zouden worden opgenomen per 1 januari 2008 wanneer die besluiten worden gepubliceerd uiterlijk op 21 december 2007.

Eiseres vroeg aan de Minister om tegen 7 december 2007 te bevestigen dat er met betrekking tot de andere simvastatines geen beslissing zou worden genomen tot opname in categorie B en/of tot publicatie van de beslissingen.

Eerste verweerster antwoordde niet op dit schrijven.

Eiseres ging over tot dagvaarding in kort geding op 11 december 2007.

…

3.3. Schijn van recht

Heeft eiseres een ogenschijnlijk subjectief recht om (minstens tijdelijk) als enige in Hoofdstuk I met vergoedingscategorie B te zitten?

Met andere woorden, handelt de overheid foutief en schendt zij manifest de reglementering door op dit ogenblik individuele wijzigingen van categorieën toe te staan?

Eiseres antwoordt positief op deze vraag, omdat volgens haar een individuele wijziging van de categorie pas kan worden aangevraagd als een product effectief in een andere categorie zit, d.i. *in casu* op 1 januari 2008.

Tot op heden zijn de aanvragers nog in vergoedingscategorie B, en zullen zij pas vanaf 1 januari 2008 in categorie C belanden, volgens eiseres.

Eerste verweerster wijst *prima facie* terecht op het feit dat de beslissing om het product van eiseres op te nemen in categorie B en de andere producten in categorie C, bestaat *"vanaf de dag waarop zij wordt ondertekend door het betrokken orgaan"*, dit is 18 juli 2007.

De generische producenten dienden hun aanvraag in op 30 augustus 2007, met name na het ontstaan van de beslissing. Het feit dat de beslissing van 18 juli 2007 pas op 1 januari 2008 uitwerking zal krijgen doet hieraan geen afbreuk.

Prima facie heeft de overheid niet kennelijk onwettig gehandeld door individuele wijzigingen van categorieën toe te staan.

Is het subjectief recht tot naleving van het vertrouwensbeginsel en het recht op het vermijden van schade ogenschijnlijk geschonden in hoofde van eiseres?

Eiseres steunt zich op het standpunt van de (voormalige) bevoegde Minister in het verslag aan de Koning bij het Koninklijk besluit van 17 mei 2006, waarin onder meer gesteld wordt:

"Toch zullen de CGT en de Minister, zolang de reglementering niet is aangepast om een periode van "stabiliteit" te voorzien, in de mate van het mogelijke een zekere stabiliteit proberen te behouden bij de beoordeling van de aanvragen tot wijziging van de vergoedingsvoorwaarden en de aanvragen tot aanneming die eventueel zullen worden ingediend tijdens de drie jaar die op de beslissing volgen, omdat die stabiliteit nodig is om de beoogde besparingen maximaal te kunnen uitvoeren in het belang van de patiënten en de ziekteverzekering."

Volgens eiseres handelt eerste verweerster foutief en in strijd met het rechtszekerheids- en vertrouwensbeginsel wanneer zij alsnog de andere producten waarvan sprake in het Ministerieel besluit van 30 augustus 2007 opneemt in hoofdstuk I met vergoedingscategorie B per 1 januari 2008.

Prima facie kan het rechtszekerheids- en vertrouwensbeginsel echter niet toegepast worden op uiterst voorzichtige en voorwaardelijke bewoordingen zoals *"in de mate van het mogelijke"*, *"een zekere stabiliteit"* en *"proberen"*.

Bovendien kon, gelet op het voorstel van 25 september 2007 van de CTG, de Minister hiervan slechts afwijken op grond van sociale en/of budgettaire redenen.

Er zijn *prima facie* geen objectieve elementen voorhanden om te stellen dat de Minister kennelijk een foutieve beslissing heeft genomen door niet af te wijken van het voorstel van de CGT.

Lopende zaken?

Eiseres stelt dat de aangevochten beslissing niet kan of kon genomen worden in het kader van de lopende zaken, waartoe de ontslagnemende regering op het ogenblik van het behandelen van de zaak ter zitting van 18 december 2007 beperkt is.

Prima facie dient de bestreden of gevreesde beslissing beschouwd te worden als een daad van dagelijks bestuur, die genomen kan worden in het kader van de lopende zaken.

Eiseres stelt dat een wijziging van de vergoedingsmodaliteiten ertoe zou leiden dat de KIWI-procedure uitgehold wordt, en dat dit geen lopende zaak meer is.

Dit is echter een standpunt van eiseres.

De bestreden of gevreesde beslissing op zich, kadert *prima facie* in de lopende zaken.

BESLUIT

Eiseres toont niet aan dat haar subjectieve rechten ogenschijnlijk geschonden zijn door een foutief handelen van verweersters.

Ook een afweging van belangen geven geen groter gewicht aan eiseres t.a.v. verweersters die ook rekening houden met budgettaire en sociale overwegingen.

De vordering is ongegrond.

…

TRIBUNAL DU TRAVAIL DE BRUXELLES, 11 avril 2008

Présidente : Mme CIETERS – Substitut-auditeur du travail : Mme CASSIERS

Loi coordonnée du 14.7.1994, articles 90 et 93 – Interruption de la période d'invalidité pendant 3 mois ou plus – Nouvelle période d'incapacité de travail primaire – Compétence du médecin-conseil

L'article 93, alinéa 2, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 dispose que la période d'invalidité est interrompue si le titulaire cesse d'être en état d'invalidité au sens de l'article 100 pendant trois mois ou plus.

Il en découle qu'un bénéficiaire qui, après une telle période, est de nouveau reconnu incapable de travailler, se trouve alors dans un état d'incapacité de travail primaire, au sens des articles 87 et 100 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994.

En vertu de l'article 90 de cette même loi, la décision relative à l'existence d'un état d'incapacité de travail primaire revient uniquement au médecin-conseil de l'organisme assureur. L'INAMI n'a donc pas la compétence de reconnaître un tel état ni d'en fixer la durée.

I.Y. c./INAMI

(R.G. n° 81.215/04)

…

De vordering strekt tot de erkenning van een arbeidsongeschiktheid van meer dan 66%, zoals voorzien bij artikel 100 van de gecoördineerde Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen van 14 juli 1994, hierna "de Ziekteverzekeringswet" genoemd, vanaf 5 juli 2004.

De 10de Kamer van de Arbeidsrechtbank heeft bij vonnis, uitgesproken op 20 april 2007 het inleidend verzoekschrift ontvankelijk verklaard en vooraleer verder recht te spreken, dokter C. aangesteld tot deskundige met als opdracht alle nodige onderzoeken door te voeren, ondermeer het onderzoek van de medische stukken die de partijen hem zouden kunnen verschaffen, het inwinnen van alle nuttige inlichtingen, welke de geneesheren – aan te duiden door de partijen – kunnen verstrekken en eisende partij, die zich kan laten bijstaan door zijn behandelend geneesheer, aan een medisch onderzoek te onderwerpen, ten einde de rechtbank toe te laten uit te maken of eisende partij vanaf 5 juli 2004 een graad van arbeidsongeschiktheid bezat en nog is blijven bezitten overeenkomstig artikel 100 van de Ziekteverzekeringswet.

Bij tussenvonnis d.d. 19 december 2007 werd de termijn voor het neerleggen van het deskundig verslag verlengd tot 20 februari 2008.

De aangestelde deskundige, dokter C., kwam in zijn deskundig verslag tot het besluit dat eisende partij vanaf 5 juli 2004 tot en met 17 september 2006, een graad van arbeidsongeschiktheid van minder dan 66% arbeidsongeschikt bezat en dus niet voldoet aan de vereisten van artikel 100 van de Ziekteverzekeringswet.
Vanaf 18 september 2006 wordt eisende partij terug arbeidsongeschikt erkend door de deskundige in de zin van artikel 100 van de Ziekteverzekeringswet.

Eisende partij werd door de deskundige arbeidsgeschikt verklaard vanaf 5 juli 2004 tot en met 17 september 2006 hetgeen bekrachtigd wordt door de Rechtbank.

Krachtens artikel 93, tweede lid, van de Ziekteverzekeringswet wordt het tijdvak van invaliditeit echter onderbroken wanneer de gerechtigde gedurende drie maanden of langer niet meer de staat van invaliditeit bezit, bedoeld in artikel 100.
Hieruit volgt dat eisende partij die zoals *in casu*, na een dergelijke periode opnieuw arbeidsongeschikt wordt erkend, zich op dat ogenblik bevindt in de staat van primaire arbeidsongeschiktheid, zoals bepaald bij artikelen 87 en 100 van de Ziekteverzekeringswet.

Krachtens artikel 90 van de Wet van 14 juli 1994 komt de beslissing omtrent het bestaan van de staat van primaire arbeidsongeschiktheid enkel toe aan de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling van eisende partij, zodat het RIZIV zodanige staat niet vermag te erkennen noch de duur ervan mag vaststellen (Cass. 6.5.1991, I.B. RIZIV, 1991, p. 297 en Cass. 4.1.1993, Soc. Kron. 1993, p. 406).

De Rechtbank kan hier *in casu* geen uitspraak doen over een nieuwe periode van primaire arbeidsongeschiktheid.

Bijgevolg is de vordering van eisende partij ongegrond.

…

COUR DU TRAVAIL DE LIEGE, 11 février 2008

Président : M. GERMAIN

Loi coordonnée du 14.7.1994, article 168 – Dispensateur de soins – Amende administrative – registre des prestations

L'amende infligée au kinésithérapeute qui ne peut produire de registre des prestations est une sanction administrative et non pénale. Les droits de la défense sont garantis par les prescriptions concernant la notification du procès-verbal de constat, au dispensateur de soins, la motivation et la notification de la décision de sanction, notification qui devrait en outre indiquer les formes et délais de recours possible.

R.E. c./INAMI

(R.G. 33.947/06)

…

II. - RAPPEL

1. - Rappel des normes

La loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, dans sa version applicable en la présente cause, contenait en son article 37*ter* le texte ci-dessous, repris et complété dans l'article 76 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 :

« Les kinésithérapeutes et les praticiens de l'art infirmier sont tenus, conformément aux modalités à déterminer par le Roi, de consigner dans un registre de prestations toutes les prestations qu'ils dispensent ».

L'article 101 de la loi de 1963, reproduit tel quel dans l'article 168 de la loi coordonnée, énonçait ce qui suit :

« Le Roi détermine, sur proposition du service du contrôle administratif, les sanctions administratives applicables en cas d'infraction aux dispositions de la présente loi ou de ses arrêtés et règlements d'exécution. Le Roi fixe également les modalités d'application de ces sanctions ».

L'arrêté royal du 4 juin 1987 fixant les modalités de tenue d'un registre de prestations par les kinésithérapeutes et les praticiens de l'art infirmier et déterminant les amendes administratives applicables en cas d'infraction, contenait notamment les dispositions ci-après :

« Art. 1er. Un registre de prestations personnel dans lequel les kinésithérapeutes et les praticiens de l'art infirmier consignent leurs prestations conformément à l'article 37ter de la loi du 9 août 1963 (...), est tenu à la disposition du service du contrôle médical de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (au domicile du prestataire de soins, ou à son cabinet, ou dans un centre de traitement, selon les cas).

« Art. 4. Tout registre de prestations doit être conservé pendant cinq ans, à compter de la date d'inscription de la dernière prestation qui y est consignée. Il est conservé à l'endroit où il a été tenu conformément aux dispositions de l'article 1er. Tout déplacement du registre doit être signalé au service du contrôle médical précité.

« Art. 5. Les personnes visées à l'article 80, alinéa 1er, de la loi du 9 août 1963 précitée sont habilitées à constater par procès-verbal les infractions aux dispositions des alinéas 1er à 4. Sous peine de nullité, une copie du procès-verbal est notifiée au prestataire de soins concerné, par lettre recommandée à la poste, dans les sept jours suivant la constatation. Cette même notification invite le prestataire à faire valoir ses moyens de défense par écrit, dans les quinze jours, auprès du fonctionnaire-dirigeant du service du contrôle administratif.

« Art. 6. A charge du prestataire de soins dans le chef duquel une infraction a été constatée, il est infligé une amende administrative : - de 33 p.c. au minimum et de 50 p.c. au maximum de l'intervention de l'assurance pour les prestations (...) pour lesquelles le registre de prestations n'a pas été tenu ou conservé conformément aux dispositions des articles 1er, 2 ou 4 (...).

« Art. 7. L'amende administrative est infligée par le fonctionnaire-dirigeant du service du contrôle administratif ou par le fonctionnaire désigné par lui (l'article précise ensuite les modalités de la notification de la sanction au prestataire de soins concerné).

L'arrêté royal du 4 juin 1987 a été abrogé et remplacé par l'arrêté royal du 25 novembre 1996 fixant les modalités de tenue d'un registre de prestations par les dispensateurs de soins visés à l'article 76 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, et déterminant les amendes administratives applicables en cas d'infraction à ces dispositions.

Cet arrêté royal, en son article 6, détermine des amendes administratives moins lourdes que celles de l'arrêté précédent, puisqu'il remplace les taux *« de 33 p.c. au minimum et de 50 p.c. au maximum »* par le taux unique *« de 25 p.c. »*. En outre, il apporte une importante innovation en prévoyant, dans les cas et aux conditions qu'il précise, la possibilité de donner au dispensateur de soins concerné un simple avertissement ou de lui accorder le sursis à l'exécution de la sanction.

Enfin, l'article 11 de l'arrêté royal du 25 novembre 1996 porte que celui-ci entre en vigueur le jour de sa publication au Moniteur belge, soit le 13 décembre 1996. Cela étant, il ajoute :

« L'article 6 du présent arrêté s'applique toutefois aux amendes administratives prononcées sur base de l'arrêté royal du 4 juin 1987 (...), qui ne sont pas encore définitives à la date d'entrée en vigueur du présent arrêté ».

…

IV. – FONDEMENT DE L'APPEL

…

1. – Quant à la matérialité des infractions

Les infractions aux dispositions de l'arrêté royal du 4 juin 1987 sont des infractions *non intentionnelles ou matérielles :* il suffit, pour vérifier leur existence, de constater leur matérialité, quitte à ce que leur auteur invoque et démontre qu'il n'a pas agi volontairement ou librement.

L'appelant ne conteste pas que, le 14 janvier 1994, il n'a pas mis à la disposition du médecin-inspecteur son registre de 1992. Il a alors expliqué que ce dernier avait fait l'objet d'un vol, à la suite duquel il avait déposé plainte; cette version a été confirmée dans la présentation de ses moyens de défense par son avocat le 26 janvier 1994. Là-dessus, l'INAMI a relevé que, dans le texte de cette plainte, le vol était situé à la date du 15 janvier, soit le lendemain de la visite de contrôle. À l'heure actuelle, l'appelant allègue plutôt qu'il s'est rendu compte ultérieurement que le registre était en réalité rangé dans sa cave. En son avis, le Ministère public qualifie d'infantiles ces explications à géométrie variable. Quoi qu'il en soit, l'appelant ne se prévaut pas aujourd'hui de circonstances, par exemple constitutives d'une force majeure, de nature à excuser l'infraction effectivement observée.

L'appelant ne conteste pas davantage que, le 14 janvier 1994 toujours, il n'a pas non plus produit son registre de 1993. Il a déclaré à ce moment qu'il l'avait remis à un *« fiscaliste »*. De la sorte faisait-il l'aveu que, pour une raison d'ailleurs incompréhensible, il ne l'avait pas conservé, comme exigé, au sein de son cabinet.

En ce qui concerne le registre de 1994, le médecin-inspecteur a acté dans son procès-verbal que l'intéressé s'était borné à lui présenter un document intitulé *« Planning »* et qu'il refusait de le laisser examiner sous prétexte qu'il s'y trouvait des éléments couverts par le secret professionnel (il est loisible de souligner au passage que ce dernier motif est inopérant à l'endroit d'un médecin-contrôleur, lui-même tenu au secret professionnel). Dans l'exposé de ses moyens de défense du 26 janvier 1994, l'appelant a affirmé que le registre de 1994, proprement dit, ne lui avait pas été demandé par l'enquêteur. En revanche, dans ses conclusions d'appel, il allègue que celui-ci fut bel et bien mis en possession du registre. Ainsi, l'appelant s'emberlificote dans les contradictions et le mensonge. Malgré ses dires, l'infraction doit être considérée comme établie.

Par ailleurs encore, l'appelant s'étonne qu'il était tenu de conserver en son cabinet, non seulement son registre de prestations en cours, mais aussi des registres antérieurs, relatifs aux années 1992 et 1993. À l'évidence, il oublie le prescrit de l'article 4 de l'arrêté royal du 4 juin 1987.

II faut donc, contrairement à ce que l'appelant soutient, conclure à l'existence des infractions, matériellement constatées, qui lui sont reprochées.

2. - Quant à la validité du constat

Le procès-verbal de constat du 19 janvier 1994 a été dressé et notifié conformément aux dispositions de l'arrêté royal précité. En particulier, établi par un médecin-inspecteur du service du contrôle médical, il a été réalisé par une personne habilitée à cette fin en vertu de l'article 5 du même arrêté. Du reste, l'appelant ne semble plus soulever d'objection à cet égard.

D'autre part, le médecin-inspecteur a fait ses constatations avec impartialité et objectivité. Certes, l'appelant a tenté de contester ces dernières par le biais d'une plainte déposée contre lui pour diffamation et calomnie. Mais en vain, puisque la chambre des mises en accusation a rendu un arrêt de non-lieu le 23 juin 1997.

Enfin, c'est à tort que l'appelant semble argumenter, en termes au demeurant obscurs, que les constatations qu'il querelle seraient viciées par des procédures antérieures (administratives et judiciaires). C'est que ces procédures sont totalement distinctes du présent litige et sans incidence sur la validité des constatations actuellement examinées. Il échet notamment de relever que le médecin-inspecteur qui a effectué le constat daté du 19 janvier 1994 n'était jamais intervenu auparavant vis-à-vis de l'appelant.

3. – Quant à la nature juridique de l'amende

L'appelant écrit en ses conclusions d'appel (p. 5) qu'il *« considère que la sanction infligée par l'INAMI, à savoir la suspension, par les organismes de remboursement, des prescriptions pour une durée de 6 mois, revêt un caractère d'ordre pénal »*.

Il s'agit de sa part d'une nouvelle confusion, faite ici avec une décision rendue, dans un autre contentieux, par la commission d'appel du service du contrôle médical de l'INAMI. Mais il y a lieu d'avoir la complaisance d'admettre que l'appelant excipe en réalité de la nature pénale de l'amende querellée en la présente espèce.

De cette qualification juridique, l'appelant entend déduire diverses conséquences.

En ordre principal, il estime que la décision contestée du 21 décembre 1995 et l'amende qu'elle prononce doivent être annulées, pour plusieurs motifs : d'abord, parce que l'article 6 de l'arrêté royal du 4 juin 1985 et l'article 6 de l'arrêté royal du 25 novembre 1996 doivent être tenus pour nuls dès lors qu'ils instaurent des sanctions pénales sans habilitation par la loi; ensuite, parce que la décision entreprise résulte d'une procédure irrégulière en tant qu'elle n'a pas respecté les grands principes qui gouvernent l'instance pénale, spécialement en ce que l'INAMI a tenu à la fois le rôle du procureur (qui recherche les infractions) et celui du juge (qui inflige la sanction); enfin, parce que les articles 5 à 7 de l'arrêté royal du 4 juin 1985 sont également nuls pour violation des articles 10 et 11 de la Constitution, en ce qu'ils créent une discrimination d'ordre procédural, non raisonnablement justifiée, entre le prévenu d'une infraction audit arrêté royal et le prévenu d'une autre infraction pénale.

En ordre subsidiaire, pour le cas où la validité des normes réglementaires et de la sanction serait reconnue, l'appelant sollicite le bénéfice soit d'une simple déclaration de culpabilité, eu égard au long délai écoulé depuis les infractions commises, soit d'un avertissement, compte tenu du caractère primaire de ces dernières, soit encore du sursis à l'exécution de la sanction.

Dans un arrêt du 17 mars 1997 (*), la Cour de cassation a jugé que les amendes prévues par l'arrêté royal du 4 juin 1987 constituaient des sanctions administratives telles que visées par l'article 101 de la loi du 9 août 1963, et non pas des sanctions pénales comme indiqué dans l'arrêt cassé, de sorte que le Roi n'avait pas excédé ses pouvoirs en les instituant (Cass., 17.3.1997, *Bull.*, 1997, 372). La Cour de céans fait sienne cette jurisprudence pour conclure à la légalité, à ce sujet, de l'article 6 de chacun des deux arrêtés royaux cités ci-dessus.

Dans un arrêt du 6 mai 2002 (**), la haute juridiction, après avoir passé en revue les cinq critères permettant de décider si une sanction administrative est une sanction pénale, a jugé que l'arrêt attaqué avait pu légalement décider que la sanction administrative, en cas de défaut de tenue du registre des prestations, n'est pas une sanction pénale (Cass., 6.5.2002, *Pas.*, 2002, I, 1090). La Cour de céans se rallie également à cette motivation pour constater que la sanction litigieuse ne présente pas le caractère pénal invoqué par l'appelant.

Partant, il échet d'écarter toutes les conséquences que celui-ci a prétendu tirer, à titre principal ou subsidiaire, de la qualification pénale qu'il applique à tort à l'amende administrative contestée.

(*) Extrait publié au B.I.-INAMI n° 1997/3.
(**) Extrait publié au B.I.-INAMI n° 2002/3.

C'est donc conformément à la loi que le Roi a déterminé les modalités de la tenue du registre des prestations et les obligations qui en découlaient pour les prestataires de soins, puis qu'il a fixé les sanctions administratives infligées en cas d'inexécution de ces obligations et organisé la procédure relative à l'application de ces sanctions.

En particulier, contrairement à ce que soutient l'appelant, il faut reconnaître que cette procédure ne contrevenait pas au principe général de droit, dont le champ d'application excède la sphère strictement pénale, relatif au respect des droits de la défense. En effet, ceux-ci étaient parfaitement garantis par les prescriptions concernant la notification du procès-verbal de constat au prestataire de soins, la possibilité à lui offerte de présenter ses moyens de défense, la motivation et la notification de la décision de sanction, notification qui devait en outre indiquer les formes et délai du recours possible devant le tribunal du travail.

4. - Quant à la question préjudicielle

Par arrêt du 17 octobre 1995 (***), la Cour d'arbitrage a déjà jugé que les articles 37*ter* et 101, alinéa 1er, de la loi du *9* août 1963 ne violaient pas les articles 10 et 11 de la Constitution en tant qu'ils imposaient un registre de prestations à certains prestataires de soins alors même qu'un tel registre n'était pas imposé à d'autres prestataires de soins ou qu'il leur était imposé mais sans qu'aucune sanction y fût liée (C. A., 17.10.1995, *M.B.*, 1.12.1995, p. 32.691).

Dans la motivation de son arrêt, la haute Cour retient que des différences existant entre les praticiens de l'art de guérir et entre les auxiliaires paramédicaux, concernant notamment la nature des soins prodigués, peuvent raisonnablement justifier une différence de traitement relativement au contrôle des soins dispensés (B.3).

Elle constate aussi que, contrairement à d'autres catégories d'auxiliaires médicaux, les kinésithérapeutes et les infirmiers *« ont une activité qui consiste à soigner la personne elle-même; pour être remboursables par l'assurance maladie-invalidité, leurs prestations doivent généralement respecter une condition de durée minimum. La nature particulière de celles-ci justifie l'existence de mécanismes de contrôle distincts de ceux qui existent à l'égard de ces autres catégories d'auxiliaires paramédicaux »* (B. 4).

De son côté, l'appelant défend la thèse selon laquelle il n'est pas possible de contrôler la durée de chaque prestation dispensée à un patient par le kinésithérapeute étant donné que celui-ci *« est parfaitement en droit de traiter plusieurs patients simultanément »*. L'appelant en déduit que, *« dès lors que ce droit existe, la justification de la tenue du registre disparaît »* et que, partant, la discrimination à l'endroit des kinésithérapeutes ne serait plus raisonnablement justifiée (concl., p. 13).

C'est pourquoi l'appelant invite la Cour de céans, en ordre très subsidiaire, à interroger à nouveau la Cour constitutionnelle sur la violation des articles 10 et 11 de la Constitution par les dispositions légales précitées, mais en tenant compte de la prémisse que l'obligation faite aux kinésithérapeutes de tenir un registre de prestations *« est manifestement à la fois erronée et déraisonnable au regard de l'objectif à poursuivre »* (concl., p. 14).

II est clair que cette prémisse, imaginée et défendue par l'appelant, est contraire aux constatations déjà faites, de manière motivée, dans l'arrêt de la Cour d'arbitrage du 17 octobre 1995. Il n'y a dès lors pas lieu de réinterroger la Cour constitutionnelle sur une base qu'elle a déjà écartée.

(***) Extrait publié au B.I.-INAMI n° 1996/2.

5. - Quant au montant de l'amende

II semble s'induire des conclusions de l'appelant (p. 9) que ce dernier considère que l'amende confirmée par le jugement entrepris, d'un montant en principal de 21 910,49 EUR, a été calculée sous l'empire de l'ancienne réglementation et qu'elle doit être diminuée en vertu de la nouvelle.

En réalité, cette adaptation a été faite. L'amende originairement évaluée en application de l'article 6 de l'arrêté royal du 4 juin 1987, s'élevait à 1 166 705 francs. L'INAMI l'a réduite, en ses conclusions de première instance, au montant de 883 167 francs (ou 21 910,49 EUR), conformément à l'article 6 de l'arrêté royal du 25 novembre 1996, ainsi que de l'article 11 du même arrêté.

Il est à noter que l'appelant, s'il sollicite le bénéfice d'un simple avertissement ou du sursis sur pied des principes de droit pénal, ne le réclame pas en exécution de l'article 6 de l'arrêté royal du 25 novembre 1996. II est vrai qu'il a été jugé que l'octroi de ce bénéfice relève du pouvoir discrétionnaire de l'administration (C.T. Liège, 9ème ch., 7.6.2000, *C.D.S.*, 2000, p. 151).

6. - Conclusion

Des développements ci-dessus, il résulte que l'appel est *non fondé.*

V. - LES DÉPENS

II échet de confirmer le jugement déféré quant à la charge et au montant des dépens de la première instance.

Les dépens de l'appel doivent être taxés et liquidés conformément aux dispositions légales et réglementaires en vigueur avant le 1er janvier 2008, l'affaire ayant cessé d'être en cours à la clôture des débats du 12 novembre 2007.

La présente cause n'est pas visée par l'article 1017, alinéa 2, du Code judiciaire, car l'appelant n'a pas agi en qualité d'assuré social.

Comme il a succombé en son appel, ainsi que prévu en l'article 1017, alinéa 1er, du même code, il est tenu de supporter les dépens de cet appel.

…

COUR DU TRAVAIL DE MONS, 21 février 2008

Président : M. DUMONT

Loi coordonnée du 14.7.1994, article 174, alinéa 3 – Code judiciaire, article 1017, alinéa 2 – Assurance indemnités – Actes frauduleux – Procédure téméraire et vexatoire

Les éléments d'actes frauduleux relevés dans le but d'obtenir des prestations de l'assurance indemnités consistent en d'importants travaux exécutés avec du matériel lourd et en l'embauche de personnel en tant qu'entrepreneur connu, alors que la feuille de renseignements destinée à l'organisme assureur et le document de reconnaissance de l'incapacité de travail précisent clairement que l'intéressé ne peut, en ces circonstances, faire valoir son droit aux indemnités.

L'appel est téméraire et vexatoire non seulement quand une partie a l'intention de porter préjudice à une autre partie, mais également lorsqu'elle exerce son droit d'ester en justice d'une façon outrepassant manifestement les limites de l'exercice normal de ce droit par une personne prudente et diligente. Tel est le cas lorsque la récupération d'un revenu de remplacement indûment et frauduleusement perçu est ralentie par un appel manifestement non fondé.

M.D. c./INAMI et organisme assureur.

(R.G. n° 20264)

…

I - Procédure

Vu le recours enregistré au greffe de la Cour le 16 juin 2006 à l'initiative de M. D., *ci-après dénommé « l'appelant » ou « appelant principal »,* dirigé *contre* un jugement rendu par le Tribunal du travail de Charleroi le 15 mai 2006, *notifié* le 17 mai 2006 à cette partie, *et présenté à l'intéressé le 18 mai 2006,* ce qui rend l'appel recevable *sur le plan des délais,* conformément à la méthode de calcul *qui se déduit* des articles 52, 53, 54, 792 en ses alinéas 2 et 3, et 1051 du code judiciaire, *ainsi que* de l'enseignement d'un arrêt rendu par la Cour d'arbitrage le 17 décembre 2003 consacrant la théorie de la réception (arrêt n° 170/2003, n° de rôle 2566), théorie intégrée dans le nouveau prescrit de l'article 53*bis* du code judiciaire qui prévoit, lorsque la notification est effectuée par pli judiciaire ou par courrier recommandé avec accusé de réception, *comme c'est le cas,* que le délai commence à courir, *à l'égard du destinataire,* le premier jour qui suit celui où le pli a été présenté à son domicile, ou, le cas échéant, à sa résidence ou à son domicile élu.

Vu les conclusions échangées dans ce contexte entre les parties, soit l'appelant principal, l'INAMI ci-après dénommé *« premier intimé »,* et l'organisme assureur ci-après dénommé *« second intimé ».*

Vu la fixation subséquente de la cause conformément au prescrit de l'article 747, paragraphe 2, du code judiciaire.

Entendu les parties en leurs moyens à l'audience publique de la cinquième chambre du 15 novembre 2007.

Vu, *au terme des plaidoiries,* la prise en communication de la cause par le Ministère public pour rédaction d'un avis écrit et la fixation de *la date de dépôt de cet avis* pour le 20 décembre 2007 au plus tard, et *d'un délai de répliques* jusqu'au 16 janvier 2008 inclus.

Vu l'avis écrit déposé le 26 décembre 2007, avec prorogation à due concurrence du délai de répliques, et sa notification subséquente conformément au prescrit de l'article 767 du code judiciaire.

Vu les répliques déposées pour le premier intimé le 16 janvier 2008, soit dans le délai imparti.

II - La cause du litige *(édifice des faits),* moyens d'appel et objet

Il ressort des faits spécialement invoqués par les parties qui peuvent être retenus comme précis, pertinents et établis, que l'appelant, né le 6 novembre 1956, ajusteur de profession, était en incapacité de travail depuis le 9 avril 1992, et s'était vu reconnaître en état d'invalidité jusqu'à la date du 30 novembre 1999.

Il est dans ce contexte acquis que le second intimé lui a, en sa qualité d'organisme assureur, payé :

- au cours de l'incapacité primaire, la somme de 8 676 BEF,
- en période d'invalidité, c'est-à-dire du 9 avril 1993 jusqu'au 30 juin 1996, la somme de 1 220 184 BEF,

soit au total un montant de 1 228 857 BEF.

Il ressort d'une enquête diligentée par les services de l'inspection de 1'INAMI que l'intéressé a repris une activité professionnelle entre le 15 janvier 1993 et le 30 septembre 1993, et ce sans avoir sollicité l'autorisation préalable du médecin-conseil de sa mutuelle, *et même sans l'en avoir informé.*

La teneur de la déclaration de l'appelant qui fut entendu le 10 juin 1996, laquelle est reprise dans le dossier administratif de l'INAMI ainsi qu'en première page de l'avis écrit du Ministère public, *déclaration tenue ici pour intégralement reproduite*, confirme de manière indubitable, comme celles de Messieurs M., T. et V., que l'intéressé a bien repris une activité comme dit ci-dessus.

Plusieurs procédures seront introduites devant le Tribunal du travail de Charleroi suite aux auditions confirmant la matérialité de cette reprise d'activité.

Il y aura ainsi :

- *une première procédure (…)* dans le cadre de laquelle l'appelant a, par un recours non motivé du 29 juillet 1996, contesté une décision prise le 4 juillet 1996 par l'INAMI, acte administratif par lequel cet organisme a notifié à l'intéressé une décision de constatation de fin d'incapacité de travail suite à une reprise d'activité dans le cadre de travaux de maçonnerie et de terrassement au cours d'une période s'étendant du 15 janvier 1993 jusqu'au 30 septembre 1993. Cette décision se réfère à des constatations opérées par le Service de contrôle de l'INAMI à une date précise, ainsi qu'à un examen médical effectué le 26 juin 1996, et renvoie pour le surplus aux dispositions légales applicables, étant les articles 100 et 101 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 en matière d'assurance-maladie invalidité,

- *une seconde procédure (…)* dans le cadre de laquelle l'appelant a, par requête non motivée du 9 août 1996, contesté une décision notifiée le 8 juillet 1996 par le médecin-conseil de sa mutuelle, seconde intimé, laquelle mettait fin à son incapacité à partir du 15 janvier 1993 pour avoir repris une activité sans autorisation préalable,

- *une troisième procédure (…),* cette fois à l'initiative du second intimé, la mutuelle, qui, par une requête transmise par recommandé le 16 octobre 1996, a sollicité l'obtention d'un titre exécutoire pour la somme totale de 1 534 009 BEF, sans préjudice de tous intérêts compensatoires, en vue de récupérer, *d'une part* la somme de 1 228 857 BEF indûment perçue au titre d'indemnités au cours de la période s'étendant du 1er avril 1993 au 30 juin 1996, *et d'autre part* la somme de 305 152 BEF du chef de remboursements indus pour des soins de santé dispensés tant à l'intéressé qu'à son fils,

- *une quatrième procédure (…),* également introduite à l'initiative du second intimé qui, par une requête transmise par recommandé le 11 novembre 1996, a postulé la condamnation de l'appelant principal à lui rembourser une somme de 80 535 BEF au titre d'indemnités d'assurance-maladie invalidité indûment perçues au cours de la période s'étendant du 15 janvier 1993 jusqu'au 31 mars 1993,

- *une cinquième procédure (…),* toujours introduite à l'initiative du seconde intimé qui, par une requête transmise par recommandé le 25 juillet 1997, a postulé la condamnation de l'appelant principal à lui rembourser un complément d'indu se chiffrant à 66 354 BEF relatif à la période s'étendant du 9 avril 1992 au 14 janvier 1993 au motif qu'au moment où l'incapacité de travail avait pris cours, l'intéressé n'avait pas la qualité de chômeur complet contrôlé, de sorte qu'il y avait lieu d'appliquer l'article 27, paragraphe 2, du règlement des indemnités, plutôt que l'article 27, paragraphe premier.

On notera pour être complet qu'en date du 15 mai 1997, le Service de contrôle administratif de l'INAMI a décidé d'exclure l'appelant principal à concurrence de 105 indemnités journalières au titre de sanction sur base de l'article 2, 4° et 6° de l'arrêté royal du 10 janvier 1969. Cette décision n'a pas été contestée par l'appelant principal.

Par jugement du 15 mai 2006, présentement déféré, le Tribunal du travail de Charleroi :

- a déclaré la demande de l'appelant principal recevable, mais non fondée dans la première procédure,

- a dit la demande de l'appelant principal irrecevable pour tardiveté dans la seconde procédure,

- a déclaré la demande de la mutuelle dans le cadre de la troisième procédure recevable et fondée, de sorte que l'appelant principal fut condamné à rembourser la somme de 38 027,09 EUR à majorer des intérêts légaux depuis le 14 août 1996,

- a dit la demande de la mutuelle recevable et en grande partie fondée dans la quatrième procédure, et a ainsi condamné l'appelant principal à rembourser à sa mutuelle le montant de 1 991,41 EUR à majorer des intérêts légaux depuis le 17 octobre 1996,

- a dit la demande de la mutuelle prescrite dans le cadre de la cinquième procédure.

Ce jugement a été notifié à l'appelant principal le 18 mai 2006. L'intéressé en a relevé appel par requête enregistrée au greffe de la présente juridiction le 16 juin 2006 en invoquant en substance :

- *quant à la réglementation applicable,* que son comportement au cours de l'année 1993 ne pouvait être examiné au regard des dispositions de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 qui n'était pas encore en vigueur à ce moment-là,

- *au sujet de la prescription,* que les manœuvres frauduleuses ne seraient pas démontrées, étant entendu qu'il s'agirait d'une simple omission de signaler l'exécution d'un ouvrage qui, en soi, ne suffirait pas pour considérer qu'il y a de telles manœuvres,

- *pour ce qui est de l'article 101 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994,* qu'il ressortirait d'une attestation du docteur V. du 13 janvier 1997 que l'application de cette disposition aurait bien été sollicitée sans qu'aucune décision ultérieure ne soit prise à ce sujet (décision dont la production est toutefois sollicitée), et qu'ainsi, il reviendrait à la mutuelle de démontrer quels sont les jours pour lesquels il devrait y avoir un remboursement,

- *concernant son recours du 9 août 1996* contestant la décision de l'INAMI du 4 juillet 1996 notifiée le 8 juillet 1996, déclaré irrecevable par le premier juge, ce dernier devrait être considéré comme recevable dès lors que la décision de la mutuelle, qui n'en était que la conséquence, avait préalablement été valablement contestée ; au surplus, l'application de l'article 50, alinéa 2, du code judiciaire, qui ne vise que les délais d'appel et d'opposition, devrait être étendue à ce type de recours.

On relèvera que le second intimé a quant à lui interjeté un appel incident en ce que le jugement déféré ne condamne pas l'appelant à lui rembourser la somme de 1 337 BEF ou 33,14 EUR au motif qu'aucune demande en ce sens n'était mentionnée au dispositif des conclusions déposées. Cette partie sollicite en outre la condamnation de l'appelant à lui payer 2 000 EUR au titre de dommages et intérêts pour appel téméraire et vexatoire. La mutuelle n'a toutefois interjeté aucun appel incident de la partie du jugement qui a déclaré prescrite sa demande formée dans la cinquième procédure évoquée ci-dessus, inscrite en premier degré au rôle général sous le n° 51.644, et qui tendait pour rappel à obtenir la condamnation de l'appelant principal à lui rembourser un complément d'indu se chiffrant à 66 354 BEF relatif à la période s'étendant du 9 avril 1992 au 14 janvier 1993 au motif qu'au moment où l'incapacité de travail avait pris cours, l'intéressé n'avait pas la qualité de chômeur complet contrôlé, de sorte qu'il y avait lieu d'appliquer l'article 27, paragraphe 2, du règlement des indemnités, plutôt que l'article 27, paragraphe premier.

III - Discussion

III-1 Quant à l'appel principal

III-1-1 La recevabilité du recours de l'actuel appelant dans la cause connue en premier degré sous le numéro de rôle général 50 377/R, puis inscrite sous le n° 65.947/R

La décision du Service du contrôle médical de l'INAMI a été prise le 4 juillet 1996, et *il semblerait* qu'elle fut notifiée par un recommandé du 8 juillet 1996. Il paraît donc difficile que l'intéressé ait pu recevoir ce courrier le jour même. Il n'a pu le recevoir que le lendemain *au plus tôt.* Il n'y a toutefois aucune certitude à cet égard. Vu ce qui précède, et comme en matière de notification, il y a lieu d'appliquer la théorie dite de la *« réception »,* conformément à la méthode de calcul *qui se déduit* des articles 52, 53, 54, 792 en ses alinéas 2 et 3, et 1051 du code judiciaire, *ainsi que* de l'enseignement d'un arrêt rendu par la Cour d'arbitrage le 17 décembre 2003 consacrant cette théorie (arrêt n° 170/2003, n° de rôle 2566), il y a lieu de considérer que le recours introduit par requête non motivée du 9 août 1996 pour contester une décision notifiée le 8 juillet 1996 par le médecin-conseil de la mutuelle, second intimé *(laquelle mettait fin à son incapacité à partir du 15.1.1993 pour avoir repris une activité sans autorisation préalable),* est recevable.

III-1-2 La législation applicable

L'argument soulevé à cet égard par l'appelant principal n'a aucune pertinence dans la mesure où l'article 100 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 n'a fait que reprendre intégralement les termes de la disposition qui était auparavant applicable, étant l'article 56 de la loi du 9 août 1963.

Le fait que la décision de l'INAMI du 4 juillet 1996 n'ait pas fait référence à l'article 56 de la loi du 9 août 1963 pour la période litigieuse antérieure au 6 septembre 1994, date d'entrée en vigueur de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, ne suffit pas en soi pour entraîner la nullité de cet acte administratif pour défaut de motivation formelle. En effet, pour satisfaire aux exigences de motivation formelle, il suffit qu'un acte administratif renvoie à une disposition légale. Que cette disposition légale soit erronée relève d'un examen au fond, et en aucune manière d'une analyse de l'aspect purement formel de la motivation.

Surabondamment, à supposer que la décision de l'INAMI du 4 juillet 1996 ait pu être annulée pour défaut de motivation formelle, cela n'aurait rien changé à l'issue du litige, étant entendu qu'une fois cette annulation prononcée, il appartient de toute façon à la Cour du travail, en fonction de sa compétence de pleine juridiction, de se substituer à l'INAMI *(voir dans le sens d'une compétence de pleine juridiction : Cass., 30.3.1981, Bull. cass., 1981, p. 824 ; Cass., troisième ch., 5.4.1982, TSR 1982, p. 472 ; Ph. GOSSERIES, « Contentieux de la sécurité sociale : compétence d'attribution et saisine des juridictions du travail », JTT, 1981, p. 285 ; Th. WERQUIN, « Étendue et limites des pouvoirs du juge dans le contentieux de la sécurité sociale », JTT, 1993, p. 337 et H. FUNCK, « Saisine du juge et intérêts de retard en assurance maladie invalidité », CDS, 1991, p. 88).*

Dans ce cadre précis, la présente juridiction relève que l'appelant principal n'interjette de toute manière pas appel du jugement déféré en ce que celui-ci décide *sur le plan des principes* que ses activités litigieuses et avérées ont bel et bien mis fin à son incapacité en date du 15 janvier 1993. Quand bien même l'appelant principal aurait interjeté appel de cet aspect, on rappellera de manière tout à fait superfétatoire :

a - que suivant les articles 56 de la loi du 9 août 1963 et 100 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, la reconnaissance de l'état d'incapacité de travail est subordonnée aux conditions de base suivantes :

- le travailleur doit avoir *cessé toute activité,*
- la cessation de toute activité doit être la conséquence du début ou de l'aggravation de lésions ou de troubles fonctionnels,
- le travailleur doit subir une réduction des deux tiers au moins de sa capacité de gain évaluée conformément aux critères fixés par le texte légal.

b - qu'au sujet de l'exigence de la cessation de toute activité, on notera que la reprise d'une activité adaptée à l'état est possible, mais moyennant l'autorisation *préalable* du médecin-conseil *(quod non, et l'attestation non produite du docteur V. n'y changerait rien vu qu'il appartient toujours au travailleur concerné d'établir dans un premier temps qu'il a bien adressé cette demande au médecin-conseil de son organisme assureur).* On soulignera qu'en telle hypothèse, plusieurs conditions doivent à nouveau être réunies :

- avoir cessé toute activité en conséquence d'une incapacité de travail reconnue préalablement à la reprise d'activité envisagée,
- rester atteint d'une incapacité de travail d'au moins 50 p.c. sur base d'un examen médical,
- exercer une activité autorisée,
- avoir obtenu l'autorisation *préalable* du médecin-conseil en vue de reprendre ladite activité *(en l'absence de cette autorisation, la reconnaissance de l'incapacité prend fin).*

c - qu'il résulte de l'enseignement de la Cour de cassation que le terme *« activité »* doit être compris dans son sens usuel et ne doit pas être réduit à la seule activité *« professionnelle » (voir en ce sens : Cass., 23.4.1990, Pas., 1982, I, p. 650).* Les termes *« avoir cessé toute activité »* visent donc, *non seulement* la cessation de toute activité professionnelle, *mais encore* celle de toute activité procurant un enrichissement du patrimoine ou, autrement dit, toute occupation habituelle, occasionnelle, voire même exceptionnelle, orientée vers la production de biens ou de services, permettant directement ou indirectement, de retirer un profit économique pour soi-même ou pour autrui. Il s'ensuit que, constitue un travail soumis à autorisation préalable, toute activité à caractère productif, effectuée dans le cadre de relations sociales, même si elle est accomplie sans rémunération à titre de service d'ami *(voir en ce sens : Cass., 18.5.1992, Pas., 1992, 1, p. 821).*

En conséquence de quoi il y a lieu de confirmer que l'intéressé a bien, par son attitude, mis irrévocablement fin à son incapacité à partir du 15 janvier 1993, que ce soit en application de l'article 56 de la loi du 9 août 1963 ou de l'article 100 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994.

III-1-3 En ce qui concerne la prescription de la récupération

L'article 174, alinéa premier, 5°, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 dispose que : *« l'action en récupération de la valeur des prestations indûment octroyées à charge de l'assurance indemnités se prescrit par deux ans à compter de la fin du mois au cours duquel le paiement de ces prestations a été effectué ».*

L'article 174, alinéa 3, dispose également que : *« les prescriptions prévues aux 5°,6° et 7°, ne sont pas applicables dans le cas où l'octroi indu de prestations a été provoqué par des manœuvres frauduleuses dont est responsable celui qui en a profité. Dans ce cas, le délai de prescription est de cinq ans ».*

La fraude ou les manœuvres frauduleuses dont il est question n'ont pas été définies par le législateur dans le cadre de la réglementation en matière d'assurance maladie invalidité.

En visant la fraude, le législateur a néanmoins voulu *« viser essentiellement la manière dont sont introduites certaines demandes de prestations sociales par des candidats bénéficiaires qui, sachant ou se doutant n'avoir pas droit de les obtenir ou du moins pas dans la mesure où ils les postulent, appuient leurs requêtes d'affirmations sciemment inexactes, omissions volontaires dans la rédaction des formulaires requis ou de documents dont ils savent le contenu contraire à la vérité ; en ce faisant, ils veulent obtenir une décision administrative non conforme à ce à quoi ils ont droit selon les prescriptions légales du régime concerné »* (voir: J. Leclercq, dans *« La répétition de l'indu dans le droit de la sécurité sociale »*, La doctrine du judiciaire, De Boeck & Larcier, 1998, p. 318).

S'agissant de fraude ou de manœuvres frauduleuses, le législateur a voulu viser de manière générale les situations de dol et de fraude qui recoupent :

- *pour le dol,* tous les cas de surprise, fraude, finesse, feintise, ainsi que toute autre mauvaise voie destinée à tromper quelqu'un,

- *pour la fraude,* les agissements malhonnêtes aux yeux de la loi, avec à chaque fois, trait commun, l'existence d'abstention(s), d'omission(s) ou d'agissement(s) *volontaire(s)* illicite(s) dont le bénéficiaire de prestations sociales use pour obtenir indûment l'octroi ou le maintien d'un revenu de remplacement, octroi ou maintien qui ne découle pas d'une simple erreur administrative *(voir Leclercq, op. cit. p. 316).*

Il en découle que l'assuré social doit avoir *eu conscience* de ce que ses actes et/ou son abstention de déclaration avai(en)t pour conséquence la perception de prestations auxquelles il n'avait pas droit *(voir en ce sens : C. T. Mons, 8.6.2006, RG n° 19.199, Juridat JS62049_1).*

En l'espèce, l'existence de manœuvres frauduleuses ressort de manière flagrante d'un faisceau d'éléments matériellement et objectivement établis, en l'occurrence :

- de la feuille de renseignements indemnités complétée et signée par l'appelant principal le 22 avril 1992 indiquant que l'intéressé a répondu négativement à la question de savoir s'il exerçait une activité pendant son incapacité ; dans ce même document, l'intéressé a souscrit l'engagement *« de rembourser immédiatement tout montant perçu indûment au-delà de la date de reprise de travail ou de chômage, cette reprise devant être signalée à la Mutualité dans les meilleurs délais à l'aide de la carte blanche de reprise »*,

- de la reconnaissance d'incapacité de travail du 3 mai 1993 adressée à l'appelant principal, laquelle lui rappelle expressément de signaler toute reprise de travail,

- du fait que l'appelant principal était connu dans tout son voisinage en qualité d'entrepreneur,

- de la circonstance avérée selon laquelle les travaux entrepris par l'intéressé étaient de grande ampleur, comme en attestent d'ailleurs certains achats de matériel lourd (camion et bobcat), le montant de certains devis, ainsi que l'engagement de personnel (3 à 4 personnes),

- de la propre déclaration de l'intéressé du 10 juin 1996 qui décrit l'ampleur des travaux réalisés, l'utilisation de matériel lourd, et relate qu'un maître de l'ouvrage qui lui devait de l'argent l'avait pris en photo sur le chantier *en le menaçant de le dénoncer à la mutuelle* si le travail n'était pas achevé nonobstant l'absence de paiement.

III-1-4 L'étendue de l'exclusion et sa limitation aux seules journées travaillées

À partir du moment où les organismes compétents, que ce soit la mutuelle ou l'INAMI, ont apporté la preuve de l'exercice d'un travail, l'intégralité des indemnités versées à la suite de cette reprise s'avère indue, *et ce* que lesdites indemnités *aient été ou non* servies au cours de journées de travail qui pourraient être précisément identifiées.

En effet, ne remplissant plus la condition de cessation d'activité à partir du 15 janvier 1993, que ce soit au sens de l'article 56 de la loi du 9 août 1963 ou de l'article 100 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, l'appelant principal a, *par ce fait*, mis fin *dès ce moment* à son état d'incapacité. Si tel ne devait pas être le cas, l'article 101 de la loi coordonnée n'aurait aucun intérêt.

À cet égard, concernant une éventuelle limitation en application de l'article 101 précité, on rappellera que par sa décision du 4 juillet 1996, l'INAMI précisait à l'appelant principal que, vu le résultat de l'examen effectué le 26 juin 1996 par le docteur B., l'intéressé pouvait demander au médecin conseil de pouvoir bénéficier des avantages de l'article 101, c'est-à-dire une limitation de la sanction. Cette décision précisait qu'un tel avantage ne pouvait être accordé que si la demande en était faite.

À ce sujet, si le 64e feuillet des pièces communiquées par Monsieur le juge d'instruction (…) à Monsieur le Procureur du Roi (…) de janvier 2002 reprend la copie d'un courrier daté du 9 août 1996 par lequel M. D. aurait sollicité l'application des articles 101 et 102 des lois coordonnées, encore faut-il relever que rien ne confirme que cette pièce saisie au domicile de l'intéressé qui porte certes les mentions « recommandé » et « copie » a effectivement été adressée à l'organisme assureur et à l'INAMI, car :

- la preuve de l'envoi recommandé n'est pas jointe à ce courrier et ne figure en aucune manière au dossier alors que d'autres preuves d'envois recommandés y figurent,

- l'intéressé a été arrêté dès le 13 août 1996, sans qu'il soit certain qu'il ait eu l'occasion et/ou le temps d'envoyer l'original.

D'autre part, la prétendue attestation d'un docteur V. du 13 janvier 1997, quand bien même la présente juridiction aurait pu en constater l'existence, quod non, n'aurait rien changé au constat qui précède : il ne s'agit en aucune manière de la preuve d'un quelconque envoi.

Enfin, on relèvera en toute hypothèse que l'application de l'article 101 revendiquée par l'appelant principal se révèle concrètement impossible en l'espèce dans la mesure où l'intéressé n'a jamais précisé les dates effectives de travail.

III-2 Quant à l'appel incident

Comme actuellement la demande de l'organisme assureur en vue d'obtenir la condamnation de l'appelant principal au paiement de la somme de 1 337 BEF ou 33,14 EUR est clairement formulée par conclusions reçues au greffes de la présente juridiction le 30 avril 2007, il y a lieu de considérer que cet aspect entre désormais dans l'objet de la demande et l'étendue de la saisine de la Cour, de sorte que l'appel incident de la mutuelle portant sur ce point est non seulement recevable, mais encore fondé.

III-3 Pour ce qui est de l'appel téméraire et vexatoire

Les éléments qui précèdent confirment, vu le caractère flagrant des manœuvres frauduleuses, la manifestation d'une hardiesse excessive et imprudente dans le cadre de l'appel interjeté, et donc son caractère téméraire et vexatoire *(voir C.T. Mons, 10.1.2003, RG n° 17.662, inédit).*

Par arrêt du 31 octobre 2003, la Cour de cassation a consacré l'enseignement de son arrêt du 15 mai 1941 *(Pas., 1941, I, 192)* selon lequel *« celui qui, de bonne foi, exerce une action par suite d'une erreur d'appréciation à ce point évidente qu'il devait nécessairement s'en apercevoir, et partant l'éviter, excède les limites d'un droit reconnu à quiconque d'ester en justice »* (voir J.T. 2004, p. 135 avec observations de J-Fr. VAN DROGENBROECK).

Selon l'enseignement de cet arrêt, *« une procédure peut revêtir un caractère vexatoire, non seulement lorsqu'une partie est animée d'une intention de nuire, mais aussi lorsqu'elle exerce son droit d'agir en justice d'une manière qui excède manifestement les limites de l'exercice normal de ce droit par une personne prudente et diligente ».*

Il s'ensuit que lorsqu'elles sont saisies d'une telle demande, les juridictions de fond sont dispensées de rechercher un dol spécial dans le chef de celui contre qui elle est dirigée pour se limiter à un contrôle marginal et souverain tendant à déterminer si celui-ci a ou non excédé, de manière manifeste, ses droits de justiciable prudent et diligent.

Tel est le cas vu le caractère flagrant de l'absence complète de fondement à l'appel interjeté, et, comme dit ci-dessus, la manifestation par là d'une hardiesse excessive et imprudente.

Il apparaît que la partie appelante, en se bornant à élever des contestations non étayées à l'encontre des éléments plus que probants fournis par l'INAMI, a volontairement retardé le remboursement inéluctable d'un revenu de remplacement indûment et frauduleusement perçu dans le cadre d'un régime relevant de la sphère de l'ordre public, ce qui excède manifestement les limites de l'exercice normal du droit d'appel par une personne prudente et diligente.

L'appel incident de la mutuelle est par conséquent également fondé sur ce point, de sorte que l'appelant principal doit une indemnisation de ce chef au second intimé. Néanmoins, la Cour considère que le préjudice ainsi subi par la partie intimée sera adéquatement réparé par l'octroi de dommages-intérêts fixés *ex aequo et bono* a la somme de 1 000 EUR au lieu des 2 000 EUR postulés.

Vu le caractère téméraire et vexatoire de l'appel interjeté, l'intégralité des dépens sera mise à charge de l'appelant principal, conformément à ce que prévoit l'article 1017, alinéa 2, du Code judiciaire, et ce même dans les matières relevant de la sécurité sociale où les dépens sont normalement à charge de l'Administration au sens large du terme.

…

5 - Condamne M. M.D. à l'intégralité des frais et dépens, liquidés à concurrence de la somme de 400,84 EUR dans le chef de l'organisme assureur, et non liquidés dans le chef de l'INAMI.

…

COUR DU TRAVAIL D'ANVERS, section d'Anvers, 8 avril 2008

Présidente : Mme ADRIAENSENS – Avocat-général : M. VAN DEN BON

A.R. du 25.11.1996 – Registre des prestations praticien de l'art infirmier – Amende administrative - Prescription
Procès-verbal – Envoi tardif – Nullité
Bonne foi – Présomption
Code judiciaire, article 1017 – Dispensateur de soins

Une amende administrative ne peut plus être prononcée dès le moment où deux ans se sont écoulés depuis que le fait constitutif de l'infraction a été commis.
Seul un procès-verbal de constat peut valablement interrompre le délai de prescription. À compter de cet acte interruptif débute un nouveau délai de prescription de 2 ans.

La sanction de nullité pour envoi tardif d'un procès-verbal ne s'applique pas lorsque le procès-verbal ne constate pas d'infractions aux dispositions des articles 1er à 4 inclus de l'arrêté royal du 25 novembre 1996.
Un procès-verbal d'audition qui contiendrait uniquement les déclarations faites par le praticien de l'art infirmier dans le cadre de l'enquête relative à la tenue du registre des prestations, ne constate pas d'infraction aux dispositions de l'arrêté royal du 25 novembre 1996, de sorte que l'envoi tardif d'un tel procès-verbal ne peut conduire à la nullité.

Le seul fait qu'un praticien de l'art infirmier n'a pas encore été sanctionné ne constitue pas présomption de bonne foi. L'absence de sanction préalable peut être la conséquence de nombreux facteurs, peut-être même du fait que le praticien de l'art infirmier n'a jamais fait l'objet auparavant d'un contrôle approfondi. L'ignorance ne suffit pas à prouver la bonne foi, à moins que cette ignorance n'ait été rendue insurmontable par des circonstances étrangères à la volonté de l'intéressé.

Un praticien de l'art infirmier qui introduit un recours contre la décision par laquelle une sanction administrative lui est imposée n'intervient pas en qualité d'assuré social ou de titulaire, mais bien en sa qualité de dispensateur de soins. Par conséquent, l'article 1017, alinéa 1er, du Code judiciaire s'applique, lequel dispose que tout jugement définitif prononce la condamnation aux dépens contre la partie qui a succombé.

P.V. c./INAMI

(R.G. n° 2010623)

…

3. FEITEN EN VOORGAANDE RECHTSPLEGING

Mevrouw P. was sedert 1995 werkzaam als zelfstandig verpleegkundige voor de bvba V.

Naar aanleiding van een enquête gevoerd door de Dienst voor geneeskundige controle van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering in verband met de realiteit betreffende verpleegkundige verstrekkingen geattesteerd op getuigschriften voor verstrekte hulp model H van de innende bvba V., werden vaststellingen gedaan inzake het verstrekkingenregister van zaakvoerder V. en personeel (4 personen werkend in vast dienstverband en 1 persoon, m.n. V. P., werkend op zelfstandige basis).

Ingevolge de gedane vaststellingen en nadat P. werd gehoord op 21 en 27 oktober 1997 werd door de geneesheer-inspecteur van het RIZIV een proces-verbaal van vaststelling opgesteld op 24 november 1997 dat aan P. ter kennis werd gebracht met een aangetekend schrijven van 25 november 1997.

In dit proces-verbaal van 24 november 1997 wordt vermeld dat het verstrekkingenregister van verpleegkundige P., gedurende de periode van 13 december 1996 tot 31 maart 1997 en van 1 juli 1997 tot 26 oktober 1997 niet voldeed aan de reglementaire voorwaarden van het Koninklijk besluit van 25 november 1996 betreffende volgende punten:

1° Het verstrekkingenregister bestaat uit per maand los van elkaar bijeengehouden door een paperclip of niet losgescheurde listings en werd niet samengevoegd door vastnieten of kleven.

2° Het verstrekkingenregister werd niet ondertekend voor de maand maart 1997.

3° Een aantal verstrekkingen uitgevoerd tijdens de periode van 8 januari 1997 tot 3 februari 1997 zijn niet genoteerd of de data ontbreken in het register.

4° Het register werd over de periode van 1 juli tot 26 oktober 1997 niet per week bijgehouden en ondertekend, en de verstrekkingen werden niet per gewerkte dag ingeschreven.

Met aangetekend schrijven van 9 april 1998 aan het RIZIV verklaarde P. de aangehaalde inbreuken in het proces-verbaal van vaststelling van 24 november 1997 niet te betwisten maar benadrukte dat deze inbreuken geenszins werden begaan uit kwade trouw of met enig bedrieglijk oogmerk (stuk 5 adm. dossier: brief van P. van 9.4.1998 aan de heer L. van de Dienst voor administratieve controle).

Bij administratieve beslissing van de Dienst voor administratieve controle van het RIZIV van 24 november 1999 werd aan P. een administratieve geldboete opgelegd van 5 804,8483 EUR, of 30% (25% + 5%) van het bedrag van de verzekeringstegemoetkoming voor prestaties die niet werden ingeschreven conform de bepalingen van het Koninklijk besluit van 25 november 1996 met betrekking tot de periode van 13 december 1996 tot 31 maart 1997 en van 1 juli tot 26 oktober 1997 (stuk 6 adm. dossier: beslissing van het RIZIV van 24.11.1999).

Met verzoekschrift, neergelegd op de griffie van de Arbeidsrechtbank te Mechelen op 23 december 1999, tekende P. verhaal aan tegen voormelde administratieve beslissing van het RIZIV van 24 november 1999.

Bij vonnis van de Eerste kamer van de Arbeidsrechtbank te Mechelen van 13 september 2001 werd:

- de vordering van P. ontvankelijk en gedeeltelijk gegrond verklaard;
- de opgelegde administratieve geldboete herleid met de helft, dit is tot een bedrag van 15% voor wat betreft de verzekeringstegemoetkoming die de periode van 13 december 1996 tot 31 maart 1997 dekt;
- de bestreden administratieve beslissing voor het overige bevestigd;
- ieder der partijen veroordeeld tot de helft van de gedingkosten.

Met verzoekschrift, neergelegd op de griffie van het Arbeidshof te Antwerpen op 19 oktober 2001, tekende P. hoger beroep aan tegen voormeld vonnis.

Met beroepsbesluiten, neergelegd op de griffie van het Arbeidshof te Antwerpen op 20 november 2006 stelt het RIZIV incidenteel beroep in wat de herleiding van de administratieve geldboete en de gerechtskosten betreft.

…

5. TEN GRONDE

5.1. Wettelijk kader

Overeenkomstig artikel 76, eerste lid, van de Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, zijn de kinesitherapeuten, de logopedisten en de verpleegkundigen ertoe gehouden, overeenkomstig de door de Koning te bepalen nadere regels, alle verstrekkingen die zij verlenen op te tekenen in een verstrekkingenregister.

Artikel 168, eerste lid, van de gecoördineerde Wet van 14 juli 1994 bepaalt dat de Koning – op voorstel of na advies van de Dienst voor administratieve controle – de administratieve sancties vaststelt die toepasselijk zijn in geval van overtreding van de bepalingen van deze gecoördineerde Wet of van haar uitvoeringsbesluiten en –verordeningen; de Koning bepaalt tevens de nadere regelen tot toepassing van die sancties.

In geval van overtreding van de bepalingen van artikel 76 wordt de administratieve geldboete opgelegd aan de kinesitherapeut, de logopedist of de verpleegkundige ten laste van wie een overtreding is vastgesteld (art. 168, 6de lid, van de gecoördineerde Wet van 14.7.1994).

In het Koninklijk besluit van 24 juni 1987, achtereenvolgens gewijzigd door de Koninklijke besluiten van 3 augustus 1987, 20 juni 1990, 17 december 1992 en 12 augustus 1994, worden enerzijds de regelen vastgesteld inzake het bijhouden van een verstrekkingenregister door de kinesitherapeuten en de verpleegkundigen en anderzijds de administratieve geldboetes bepaald in geval van inbreuk op deze voorschriften.

In toepassing van het artikel 1 van het Koninklijk besluit van 25 november 1996 moet onder verstrekkingenregister als bedoeld in artikel 76 van de Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, worden verstaan:

- ofwel een boek of schrift, samengesteld uit vooraf gebonden bladen;
- ofwel, voor de zorgverlener die een gegevensverwerking per computer gebruikt, de afdruk van de lijst van de verleende verzorging op papier, vast samengevoegd door vastnieten of kleven, éénmaal per gewerkte kalendermaand.

Artikel 2 van hetzelfde koninklijk besluit bepaalt dat elk verstrekkingenregister per week bijgehouden en ondertekend wordt door de zorgverlener na inschrijving van de laatste verstrekking van die week.
Voor de toepassing van dit artikel dient onder “week” te worden verstaan, een periode van zeven opeenvolgende dagen, die ingaat op maandag en eindigt op zondag.

Artikel 3 van hetzelfde Koninklijk besluit bepaalt dat de verstrekkingen worden ingeschreven in het verstrekkingenregister per gewerkte dag. De volgende gegevens worden vermeld in het register:

1° de datum waarop de verstrekkingen zijn verricht;
2° het aanvangsuur van de eerste verstrekking en het einduur van de laatste verstrekking;
3° naam en voornaam van de rechthebbenden;
4° de aard van de verleende verstrekkingen, gedefinieerd op grond van het nomenclatuurnummer van de verstrekkingen, bedoeld in de artikelen 23, § 2 of 35 van de gecoördineerde Wet;
5° wanneer de zorgverlener zijn activiteit uitoefent zowel in zijn spreekkamer of in de hoofdverblijfplaats van de rechthebbenden als in één of meerdere behandelingscentra, en hij heeft gekozen voor het enig register bedoeld in artikel 4, 2de lid, vermeldt hij eveneens in dit register, op een duidelijk identificeerbare wijze, zelfs onder een samenvattende of verkorte vorm, de plaats waarop elke verstrekking werd verleend.

Ten laste van de zorgverlener in wiens hoofde een overtreding werd vastgesteld, wordt, in toepassing van artikel 6 van het Koninklijk besluit van 25 november 1996, een administratieve geldboete uitgesproken:

- van 25% van de verzekeringstegemoetkoming voor de verstrekkingen die niet werden ingeschreven in een verstrekkingenregister overeenkomstig de bepalingen van artikel 76 van de gecoördineerde Wet of waarvoor het verstrekkingenregister niet werd bijgehouden of bewaard overeenkomstig de bepalingen van artikel 1, 2 of 4;
- van 5% van de verzekeringstegemoetkoming voor de verstrekkingen die niet overeenkomstig de bepalingen van artikel 3 werden ingeschreven.

Bij samenloop van verscheidene overtredingen wordt de hoegrootheid van de administratieve geldboetes samengevoegd.
Indien het de eerste overtreding van de bepalingen van dit besluit betreft en de zorgverlener te goeder trouw is, kan de persoon die bevoegd is een proces-verbaal op te stellen, hem een eenvoudige verwittiging geven of, indien een proces-verbaal van bevinding van een overtreding is opgemaakt, kan het bedrag van de administratieve geldboete, vastgesteld op basis van het 1ste lid, met de helft worden verminderd.

…

5.3. BEOORDELING

5.3.1. De verjaring

P. voert aan dat de vordering verjaard is.

Artikel 9 van het Koninklijk besluit van 25 november 1996 bepaalt dat de administratieve geldboete niet meer kan uitgesproken worden vanaf de dag dat er twee jaar verlopen is sinds het feit gepleegd werd dat de in dit besluit bedoelde overtreding vormt. De verjaring wordt gestuit door de in artikel 5 bedoelde vaststelling.

Overeenkomstig artikel 5 van het Koninklijk besluit van 25 november 1996 zijn de in artikel 146, eerste lid, van de gecoördineerde Wet van 14 juli 1994 bedoelde personen bevoegd de overtredingen van de bepalingen van de artikelen 1 tot en met 4 bij proces-verbaal vast te stellen.

Uit de samenlezing van de voormelde artikelen 9 en 5 van het Koninklijk besluit van 25 november 1996 volgt dat alleen een proces-verbaal van vaststelling de verjaringstermijn van twee jaar rechtsgeldig kan stuiten.

In huidig geschil werd het proces-verbaal van vaststelling opgesteld op 24 november 1997, zijnde binnen de termijn van twee jaar na de inbreuken, zodat het proces-verbaal beantwoordt aan de kwalificatie van de rechtsgeldige stuitingsdaad in de zin van het Koninklijk besluit van 25 november 1996.

Vanaf deze stuitingsdaad op 24 november 1997 loopt een nieuwe verjaringstermijn van twee jaar met aanvang op 25 november 1997 om te eindigen op 24 november 1999 om middernacht.

De administratieve geldboete werd opgelegd bij beslissing van 24 november 1999 zijnde binnen de door het Koninklijk besluit voorziene verjaringstermijn.

Het door P. ingeroepen middel van verjaring kan dienvolgens niet weerhouden worden.

5.3.2. Proces-verbaal van verhoor

P. roept de nietigheid in van de processen-verbaal van verhoor van 24 juni 1997 en 21 oktober 1997 op grond van artikel 56 van de Eenheidswet van 14 februari 1961 hetwelk bepaalt dat een afschrift van het proces-verbaal op straffe van nietigheid binnen de zeven dagen moet worden overgemaakt aan de overtreder.

De vaststelling van overtredingen op het bijhouden van het verstrekkingenregister door de zorgverleners die tot administratieve geldboetes kunnen leiden worden beheerst door artikel 5 van het Koninklijk besluit van 25 november 1996 hetwelk bepaalt:

> *"De in artikel 146, eerste lid, van de gecoördineerde Wet bedoelde personen zijn bevoegd overtredingen van de bepalingen van de artikelen 1 tot en met 4 bij proces-verbaal vast te stellen. Een afschrift van het proces-verbaal moet op straffe van nietigheid bij ter post aangetekende brief aan de betrokken zorgverlener worden betekend binnen veertien dagen volgend op de vaststelling. Voor er enige administratieve geldboete wordt opgelegd, wordt de betrokken zorgverlener bij ter post aangetekende brief verzocht binnen vijftien dagen zijn verweer schriftelijk te laten gelden bij de leidend ambtenaar van de Dienst voor administratieve controle".*

De nietigheidssanctie voor laattijdige toezending van het proces-verbaal geldt niet wanneer het proces-verbaal geen overtredingen van de bepalingen van de artikelen 1 tot en met 4 van het Koninklijk besluit van 25 november 1996 vaststelt.

De processen-verbaal van verhoor van 24 juni 1997 en 21 oktober 1997 bevatten louter de verklaringen van P. afgelegd naar aanleiding van het onderzoek uitgevoerd door de geneesheer-inspecteur bij de Dienst voor geneeskundige controle van het RIZIV inzake het bijhouden van het verstrekkingenregister maar stellen geen inbreuken vast op de bepalingen van het Koninklijk besluit van 25 november 1996.

De ingeroepen nietigheid van de processen-verbaal van verhoor van 24 juni 1997 en 21 oktober 1997 mist dienvolgens iedere wettelijke grondslag en dient als ongegrond te worden afgewezen.

5.3.3. Oplegging van een administratieve geldboete

Artikel 76, eerste lid, van de gecoördineerde Wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (zoals van kracht voor de afschaffing bij de Wet van 7.12.2005 en in de versie voor en na de wijziging bij Wet van 20.12.1995) en de artikelen 1 tot en met 4 van het Koninklijk besluit van 25 november 1996, genomen in uitvoering van voormelde gecoördineerde Wet (voorheen K.B. van 4.6.1987), leggen aan de paramedicus de verplichting op om een verstrekkingenregister bij te houden waarin alle verstrekkingen die hij of zij verleent met enige precisering worden geregistreerd.

In toepassing van artikel 6 van het Koninklijk besluit van 25 november 1996 wordt ten laste van de "zorgverlener" in wiens hoofde een overtreding werd vastgesteld, een administratieve geldboete uitgesproken.

Uit samenlezing van voormelde wettelijke bepalingen volgt enerzijds dat de verplichting tot het bijhouden van een verstrekkingenregister een <u>persoonlijke verplichting</u> is die rust op elke zorgverlener die verstrekkingen verricht en anderzijds dat de administratieve geldboete wordt opgelegd ten laste van de <u>zorgverlener</u> in wiens hoofde een overtreding werd vastgesteld.

De stelling van P. dat zij niet persoonlijk gesanctioneerd kan worden nu zij geen verzekeringstegemoetkomingen van het RIZIV heeft ontvangen kan niet gevolgd worden vermits hierdoor een voorwaarde wordt toegevoegd die wettelijk niet is voorzien.

Enkel de persoon die overeenkomstig artikel 1384 van het Burgerlijk Wetboek terzake burgerrechtelijk aansprakelijk is, is er toe gehouden de geldboete te betalen die aan zijn aangestelde is opgelegd (art. 168, 7de lid, van de gecoördineerde Wet van 14.7.1994).

Uit het vonnis van de Arbeidsrechtbank te Mechelen van 19 mei 2004 (stuk 7, bundel raadsman RIZIV), inzake een procedure gevoerd door de bvba V. tegen de Rijksdienst voor Sociale Zekerheid, blijkt dat P. haar werkzaamheden als thuisverpleegkundige bij bvba V. uitgeoefend heeft als zelfstandige zodat zij zich niet kan steunen op artikel 168, zevende lid, van de gecoördineerde Wet van 14 juli 1994.

De in uiterst ondergeschikte orde geformuleerde prejudiciële vraag aan het Grondwettelijk Hof is niet ontvankelijk en mist bovendien elke pertinentie.

Het onderzoek naar een mogelijke schending van het gelijkheidsbeginsel door een bepaling van een koninklijk besluit behoort immers tot de bevoegdheid van de gewone rechter, en het Grondwettelijk Hof is niet bevoegd om kennis te nemen van beroepen tot vernietiging of van prejudiciële vragen gericht tegen koninklijke besluiten.

Bovendien laat geen enkele lezing van artikel 5 van het Koninklijk besluit van 25 november 1996 toe deze tekst te relateren met een mogelijke schending van het gelijkheidsbeginsel.

Het Koninklijk besluit van 25 november 1996 maakt immers geen onderscheid tussen zelfstandige verpleegkundigen en verpleegkundigen in dienstverband. De verplichtingen in verband met het bijhouden van het verstrekkingenregister gelden voor alle verpleegkundigen zonder onderscheid. Het enige verschil zit hem in de vraag wie uiteindelijk de administratieve geldboete dient te betalen, maar dat is een aangelegenheid van burgerlijke aansprakelijkheid die niet geregeld wordt in het Koninklijk besluit van 25 november 1996.

5.5.4. Goede trouw

P. voert aan dat ze geheel te goeder trouw handelde en vordert dienvolgens de administratieve geldboete overeenkomstig artikel 6, derde lid, van het Koninklijk besluit van 25 november 1996 te herleiden tot de helft en de uitvoering van de beslissing gedurende twee jaar uit te stellen.

In het bestreden vonnis werd de goede trouw in hoofde van P. aanvaard voor de periode van 13 december 1996 tot 31 maart 1997 op grond van de motivering dat P. vóór 13 december 1996 nog niet werd gesanctioneerd en het nieuwe Koninklijk besluit van 25 november 1996 pas in voege was.

Het enkel gegeven dat P. voorheen nog niet gesanctioneerd werd vormt geen vermoeden van goede trouw.
Het voorheen uitblijven van een sanctie kan een gevolg zijn van tal van factoren, mogelijk zelfs van het eenvoudige gegeven dat P. voorheen nooit uitgebreid gecontroleerd werd. Met een “blanco register” bewijst P. op geen enkele wijze goede trouw, niet in de betrokken periode en niet in de voorgaande periode.

Het RIZIV benadrukt tevens terecht dat het bijhouden van een verstrekkingenregister een verplichting is die reeds vóór de inwerkingtreding van het Koninklijk besluit van 25 november 1996 diende nageleefd te worden.
Het is zelfs zo dat het Koninklijk besluit van 25 november 1996 op diverse punten een versoepeling betekende in vergelijking met het tot dan toe bestaande regime.

Indien P. haar goede trouw wil bewijzen dan dient zij minimaal aan te tonen dat haar verstrekkingenregister conform was aan de reglementering zoals deze bestond voor de toepassing van het Koninklijk besluit van 25 november 1996. P. geeft geen verklaring voor de tegenstrijdigheid tussen de periode januari 1996 tot en met april 1996, waarvoor zij bevestigt dat de registers toen door haar per halve dag werden ondertekend (cfr. verslag dr. V. d.d. 11.12.1997 – Adm. dossier, stuk 1 – sub 4) en de periode daarna waarin zij dit geheel niet meer doet (het K.B. van 25.11.1996 versoepelt en voorziet slechts ondertekening per week).

Ter beoordeling van de goede trouw, werd dienvolgens in het bestreden vonnis ten onrechte een onderscheid gemaakt tussen de periode van 13 december 1996 tot 31 maart 1997 enerzijds en de periode van 1 juli 1997 tot 26 oktober 1997 anderzijds.

Het bijhouden van een verstrekkingenregister is één van de essentiële verplichtingen van de beroepscategorie waartoe P. behoort en de wijze waarop het register dient bijgehouden wordt in zeer heldere en eenvoudige bewoordingen beschreven in de artikelen 1 tot en met 3 van het Koninklijk besluit van 25 november 1996.

De door P. ingeroepen onwetendheid volstaat niet om de goede trouw te bewijzen; vereist wordt dat het niet weten of verkeerd begrip onoverkomelijk werd gemaakt door de omstandigheden buiten de wil om van de betrokkene. P. moet derhalve aantonen dat haar onwetendheid te wijten is aan een onoverkomelijke gebeurtenis waarop zij geen vat had en dat ze alles in het werk heeft gesteld om het foutief handelen te voorzien en te verhinderen.

P. heeft klaarblijkelijk systematisch haar persoonlijke verantwoordelijkheden doorgeschoven naar de zaakvoerder van de bvba V. zonder de verrichtingen van deze laatste nader op te volgen (door regelmatig nazicht en wekelijkse ondertekening van deze registers) en te corrigeren waar nodig.
P. heeft dus niet gehandeld als ieder redelijk en voorzichtig zorgverlener in dezelfde omstandigheden zou hebben gehandeld.

Tenslotte blijkt uit het verslag dat de geneesheer-inspecteur op 11 december 1997 opstelde, dat P. reeds in juni 1997 gehoord werd m.b.t. haar verstrekkingenregister en de manier waarop dat bijgehouden werd.
De geneesheer-inspecteur heeft P. bij deze gelegenheid op de verplichtingen in verband met het bijhouden van het verstrekkingenregister gewezen én haar uitgelegd hoe het register moest bijgehouden worden.

Niettemin stelde dezelfde geneesheer-inspecteur van het RIZIV, een vijftal maanden nadat hij P. op haar verplichtingen had gewezen, vast dat zij haar verstrekkingenregister nog steeds niet bijhield volgens de voorgeschreven reglementering.

Uit de verklaring die P. op 27 oktober 1997 aan de geneesheer-inspecteur aflegde blijkt dat zij samen met de zaakvoerder van de bvba V. in extremis nog een aantal registers retrograde heeft trachten te regulariseren.

Om alle voormelde redenen kan geen goede trouw in hoofde van P. weerhouden worden zodat de administratieve geldboete, zoals opgelegd bij beslissing van 24 november 1999, dient bevestigd te worden.

5.3.5. Onduidelijk beschikkend gedeelte van het bestreden vonnis

Gelet op de bevestiging van de administratieve beslissing van 24 november 1999 moet niet meer ingegaan worden op de door P. ingeroepen beroepsgrief inzake niet differentiëring van de administratieve geldboete naar de verschillende periodes waarop ze betrekking hebben.

5.3.6. Gerechtskosten

Met beroepsconclusie, neergelegd ter griffie op 20 november 2006, stelt het RIZIV incidenteel beroep in tegen het bestreden vonnis van de Arbeidsrechtbank te Mechelen van 13 september 2001 in zoverre elk der partijen veroordeeld werd tot de helft van de gedingkosten.

Overeenkomstig artikel 1017, tweede lid, van het Gerechtelijk Wetboek wordt het RIZIV in beginsel verwezen in de kosten van vorderingen die worden ingesteld door of tegen de gerechtigden.

P. die in haar hoedanigheid van verpleegkundige verhaal instelt tegen de beslissing waarbij haar een administratieve geldboete wordt opgelegd treedt niet op in de hoedanigheid van sociaal verzekerde of gerechtigde, maar wel in de hoedanigheid van zorgenverstrekker.
Dienvolgens is de algemene regeling zoals voorzien in artikel 1017, eerste lid, van het Gerechtelijk Wetboek van toepassing hetwelk bepaalt dat ieder eindvonnis de in het ongelijk gestelde partij verwijst in de kosten.

Overeenkomstig artikel 1017, derde lid, van het Gerechtelijk Wetboek kunnen de kosten worden omgeslagen zoals de rechter het raadzaam oordeelt wanneer de partijen omtrent enig geschilpunt in het ongelijk zijn gesteld.

Aan de initiële beoordeling van de door P. gepleegde inbreuken op het Koninklijk besluit tot vaststelling van de regelen inzake het bijhouden van een verstrekkingenregister door de zorgverleners, noch aan het principe van de opgelegde administratieve geldboete werd door de eerste rechters geraakt zodat de gerechtskosten integraal ten laste van P. dienen gelegd.

…

COUR DU TRAVAIL DE GAND, section de Bruges, 28 mars 2008

Président : M. HERMAN – Substitut-général : M. VAN NIEUWENHOVE

Loi sur l'emploi des langues en matière judiciaire, article 24 – Citations dans une langue autre que la langue de la procédure - Nullité

En vertu de l'article 24 de la loi sur l'emploi des langues en matière judiciaire, devant toutes les juridictions d'appel, il est fait usage pour la procédure de la langue dans laquelle la décision attaquée est rédigée.
L'acte d'appel doit dès lors être rédigé en néerlandais lorsque la procédure a été menée devant le tribunal du travail en néerlandais.

Les citations dans l'acte d'appel, qui font partie des griefs, et qui ont été exprimées en français sans traduction ni résumé de leur contenu, entraînent la nullité de l'acte d'appel.

S.P.R.L. L.M.B.R. c./INAMI

(R.G. n° 06/331)

…

3. Bespreking

3.1. Het tussenarrest van 28 december 2007 overweegt inzonderheid:

"Artikel 2 van de Taalwet Gerechtszaken bepaalt dat voor de arbeidsrechtbanken die hun zetel hebben in de provincie West-Vlaanderen, de gehele rechtspleging in betwiste zaken in het Nederlands wordt gevoerd. Artikel 24 van de Taalwet Gerechtszaken bepaalt dat, voor de rechtscolleges in hoger beroep, voor de rechtspleging de taal wordt gebruikt waarin de bestreden beslissing is gesteld.

Dit betekent dat *in casu* voor de akte van hoger beroep bedoeld in artikel 1057, van het Gerechtelijk Wetboek het Nederlands moet worden gebruikt.

Deze regel is op straffe van nietigheid voorgeschreven. De nietigheid moet ambtshalve door de rechter worden uitgesproken (art. 40, 1ste lid, Taalwet Gerechtszaken).

(…) Artikel 1057, 7°, van het Gerechtelijk Wetboek bepaalt dat de akte van hoger beroep, op straffe van nietigheid, de uiteenzetting van de grieven moet bevatten. Deze uiteenzetting moet dus op straffe van nietigheid van de akte van hoger beroep in het Nederlands zijn gesteld. Argumenten ter ondersteuning van een grief behoren zelf tot de grieven en moeten dus eveneens in het Nederlands zijn gesteld (Cass. 18.10.2004, *RABG*, 2005, 854, noot CLIJMANS, N.; Arbh. Gent, afd. Brugge, 28.4.2006, A.R. nr. 96/477, onuitg.). Hetzelfde geldt overigens voor feitelijke gegevens die ter ondersteuning van de gegrondheid van het hoger beroep worden vermeld (Cass. 5.12.2005, S. 05.0055.N, onuitg.).

(…) Op pagina 3 van de akte van hoger beroep komen drie geheel in het Frans gestelde paragrafen en twee deels in deze taal gestelde paragrafen voor, zonder vertaling".

3.2. In de beroepsakte wordt op bladzijde 3 het volgende weergegeven:

"De Eerste rechter heeft geheel ten onrechte geoordeeld dat de uitdrukkelijke motiveringsplicht niet geldt voor de 4 Koninklijke besluiten van 29 september 1992.
Verzoekster verwees eerder naar het vonnis van de Arbeidsrechtbank te Brussel d.d. 24 maart 1995 (onuitg. st. 2 verzoekster), dat terecht onderkende dat de koninklijke besluiten in kwestie eenzijdige (collectieve) rechtshandelingen zijn met individuele strekking, dewelke onder de uitdrukkelijke motiveringsplicht vallen van de Wet van 29 juli 1991:

> *"Attendu que dans le système actuel, basé sur la loi du 26 juin 1992, le Tribunal estime que les arrêtés précités entrent dans la catégorie des actes unilatéraux à portée individuelle.*
> *Qu'en effet, ces actes administratifs ne peuvent être considérés commes des actes réglementaires dans la mesure ou ils ne comportent pas de règle de droit comme semble vouloir le faire admettre l'INAMI.*

Que s'agissant d'actes administratifs à portée individuelle au sens de l'article 1er de la loi du 19 juillet 1991, le Roi se devait de fournir les motifs dans la préambule de chaque acte et ce conformément à l'article 2 de ladite loi'

Met de genoemde Arbeidsrechtbank te Brussel kan slechts worden vastgesteld dat de Koninklijke besluiten in kwestie zich beperken tot een verwijzing naar een advies van het Beheerscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering enerzijds en van de Raad van State anderzijds, terwijl er volgens de rechtbank "manifestement" geen sprake kan zijn van "une motivation claire, précise et concrète, c'est-à-dire ainsi que le souligne à juste titre Monsieur l'Auditeur de Travail, fournissant des données propres justifiant la fixation des facteurs Y et Z."

De eerste rechter heeft gemeend een "tegenstrijdige motivering" in het genoemde vonnis te moeten ontwaren, beweerdelijk omdat het geciteerde vonnis enerzijds "het particuliere toepassingsgebied" onderstreept van de Koninklijke besluiten, en anderzijds erkent dat het "over 'mesures collectives générales' gaat".
Daar is nochtans niets tegenstrijdig aan.

Van de voornoemde citaten in de Franse taal wordt noch de vertaling noch de weergave van de zakelijke inhoud gegeven. Alle voornoemde in het Frans gestelde en niet van een vertaling of weergave van de zakelijke inhoud vergezelde passages, waarin citaten uit een rechterlijke uitspraak worden weergegeven, maken deel uit van de grieven en dienden in het Nederlands te zijn gesteld. Het ware anders geweest indien zij een loutere toelichting bij de grieven zouden zijn geweest, *quod non.*

De nietigheid is van openbare orde en de nietigverklaring dringt zich op ook al is er geen belangenschade bij de geïntimeerde aanwezig.

De akte van hoger beroep is nietig.

…

TRIBUNAL DU TRAVAIL DE COURTRAI, 9 avril 2008

Président : M. HUL – Substitut-Auditeur du travail : M. DECLERCQ

Code judiciaire, article 1022, alinéa 3 – A.R. du 26.10.2007 fixant le tarif des indemnités de procédure visées à l'article 1022 du Code judiciaire et fixant la date d'entrée en vigueur des articles 1er à 13 de la loi du 21 avril 2007 relative à la répétibilité des honoraires et des frais d'avocat – Litige en matière d'incapacité de travail – Montant des indemnités de procédure

Le montant de base de l'indemnité de procédure peut, en vertu de l'article 1022, alinéa 3, du Code judiciaire, être réduit ou augmenté par le juge, à la demande d'une des parties, compte tenu de quatre critères : la capacité financière de la partie succombante pour diminuer le montant de l'indemnité ; la complexité de l'affaire ; les indemnités convenues contractuellement pour la partie qui obtient gain de cause ; le caractère manifestement déraisonnable de la situation.

La référence au précédent régime d'indemnités de procédure qui prévoyait entre autres une indemnité de procédure complémentaire ne justifie pas l'octroi au requérant du montant maximum de l'indemnité de procédure. Il s'agit en outre d'une constatation simple, de sorte que le montant de base doit être accordé.

D.B. c./INAMI

(R.G. n° 07/74215/A)

…

A. PROCEDURE – VOORWERP VAN DE VORDERING

Bij verzoekschrift neergelegd ter griffie op 13 december 2006 tekent eiser verhaal aan tegen de beslissing van 19 oktober 2006 van de gewestelijke commissie van de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit van de provincie West-Vlaanderen van verweerster waarbij hij vanaf 26 oktober 2006 niet meer arbeidsongeschikt werd erkend in de zin van artikel 100, § 1, van de gecoördineerde Wet van 14 juli 1994.

Eiser vordert om het beroep ontvankelijk en gegrond te verklaren en om de bestreden beslissing te vernietigen en te zeggen voor recht dat hij nog steeds meer dan 66% arbeidsongeschikt is.

Ondergeschikt vordert eiser de aanstelling van een geneesheer-deskundige.

Eiser vordert de veroordeling van verweerster tot de kosten van het geding.

…

B. BESPREKING

1. Bij tussenvonnis van 13 juni 2007 heeft deze rechtbank dokter B. aangesteld als deskundige met opdracht te adviseren of eiser vanaf 26 oktober 2006 en verder al dan niet ongeschikt was tot het verrichten van arbeid ter verkrijging van inkomsten op grond van de criteria vermeld in artikel 100, § 1, van de Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

De deskundige komt in zijn op 26 november 2007 ter griffie neergelegd verslag tot het besluit dat eiser vanaf 26 oktober 2006 en verder niet ongeschikt is tot het verrichten van arbeid ter verkrijging van inkomsten op grond van de criteria vermeld in artikel 100, § 1, van de Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

Er werden opmerkingen gemaakt op het verslag van de deskundige door eisers behandelend geneesheer waarop passend werd geantwoord.

In conclusies na deskundigenonderzoek stelt eiser dat hij zich niet kan akkoord verklaren met de bevindingen van de deskundige gelet op de opmerkingen van dokter B. op het voorverslag die echter reeds werden beantwoord door de deskundige.

Aangezien het verslag van de deskundige uitvoerig is gemotiveerd wordt dit advies bijgetreden.

Uit de bevindingen van de deskundige is gebleken dat eiser vanaf 26 oktober 2006 geschikt was tot het verrichten van arbeid ter verkrijging van inkomsten op grond van de criteria van artikel 100, § 1, van voornoemde Wet zodat terecht werd beslist om hem met ingang van 26 oktober 2006 niet meer arbeidsongeschikt te erkennen waardoor zijn verhaal ongegrond is.

2.1. Eiser heeft de toekenning van het maximumbedrag van de rechtsplegingsvergoeding gevraagd terwijl verweerster meent dat er geen redenen zijn om af te wijken van het basisbedrag.

Het basisbedrag van de rechtsplegingsvergoeding kan ingevolge het nieuw artikel 1022, derde lid, van het Gerechtelijk Wetboek door de rechter op verzoek van één der partijen enkel worden verminderd dan wel verhoogd – zonder de door de Koning bepaalde minimum- en maximumbedragen te overschrijden – rekening houdend met vier criteria, namelijk de financiële draagkracht van de verliezende partij om het bedrag van de vergoeding te verminderen, de complexiteit van de zaak, de contractueel bepaalde vergoedingen voor de in het gelijk gestelde partij en het kennelijk onredelijk karakter van de situatie.

De verwijzing door eiser naar de vorige regeling van de rechtsplegingsvergoeding waar onder meer in een aanvullende rechtsplegingsvergoeding was voorzien verantwoordt niet dat aan eiser het maximumbedrag van de rechtsplegingsvergoeding zou worden toegekend; bovendien betreft het een eenvoudige betwisting zodat hem het basisbedrag dient te worden toegekend.

…