Copie
Délivrée à: tribunal du travail francophone de Bruxelles
art. Autres
Exempt du droit de greffe - art. 280,2° C.Enr.

Expédition

Numéro du répertoire	Délivrée à
2016 / 176	le € JGR
Date du prononcé **13 janvier 2016**	
Numéro du rôle **2011/AB/963**	

Cour du travail de Bruxelles

huitième chambre

Arrêt

COVER 01-00000361047-0001-0023-01-01-1

SECURITE SOCIALE DES TRAVAILLEURS SALARIES - assurance-maladie-invalidité
Arrêt contradictoire
Question préjudicielle
Notification par pli judiciaire (art. 580, 2°C.J.)

CLINIQUE SAINT-PIERRE ASBL, dont le siège social est établi à 1340 OTTIGNIES, avenue Reine Fabiola 9,
partie appelante,
représentée par Maître VAN AUDENHAEGE loco Maître VASTMANS Marie, avocat à 1160 BRUXELLES,

contre

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE (INAMI), dont les bureaux sont établis à 1150 BRUXELLES, Avenue de Tervuren, 211,
partie intimée,
représentée par Maître SLEGERS Pierre, avocat à 1050 BRUXELLES,

*

* *

Vu la loi du 10 octobre 1967 contenant le Code judiciaire;

Vu la loi du 15 juin 1935 sur l'emploi des langues en matière judiciaire;

Vu le jugement du 15 septembre 2011,

Vu la requête d'appel du 17 octobre 2011,

Vu l'ordonnance de mise en état judiciaire du 1er décembre 2011,

Vu les conclusions déposées pour l'INAMI, le 2 mai 2012 et pour la Clinique Saint-Pierre, le 15 octobre 2012,

Vu les conclusions de synthèse déposées pour l'INAMI, le 12 février 2013,

Vu le renvoi au rôle à la demande des parties,

Vu l'ordonnance de mise en état judiciaire du 21 mai 2014,

Vu les conclusions déposées pour l'INAMI, le 1er décembre 2014 et pour la Clinique Saint-Pierre, le 19 janvier 2015,

Vu les conclusions de additionnelles déposées pour l'INAMI, le 20 mai 2015,

Vu les conclusions de synthèse déposées pour la Clinique Saint-Pierre, le 13 août 2015 et pour l'INAMI, le 30 octobre 2015,

Entendu les conseils des parties à l'audience du 25 novembre 2015,

Entendu Madame G. COLOT, Avocat général, en son avis auquel il n'a pas été répliqué.

* * *

I. FAITS ET ANTECEDENTS

1. L'INAMI a procédé en 2009 au contrôle de certaines dépenses effectuées par la Clinique Saint-Pierre durant l'année 2006.

L'INAMI a, le 17 septembre 2009, ordonné le remboursement d'une somme de 257.652,69 Euros.

La lettre suivante a été notifiée à la Clinique Saint-Pierre :

> *« Dans le cadre de l'application du système des montants de référence (article 56ter de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994), nous vous communiquons le résultat individuel de votre institution sur base des données 2006 et selon la méthode 2006.*
>
> *En application du paragraphe § 5,1 a) relatif à la sélection des hôpitaux (étape 1) pour lesquels un montant à rembourser sera calculé, le total des différences positives et négatives pour votre institution s'élève à 45.857,46 Euros.*

Sur cette base, votre institution doit être retenue pour la seconde étape (calcul du montant à rembourser selon l'article 56ter § 5, 1 b).

En application du paragraphe § 5.1 b) relatif au calcul du montant effectif à rembourser (étape 2), le total des différences positives s'élève à 257.652,59 Euros.

Ce montant étant supérieur à 1.000 Euros, votre institution est redevable d'un montant de 257.652,59 Euros à verser sur le compte de l'INAMI 001-2122525-47 au plus tard pour le 15 décembre 2009, avec la communication suivante: "montants de référence 2009". (...)

A titre d'information, nous vous rappelons qu'en vertu de l'article 56ter §6 de la loi susmentionnée, les éventuelles contestations relatives à la composition du case-mix utilisé, aux dépenses réelles relatives au case-mix et aux éventuelles erreurs matérielles dans les calculs effectués peuvent être introduites par les hôpitaux auprès du Comité de l'assurance de l'Institut, par lettre recommandée adressée au service des soins de santé de l'Institut, dans un délai de trente jours calendrier à partir de la date de communication des résultats. Les contestations devront être motivées et justifiées par des éléments probants. »

2. La Clinique Saint-Pierre a introduit un recours auprès du Comité de l'assurance de l'INAMI.

Ce recours était ainsi libellé :

« Monsieur le Directeur Général,
Concerne : montants de référence, calcul 2009 - données 2006, méthode 2006.

Votre notification du résultat individuel de notre institution dans le cadre de l'objet précité a retenu notre meilleure attention. L'application de la méthodologie dite de 2006, telle que prévue par la législation, place la Clinique Saint-Pierre et ses médecins face à un remboursement de 257.652,69 Euros pour l'année 2006.
Si nos vérifications ne démontrent aucune erreur matérielle significative dans les calculs appliqués par vos services, nous souhaitons toutefois soulever plusieurs remarques qui en appellent au fond et à l'esprit du système.

Nous souhaitons souligner à quel point la sélection de la Clinique Saint-Pierre en phase 1, par comparaison aux montants de référence, est déterminée par ***l'inclusion de la physiothérapie dans la méthodologie 2006.*** *Notre structure de lits exclusivement aigus et notre convention de rééducation fonctionnelle pluridisciplinaire constituent des éléments* ***structurels*** *expliquant, par rapport à d'autres institutions, la raison d'une facturation plus importante de physiothérapie et à l'inverse d'une sous-facturation de kinésithérapie, pour des APR-DRG tels que les*

prothèses de hanches et de genoux. Nos calculs internes démontrent qu'en soustrayant les prestations de l'article 22 de la méthodologie 2006, ***nous ne serions en réalité pas sélectionnés.*** *Nous estimons dès lors non recevable d'être considéré comme hôpital déviant sur base de ces éléments, qui ne traduisent en aucun cas un comportement abusif de notre institution en matière de facturation, mais jouent pourtant un rôle majeur dans le système tel qu'il a été conçu par le législateur. Cela est d'autant plus arbitraire que le même législateur, conscient de l'effet pervers de cette situation, a adapté en ce sens le système des montants de référence à une date décidée par lui sans tenir compte, nous semble-t-il, du sort des institutions concernées dans la phase intermédiaire.*

Il en va de même pour le remplacement des médianes à zéro par la moyenne nationale. Nous regrettons que cette amélioration certaine de la méthodologie ne soit mise en œuvre ***qu'à partir des données 2009.***

Nous ne contestons pas l'intérêt de comparer une pratique individuelle à une pratique moyenne nationale, fut-ce par le biais des dépenses qui ne constituent pourtant pas un critère 'évidence based' sur le plan médical. Par contre, le choix du critère de la médiane comme seuil de remboursement, alors que la moyenne nationale majorée de 10% est le critère utilisé pour sélectionner les hôpitaux « déviants », nous paraît incorrect sur le plan statistique. Il nous aurait paru plus logique que le remboursement soit calculé sur la même base que celle de la sélection, comme c'était le cas du système dans sa première mouture. Cela avait le mérite de démontrer que plusieurs hôpitaux déviaient, peu ou prou et chacun dans des secteurs propres, de la pratique de référence, plutôt que d'imposer à un panel plus restreint de rembourser non seulement leur dépassement par rapport à la pratique de référence, mais également bien au-delà ! Nous soulignons au passage que d'une simple modification de la législation requérant l'usage du percentile 40 ou 25 plutôt que de la médiane, l'INAMI pourrait engranger très facilement quelques millions d'euros de plus alors que la déviation resterait toujours évaluée par rapport aux montants de référence. Nous estimons le choix de la médiane interpellant du point de vue méthodologique.

Il nous paraît également utile de vous informer que l'objectif de remise en cause des pratiques médicales est mis à mal par le fait que vos feedbacks ne descendent pas jusqu'au détail du code facturé. En effet, nous sommes contraints d'entamer des débats médicaux sur base d'hypothèses recourant soit aux codes les plus souvent facturés par APR-DRG, soit aux codes représentant les masses financières les plus importantes... Or, le caractère déviant d'une pratique peut tout aussi bien être attribué à un ensemble de codes moins courants, comment faire la part des choses sur base de la facturation ? Il serait pertinent et aidant de nous fournir le ***nombre moyen national de codes facturés par APR-DRG,*** *ne fut-ce que pour ceux pour lesquels nous nous situons au-dessus de cette moyenne.*

En complément au point précédent, un premier examen des résultats de la Clinique Saint-Pierre ne nous semble pas choquant sur le plan de la bonne pratique médicale.

L'analyse des causes probables de notre dépassement, ***outre la physiothérapie évoquée plus haut,*** *identifie les éléments suivants :*

- *59 potentiels évoqués (63%), 95 électro-encéphalogrammes (102%) et 57 holter de 24 heures (61 %) effectués pour 93 A VC avec infarctus.*
- *84 cathétérismes cardiaques (52%), 399 électro-cardiogrammes (248%), 66 analyses quantitatives (41%) et 69 holters de 24 heures (43%) effectués pour 161 affections circulatoires avec infarctus.*
- *393 présences du pédiatre en salle d'accouchement (35%) effectuées pour 1109 accouchements.*

Ces données nous paraissent faire partie d'une surveillance standard normale et proportionnée du patient, sans exagération par rapport à la pathologie à prendre en charge, et qualitativement défendables.

Pour l'ensemble de ces raisons nous plaidons pour l'exclusion de la physiothérapie et le remplacement des médianes nulles par la moyenne nationale dès à présent, l'examen du choix de la médiane sur le plan de l'équité entre institutions, et l'obtention de feedbacks plus détaillés au niveau du code facturé. »

3. Cette réclamation a été rejetée par le Comité de l'assurance de l'INAMI, le 30 novembre 2009.

L'INAMI a, par courrier recommandé du 3 décembre 2009, communiqué à la Clinique Saint-Pierre la décision du Comité de l'assurance, en y joignant une note résumant sa réponse aux divers arguments avancés par la Clinique Saint-Pierre.

4. La Clinique Saint-Pierre a saisi le tribunal du travail par requête contradictoire déposée le 31 décembre 2009.

Par jugement du 15 septembre 2011, la demande de la Clinique Saint-Pierre a été déclarée non fondée.

5. La Cliniques Saint-Pierre a fait appel du jugement par une requête déposée au greffe le 17 octobre 2011.

PAGE 01-00000361047-0006-0023-01-01-4

II. OBJET DE L'APPEL ET DES DEMANDES

6. La Clinique Saint-Pierre demande à la cour du travail de mettre à néant le jugement et de déclarer la demande originaire fondée. Elle demande si nécessaire à la cour du travail de poser différentes questions à la Cour constitutionnelle.

III. DISCUSSION

A. Le cadre juridique et l'objet de la discussion

7. Le litige concerne l'application du système dit des « montants de référence », dont question à l'article 56*ter* de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, tel que remplacé par l'article 50 de la loi du 19 décembre 2008 portant des dispositions diverses en matière de santé.

Comme relevé par le tribunal, le mécanisme des « montants de référence » constitue un contrôle *a posteriori* de certaines dépenses médicales effectuées pendant une période donnée par les hôpitaux, à charge du système des soins de santé, ce contrôle se fondant sur une comparaison entre les dépenses réelles de l'hôpital contrôlé et une moyenne nationale.

Cette mesure vise à la responsabilisation des hôpitaux quant aux coûts de certains actes médicaux pris en charge par l'assurance soins de santé et à éviter une surconsommation desdits actes médicaux.

8. Il n'est pas contesté que dans sa version applicable au présent litige[1], l'article 56*ter* était libellé comme suit :

> *« § 1er. Par dérogation aux dispositions de cette loi et de ses arrêtés d'exécution, des montants de référence sont appliqués annuellement par admission pour l'intervention de l'assurance octroyée à des bénéficiaires hospitalisés, en ce qui concerne les groupes de prestations visées au paragraphe 8, pour autant que celles-ci figurent dans les groupes APR-DRG visés au paragraphe 9. Est entendu par groupe APR-DRG : la classification des patients en groupes diagnostiques tels que décrits dans le manuel "All Patient Refined Diagnosis Related Groups, Définition manuel, version 15.0". Le Roi peut étendre l'application des montants de référence aux prestations dispensées au cours d'un séjour en milieu hospitalier qui donne lieu au paiement d'un forfait de journée comme visé dans l'accord en vigueur en application*

[1] Soit dans la version issue de l'article 50 de la loi du 19 décembre 2008 portant des dispositions diverses en matière de santé, avant sa modification par la loi du 10 décembre 2009 portant des dispositions diverses en matière de santé.

PAGE 01-0000036104?-0007-0023-01-01-4

de l'article 46, ou au cours de tout séjour donnant lieu au paiement d'un prix de journée d'hospitalisation.

§ 2. Ces montants de référence sont calculés pour les groupes APR-DRG visés au paragraphe 1er pour les classes 1 et 2 de gravité clinique, pour les groupes de prestations visés au paragraphe 8 et après suppression des "outliers" de type 2 visés dans les arrêtés pris en exécution de l'article 87 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987.

§ 3. Les montants de référence concernés sont égaux à la moyenne des dépenses par admission, majorée de 10 p.c., et sont basés sur les données visées à l'article 206, § 2, de la présente loi et à l'article 156, § 2, alinéa 2, de la loi du 29 avril 1996 portant des dispositions sociales.

§ 4. Les montants de référence concernés sont calculés annuellement par la cellule technique visée à l'article 155 de la loi du 29 avril 1996 portant des dispositions sociales, sur la base des données dont il est question au paragraphe 3 concernant les prestations visées au paragraphe 1er. Les montants de référence sont communiqués, en mai de chaque année, à la structure multipartite en matière de politique hospitalière visée à l'article 153 de la loi du 29 avril 1996 portant des dispositions sociales.
Les montants de référence annuels par admission sont fixés pour la première fois pour l'année 2006. Ils sont calculés annuellement sur la base des données visées à l'alinéa 1er concernant les admissions qui prennent fin après le 31 décembre de l'année précédente et avant le 1er janvier de l'année suivante.

§ 5. 1° La sélection des hôpitaux qui entrent en ligne de compte pour la réclamation effective des montants à rembourser et le calcul des montants effectifs à rembourser à l'Institut par les hôpitaux sélectionnés, à charge des honoraires portés en compte à l'assurance, sont déterminés par le mode de calcul suivant, scindé en deux parties :

a. Sélection des hôpitaux qui entrent en ligne de compte pour la réclamation effective des montants à rembourser :

- calcul par hôpital des différences entre, d'une part, les dépenses réelles afférentes aux admissions visées au paragraphe 1er, en tenant compte des limitations visées au paragraphe 2, et, d'autre part, les dépenses de référence calculées selon les modalités telles que mentionnées aux paragraphes 2, 3 et 4;
- totalisation par hôpital des résultats positifs et négatifs de ces calculs; seuls les hôpitaux pour lesquels le résultat de cette totalisation est positif entrent en ligne de compte pour le remboursement.

b. Calcul des montants effectifs à rembourser pour les hôpitaux sélectionnés sous a :

- calcul par hôpital des différences entre, d'une part, les dépenses réelles afférentes aux admissions visées au paragraphe 1er, en tenant compte des limitations visées au paragraphe 2, et, d'autre part, la dépense nationale médiane correspondante, par APR-DRG, par degré de gravité clinique 1 ou 2 et par groupe de prestations;

- toutes les différences positives des calculs effectués ci-dessus par hôpital constituent les montants effectifs à rembourser pour les hôpitaux sélectionnés sous a., pour autant que la somme de ces différences positives soit supérieure à 1.000 euros.

2° Les montants à rembourser par l'hôpital sont partagés entre le gestionnaire de l'hôpital et les médecins hospitaliers, conformément au règlement visé à l'article 135, 1°, alinéa 2, ou à l'article 136, alinéa 1er, de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987. (...)[2]

§ 8. Les groupes de prestations suivants sont pris en considération :

1° les prestations reprises à l'article 3, § 1er, A, II, et C, I, à l'article 18, § 2, B, e), et à l'article 24, § 1er, excepté les remboursements forfaitaires, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités;

2° les prestations reprises aux articles 17, § 1er, 1°, 2°, 3°, 4°, 5°, 6°, 7°, 8°, 9°, 10°, 11°, 12°, 17bis, 17ter et 17quater, excepté les remboursements forfaitaires, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 précité;

3° les prestations reprises à l'article 3, excepté les prestations en biologie clinique, à l'article 7, à l'article 11, à l'article 20 et à l'article 22, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 précité.

§ 9. Les groupes de diagnostic sont constitués sur la base des "All Patients Refined Diagnosis Related Groups, Définitions Manual, Version 15.0" :

1° APR-DRG 73 - Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie, APR-DRG 97 - Adenoidectomie et amygdalectomie, APR-DRG 179 - Ligature de veine et stripping,

[2] Les paragraphes 6 et 7 qui concernent respectivement des aspects de procédures et d'affectation des remboursements, sont étrangers au présent litige.

-DRG 225 - Appendicectomie, APR-DRG 228 - Cures de hernie inguinale et crurale, APR-DRG 263 - Cholécystectomie laparoscopique, APR-DRG 302 - Interventions articulation, rattachement membres des extrémités inférieures sans trauma, si le de nomenclature 289085 - Arthroplastie de la hanche avec prothèse totale (cotyle et fémorale) a été attesté, APR-DRG 302 - Interventions majeures articulation, rattachement membres des extrémités inférieurs sans trauma, si le code de nomenclature 290286 - Arthroplastie fémoro-tibiale avec prothèse articulée a été attestée, APR-DRG 313 - Interventions des membres inférieures et genoux excepté pied, si le code nomenclature 300344 - Arthroscopies thérapeutiques (méniscectomie partielle ou totale) a été attesté, APR-DRG 318 - Enlèvement matériel de fixation , APR-DRG 482 - Prostatectomie transuretrale, APR-DRG 513 - Interventions sur utérus/annexes, pour carcinome in situ et affections bénignes, si le code de nomenclature 431281 - Hystérectomie totale, par voie abdominale a été attesté, APR-DRG 513 - Interventions sur utérus/annexes pour carcinome in situ et affections bénignes, si le code de nomenclature 431325 - Hystérectomie totale, par voie vaginale a été attesté, APR-DRG 516 - Ligature tubaire par voie laparoscopie, APR-DRG 540 - Césarienne en APR-DRG 560 - Accouchement par voie vaginale, APR-DRG 024 - Interventions sur les vaisseaux extra crâniens, APR-DRG 072 - Interventions extraoculaires sauf sur les orbites, APR-DRG 171 - Autres motifs pour le placement d'un pacemaker permanent, APR-DRG 176 - Remplacement d'un pacemaker ou défibrillateur, APR-DRG 445 - Interventions mineures sur la vessie et APR-DRG 517 - et curetage, conisation.

2° APR-DRG 45 - Accident vasculaire cérébral avec infarctus, APR-DRG 46 - Accident vasculaire cérébral non spécifique avec occlusion précérébrale sans infarctus, APR-DRG 47 - Accident ischémique transitoire, APR-DRG 134 - Embolie pulmonaire, APR-DRG 136 - Affections malignes du système respiratoire, APR-DRG 139 - Pneumonie simple, APR-DRG 190 - Affections circulatoires avec infarctus, APR-DRG 202 - Angine de poitrine, APR-DRG 204 - Syncope et collapsus, APR-DRG 244 - Diverticulité et diverticulose, APR-DRG 464 - Lithiases urinaires, avec lithotripsie par ultrasons et APR-DRG 465 - Lithiases urinaires, sans lithotripsie par ultrasons.

§ 10. Afin de tenir compte de l'évolution dans les pratiques médicales et dans les différences de pratiques, le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des ministres et après avis de la Structure multipartite visée à l'article 153 de la loi précitée du 29 avril 1996, adapter les prestations visées au paragraphe 8 et les groupes APR-DRG visés au paragraphe 9.

§ 11. Pour les admissions qui prennent fin après le 31 décembre 2008, les paragraphes 1 à 10 s'appliquent moyennant les modalités suivantes : (....) »

Selon les travaux préparatoires, l'article 50 de la loi du 19 décembre 2008 vise à « réduire les différences de pratiques médicales à pathologie égale et de revoir, pour mieux atteindre cet

objectif, le système des montants de référence actuellement existant » (Doc. parl., Chambre, 2008-2009, Doc. 52-1491/001 et 52-1492/001, p. 34). Le système des montants de référence « pénalise financièrement et a posteriori les hôpitaux ayant des pratiques jugées anormalement coûteuses par rapport à un standard » (Doc. parl., Chambre, 2008-2009, Doc. 52-1491/006, p. 9).

9. La Clinique Saint Pierre soutient, pour l'essentiel, que l'article 56*ter*, tel qu'en vigueur depuis sa modification par l'article 50 de la loi du 19 décembre 2008, est inconstitutionnel. Elle en déduit que le montant du remboursement que l'INAMI lui demande de faire, manque de base légale et n'est, par conséquent, pas justifié.

Cet article 50 a déjà été l'objet d'un recours en annulation introduit par différentes associations de défense des médecins et par différents médecins, devant la Cour constitutionnelle qui l'a déclaré irrecevable, pour les motifs suivants :

> « *B.8.2. (....) Les montants à rembourser sont communiqués à chaque hôpital en septembre de chaque année et ces montants doivent être remboursés pour le 15 décembre de l'année de la communication (article 56ter, § 6, alinéas 1er et 2).*
>
> *Ce sont les hôpitaux qui doivent verser les montants à rembourser, le « versement des montants à rembourser [devant] s'opérer en un versement unique et global » (article 56ter, § 6, alinéa 2), et ce sont les hôpitaux qui pourront, le cas échéant, contester le remboursement devant le Comité de l'assurance (article 56ter, § 6, alinéas 3 à 5).*
>
> *B.8.3. Si les montants à rembourser par l'hôpital pourront être partagés entre le gestionnaire de l'hôpital et les médecins hospitaliers, conformément à ce qui sera précisé dans le règlement de l'hôpital relatif au fonctionnement du service de perception (règlement visé à l'article 135, 1°, alinéa 2, ou à l'article 136, alinéa 1er, de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, devenus les articles 149, 2°, alinéa 2, et 150 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 10 juillet 2008), ou, à défaut, conformément à l'article 151, alinéas 3 à 5, de la loi coordonnée sur les hôpitaux, le 10 juillet 2008 (article 56ter, § 5, 2°, tel qu'il a été modifié par la loi précitée du 10 décembre 2009), le système des montants de référence n'a toutefois comme destinataires directs que les institutions hospitalières, et non les médecins prestataires en milieu hospitalier.*
>
> *Même si la disposition attaquée prévoit un accord entre le gestionnaire de l'hôpital et les médecins sur les modalités de récupération, ou, à défaut, une clé de répartition supplétive, le ministre a précisé, en ce qui concerne les modalités de récupération, que l'hôpital est « l'interlocuteur direct de l'INAMI » (Doc. parl., Sénat, 2008-2009, n° 4-1010/2, p. 24).*

Bien que la disposition attaquée puisse avoir des répercussions financières indirectes sur la situation des requérants, il n'en demeure pas moins que ce sont les hôpitaux eux-mêmes qui sont directement atteints par cette disposition, et que des répercussions éventuelles sur les médecins à titre individuel ne sont ni déterminées ni déterminables sur la base de la seule disposition attaquée.

B.8.4. Les requérants, en ce qu'ils invoquent une atteinte aux intérêts des médecins par la sanction financière instaurée par la mesure attaquée, ne sont dès lors pas susceptibles d'être affectés directement et défavorablement par la disposition attaquée.

B.9.1. Les requérants invoquent également une atteinte à leur liberté thérapeutique ou à la qualité des soins de santé.

B.9.2. Les montants de référence correspondent à une moyenne des dépenses annuelles par admission, majorée de 10 p.c. (article 56ter, § 3).

En prenant en compte un montant moyen des dépenses nationales, le législateur a préféré instaurer non pas un système a priori de forfait théorique, mais un système a posteriori de moyenne, qui tend ainsi à se rapprocher au maximum de la pratique, en se fondant sur les montants qui ont été réellement facturés aux patients; le montant de référence est ainsi considéré comme un indicateur des dépenses qui ont été réellement nécessaires au cours d'une année, pour le traitement de pathologies courantes.

La disposition attaquée, en visant à mettre fin à une surconsommation médicale par la référence à une moyenne nationale de dépenses, en outre majorée de 10 p.c., ne porte pas atteinte aux obligations morales et professionnelles de médecins ou à la qualité des soins de santé. Toute autre conclusion reviendrait à considérer que la liberté thérapeutique et la qualité des soins de santé ne devraient en rien tenir compte des possibilités budgétaires.

B.9.3. Il découle de ce qui précède que la situation des requérants, en ce qui concerne leur pratique professionnelle, n'est pas affectée par la disposition attaquée.

B.10. Les requérants ne justifient pas de l'intérêt requis. Le recours en annulation est par conséquent irrecevable » (arrêt n° 60/2010 du 27 mai 2010).

La Cour constitutionnelle a, par ailleurs, été saisie par le tribunal du travail d'Audenarde d'une question préjudicielle portant sur l'article 56*ter* de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, avant son remplacement par l'article 50 de la loi du 19 décembre 2008.

Cette question était libellée comme suit :

« L'article 56ter de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, inséré par la loi du 22 août 2002, modifié par les lois du 24 décembre 2002, du 27 avril 2005 et du 27 décembre 2005, et remplacé par la loi du 19 décembre 2008 portant des dispositions diverses en matière de santé, viole-t-il les articles 10, 11, 12, 14, 16, 23 et 33 de la Constitution, combinés ou non avec les articles 6.1 et 7 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales et avec l'article 15 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques, en ce que :

- *le système des montants de référence contenu dans l'article précité est discriminatoire en raison de l'application dans le temps, qui a pour effet que les hôpitaux et prestataires de soins ne sont pas au courant des critères de référence et des montants qu'ils sont censés respecter lorsque les prestations sont accomplies et qu'il est établi une inégalité illicite par rapport au système de calcul 2009 ;*

- *le système des montants de référence établit une inégalité illicite entre les hôpitaux disposant d'un centre de revalidation agréé et les autres hôpitaux tarifant essentiellement des prestations de kinésithérapie, en reprenant les prestations de physiothérapie dans le système de calcul 2006 et en ne tenant pas compte du caractère spécifique de l'hôpital ;*

- *le mode de calcul est discriminatoire en ce que, pour fixer le montant à récupérer, il n'est plus tenu compte des dépenses de référence moyennes, mais des dépenses médianes sans compensation par les différences négatives ;*

- *dans l'interprétation selon laquelle l'article précité constitue une disposition pénale, en ce qu'il est réclamé un montant aux hôpitaux sélectionnés parce qu'ils s'écartent des montants de référence, en contradiction avec le principe de légalité et avec le principe de non-rétroactivité des peines ? ».*

Il a été répondu négativement à cette question par l'arrêt n° 33/2014 du 27 février 2014.

10. La Clinique Saint-Pierre suggère à la cour du travail de poser différentes questions préjudicielles à la Cour constitutionnelle. L'INAMI soutient que ces questions ne sont pas pertinentes et/ou qu'elles ont déjà trouvé réponse.

L'essentiel du litige concerne donc la question de savoir s'il incombe à la cour du travail d'adresser à la Cour constitutionnelle, les questions de constitutionnalité qui lui sont soumises par la Clinique Saint Pierre.

B. Position de la cour du travail

Observations préliminaires

11. En ce qui concerne l'obligation de poser une question préjudicielle, l'article 26, § 2 de la loi spéciale du 6 janvier 1989 précise :

> *« § 2. Lorsqu'une telle question est soulevée devant une juridiction, celle-ci doit demander à la Cour constitutionnelle de statuer sur cette question.*
>
> *Toutefois, la juridiction n'y est pas tenue :*
>
> *1° lorsque l'affaire ne peut être examinée par ladite juridiction pour des motifs d'incompétence ou de non-recevabilité, sauf si ces motifs sont tirés de normes faisant elles-mêmes l'objet de la demande de question préjudicielle ;*
>
> *2° lorsque la Cour constitutionnelle a déjà statué sur une question ou un recours ayant un objet identique.*
>
> *La juridiction, dont la décision est susceptible, selon le cas, d'appel, d'opposition, de pourvoi en cassation ou de recours en annulation au Conseil d'Etat, n'y est pas tenue non plus si la loi, le décret ou la règle visée à l'article 134 de la Constitution ne viole manifestement pas une règle ou un article de la Constitution visés au § 1 ou lorsque la juridiction estime que la réponse à la question préjudicielle n'est pas indispensable pour rendre sa décision ».*

On est ainsi amené à vérifier :

- si la question est pertinente, c'est-à-dire indispensable pour trancher le litige dont la juridiction est saisie,
- si elle a un caractère véritable c'est-à-dire si la constitutionnalité paraît suffisamment douteuse,
- si la question est utile, ce qui suppose que la Cour constitutionnelle ne se soit pas déjà prononcée sur une question ayant un objet identique.

Le tribunal du travail a considéré que « (ces) conditions doivent être réunies pour qu'une question préjudicielle puisse être posée à la Cour Constitutionnelle » (jugement 15ème feuillet), alors que l'article 26, § 2, énumère limitativement les hypothèses dans lesquelles la juridiction peut décider de ne pas poser une question préjudicielle. Le jugement dont appel semble avoir ainsi inversé le principe (à savoir l'obligation de poser les questions suggérées)

PAGE 01-0000036104?-0114-0023-01-01-4

et l'exception (à savoir les conditions strictes dans lesquelles la juridiction peut se dispenser de poser ces questions).

12. L'article 6 de la convention européenne des droits de l'homme, en ce compris le droit au juge, s'applique au contentieux constitutionnel.

Dans son arrêt prononcé le 23 juin 1993 dans l'affaire *Ruiz-Mateos c. Espagne*, la C.E.D.H. a reconnu l'applicabilité des garanties du procès équitable aux procédures du contentieux de constitutionnalité[3].

Ainsi, lorsqu'il use de son pouvoir de « filtrer » les questions préjudicielles, le juge qui n'est pas habilité à trancher lui-même la question de constitutionnalité, doit avoir égard au fait que sa décision est susceptible de restreindre la garantie d'accès à un juge telle qu'elle découle de l'article 6, § 1er, de la Convention européenne des droits de l'homme. Une certaine prudence s'impose donc.

En l'espèce, cette prudence s'impose d'autant plus que, comme dans l'affaire *Ruiz-Mateos c. Espagne*, il apparaît que soulever des questions de constitutionnalité est le seul moyen dont dispose la Clinique pour contester la réclamation de l'INAMI et assurer la protection de ses droits : la C.E.D.H. a admis que dans une telle situation, « les instances civiles et constitutionnelles apparaissent .... à ce point imbriquées, qu'à les dissocier on verserait dans l'artifice et l'on affaiblirait à un degré considérable la protection des droits... » (arrêt *Ruiz-Mateos c. Espagne* du 23 juin 1993, point 59).

13. Enfin, sur le plan de la charge de la preuve, on ne perdra pas de vue que c'est à la partie qui soutient que les questions ne doivent pas être posées qu'il revient de démontrer que les conditions des dérogations prévues par l'article 26, § 2, précité sont remplies.

---

[3] Voy. aussi C.E.D.H., décision *Jankovic c. Croatie* du 12 octobre 2000 ; C.E.D.H., décision *Hesse-Anger et Anger c. Allemagne* du 17 mai 2001 ; C.E.D.H., arrêt *Trickovic c. Slovénie* du 12 juin 2001 ; C.E.D.H., décision *Mladenic c. Croatie* du 14 juin 2001 ; C.E.D.H., arrêt *Diaz Aparicio c. Espagne* du 11 octobre 2001 ; C.E.D.H., décision *Acimovic c. Croatie* du 18 octobre 2001 ; C.E.D.H., arrêt *Mianowicz c. Allemagne* du 18 octobre 2001 ; C.E.D.H., décision *Thieme c. Allemagne* du 15 novembre 2001 ; C.E.D.H., arrêt *Kind c. Allemagne* du 20 février 2003 ; C.E.D.H., décision *Soto Sanchez c. Espagne* du 20 mai 2003 et arrêt *Soto Sanchez c. Espagne* du 25 novembre 2003 ; C.E.D.H., arrêt *Trippel c. Allemagne* du 4 décembre 2003 ; C.E.D.H., arrêt *Voggenreiter c. Allemagne* du 8 janvier 2004 ; C.E.D.H., arrêt *Gorraiz Lizarraga et autres c. Espagne* du 27 avril 2004 (concernant l'égalité des armes dans le cadre de la procédure de question préjudicielle d'inconstitutionnalité), jurisprudence citée par F. TULKENS, « Convention européenne des droits de l'homme et Cours suprêmes », accessible via le site du Conseil constitutionnel français ; voy. aussi P. MARTENS, « Les principes constitutionnels du procès dans la jurisprudence récente des juridictions constitutionnelles européennes », *Les Cahiers du Conseil constitutionnel*, n° 14, 2003, pp. 105 et s..

Pertinence des questions préjudicielles

14. La disposition qui autorise le juge à ne pas poser une question préjudicielle si la réponse n'est pas indispensable à la solution du litige, « ne constitue pas un moyen offert au juge du fond de contrôler de manière préliminaire la constitutionnalité de la norme » (C. HOREVOETS et P. BOUCQUEY, « Les questions préjudicielles à la Cour d'Arbitrage », Bruylant, 2001, p. 85, n° 67).

En l'espèce, dans la mesure où elles portent sur l'article 56*ter* de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, dont il a été fait application, en l'espèce, par l'INAMI, les questions proposées par la Clinique Saint Pierre sont pertinentes.

En effet, si l'inconstitutionnalité était avérée, la demande de remboursement formulée par l'INAMI n'aurait plus de base légale et devrait être écartée. La Clinique pourrait alors ne plus devoir rembourser le montant réclamé par l'INAMI.

Les questions préjudicielles sont donc pertinentes pour la solution à donner au litige.

Cette pertinence est, en l'espèce, encore renforcée par « la forte imbrication du litige constitutionnel et du litige civil » (voir CEDH, arrêt *Ruiz-Mateos c. Espagne* du 23 juin 1993).

En ce qu'il a conclu à l'absence de pertinence des différentes questions suggérées par la Clinique Saint-Pierre, le jugement doit être réformé.

Utilité des questions

15. L'exception tirée du fait que la Cour constitutionnelle s'est déjà prononcée sur une question ayant un objet identique, suppose la réunion de trois conditions.

Il faut que la règle en cause soit la même, que les griefs énoncés à l'égard de la règle soient identiques et que l'affaire portée devant le juge soit différente (voir C. HOREVOETS et P. BOUCQUEY, « Les questions préjudicielles à la Cour d'Arbitrage », Bruylant, 2001, p. 285, n° 270).

Lors de la modification du texte de l'article 26 de la loi spéciale du 6 janvier 1989, la portée restrictive du terme « identique » a été confirmée :

> « (l'auteur) *souligne que son amendement ne vise aucunement à permettre au Conseil d'Etat ou à la Cour de cassation de jouer sur l'interprétation d'un arrêt déjà rendu pour éviter d'interroger la Cour d'arbitrage. Il propose éventuellement, pour être plus précis, de remplacer, dans son amendement, les mots «même objet» par «objet identique». L'objectif est en effet de ne pas obliger à recommencer une procédure sur une question identique* » (Doc. parl., Sénat, Doc. 2-897/6, p. 340)

En l'espèce, les conditions évoquées ci-dessus ne sont pas remplies.

16. Dans son arrêt n° 33/2014 du 27 février 2014, la Cour constitutionnelle s'est prononcée sur l'article 56*ter* de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, avant son remplacement par l'article 50 de la loi du 19 décembre 2008 portant des dispositions diverses en matière de santé (voir en ce sens le point B.7.2. de l'arrêt)[4].

La Cour constitutionnelle s'est donc prononcée sur une disposition différente de celle applicable au présent litige.

Il n'y a pas lieu que la cour du travail interprète l'arrêt du 27 février 2014 aux fins de déterminer les justifications retenues par l'arrêt n°33/2014, qui pourraient être transposées en l'espèce à propos de l'article 56*ter* dans sa version modifiée par la loi du 19 décembre 2008.

Même s'il est probable que la Cour constitutionnelle fera, dans la présente affaire, référence à l'arrêt n° 33/2014, c'est à la Cour constitutionnelle et non à la cour du travail qu'il revient de dire dans quelle mesure les enseignements issus de cet arrêt sont, en fonction de l'évolution de la législation, transposables à la nouvelle version de l'article 56*ter*.

17. Il en est d'autant plus ainsi que les circonstances du litige sont différentes et que les griefs formulés ne sont pas les mêmes.

La première branche de la question ayant donné lieu à l'arrêt n° 33/2014, revenait à comparer deux législations successives, ce à quoi il a été répondu que « pour vérifier le respect du principe d'égalité et de non-discrimination, il n'est pas pertinent de comparer entre elles deux législations qui étaient applicables à des moments différents ». Une telle réponse ne tranche pas la question de la constitutionnalité de la nouvelle législation.

Par ailleurs, dans la seconde branche de la question, la Cour constitutionnelle était interrogée sur la comparabilité des « hôpitaux disposant d'un centre de revalidation agréé et les autres hôpitaux où les prestations de kinésithérapie prédominent ». Ces circonstances sont étrangères au présent litige.

Certes, les questions que la Clinique Saint-Pierre suggère de poser ne sont pas étrangères aux troisième et quatrième branches de la question ayant donné lieu à l'arrêt n° 33/2014 : il

[4] « B.7.2. La question préjudicielle doit être interprétée comme portant sur l'article 56ter tel qu'il était rédigé avant son remplacement par l'article 50 de la loi du 19 décembre 2008. En effet, il découle des motifs de la décision de renvoi et des circonstances de l'affaire que la version qui est d'application au litige au fond est celle qui est antérieure à cette modification de la loi ».

n'en reste pas moins que l'évolution de la législation pourrait conduire la Cour constitutionnelle à y répondre de manière différente, de même qu'en ce qui concerne la nature des sanctions les questions proposées suggèrent une autre approche que celle ayant donné lieu à l'arrêt n° 33/2014.

18. L'arrêt n°60/2010, quant à lui, est intervenu dans le cadre d'un recours en annulation de l'article 50 de la loi du 19 décembre 2008 : il concerne donc la disposition qui est au cœur du présent litige.

Il s'agit toutefois d'un arrêt de rejet par lequel la Cour constitutionnelle a déclaré le recours introduit par différents médecins et par différentes associations de médecins, irrecevable à défaut d'intérêt.

Cet arrêt a une autorité de chose jugée limitée.

Selon l'article 9, § 2, de la loi spéciale du 6 janvier 1989 sur la Cour constitutionnelle, « les arrêts ....portant rejet des recours en annulation sont obligatoires pour les juridictions en ce qui concerne les questions de droit tranchées par ces arrêts ».

La principale question de droit qui a été tranchée par l'arrêt n° 60/2010, concerne l'intérêt des médecins et des associations de médecins à agir en annulation devant la Cour constitutionnelle contre une mesure de responsabilisation qui, selon l'analyse qu'en a faite la Cour, ne les concerne pas directement mais concerne les hôpitaux.

La solution donnée à cette question de droit ne concerne pas le présent litige puisque dans le cadre de ce dernier, l'intérêt de la Clinique Saint-Pierre à contester la décision de l'INAMI en vue d'être dispensée du paiement de la somme de 257.652,69 Euros qui lui est réclamée, est certain.

Selon la doctrine, en présence d'un arrêt de rejet fondé sur un motif d'irrecevabilité, le juge « reste tenu de poser la question préjudicielle suggérée devant lui, dans la mesure où les questions de fond n'ont jamais été tranchées par la Cour » (C. HOREVOETS et P. BOUCQUEY, « Les questions préjudicielles à la Cour d'Arbitrage », Bruylant, 2001, p. 310, n° 293).

L'INAMI soutient que dans son arrêt n°60/2010, la Cour constitutionnelle aurait fait plus que trancher une question d'intérêt comme en témoignerait le fait qu'au point B.14.2. de son arrêt n° 33/2014, elle a cité un extrait du point B.9.2. de l'arrêt n°60/2010 afin de répondre à la première branche de la question.

La cour du travail ne partage pas ce point de vue : il n'est pas clair de savoir quel enseignement se dégage du point B.9.2. précité concernant la constitutionnalité du système de contrôle *a posteriori* dans la mesure où à première vue, la Cour constitutionnelle ne se réfère à ce point que pour rappeler l'objectif poursuivi par le législateur.

19. L'utilité d'interroger la Cour constitutionnelle demeure donc certaine.

Caractère véritable des questions

20. L'exception à l'obligation de poser les questions préjudicielles est prévue lorsque la disposition en cause ne viole manifestement pas la Constitution et/ou ne relève manifestement pas de la compétence de la Cour constitutionnelle.

Il n'est pas allégué que la Cour constitutionnelle ne serait pas compétente.

La constitutionnalité manifeste de la norme législative en cause, n'est pas démontrée, en l'espèce. Ce n'est d'ailleurs qu'au prix de diverses interprétations et recoupements des arrêts n° 60/2010 et 33/2014[5], que l'INAMI tente de démontrer la constitutionnalité de la norme : une telle démarche suffit, à elle seule, à démontrer l'absence de constitutionnalité manifeste.

Lors de l'appréciation du caractère véritable des questions, le juge doit s'abstenir de porter un jugement approfondi sur la constitutionnalité, car ce faisant il empiéterait sur la mission constitutionnelle de la Cour constitutionnelle

21. Pour le surplus, il y a lieu de relever que la première question concerne le respect du principe de non-rétroactivité de la loi qui en tant que garantie destinée à prévenir l'insécurité juridique, requiert que le contenu du droit soit prévisible et accessible, de sorte que chacun puisse prévoir, à un degré raisonnable, les conséquences d'un acte déterminé au moment où cet acte se réalise.

La méconnaissance du principe de non-rétroactivité, est susceptible d'entrainer une violation des articles 10 et 11 de la Constitution mais aussi de l'article 16 de la Constitution et de l'article 1er du premier protocole additionnel à la Convention européenne des droits de l'homme.

Selon la Cour européenne des droits de l'homme, le droit aux prestations versées par les régimes de sécurité sociale est, en effet, un droit patrimonial au sens de cet article 1er du premier protocole (C.E.D.H., Gde Ch., *Gaygusuz c. Autriche*, 16 septembre 1996, § 41; déc. *Stec.*, 20 juillet 2005, § 55). L'article 1 du premier protocole peut aussi trouver à s'appliquer en cas de récupération d'indu (voir CEDH, *Moskal c. Pologne*, 15 septembre 2009, n° 10373/05). En l'espèce, jusqu'à ce qu'intervienne la décision litigieuse, la Clinique pouvait légitimement croire qu'elle conserverait les montants versés pour 2006.

[5] Pour rappel, les questions litigieuses ne portent pas sur la même norme que dans l'arrêt n° 33/2014 et soulèvent des points différents du point tranché dans l'arrêt n° 60/2010.

La référence à l'article 1er du premier protocole paraît donc devoir s'imposer.

22. Cet article 1 pose certaines exigences quant à l'admissibilité des effets rétroactifs d'une loi (voir CEDH, *Pressos Compania Naviera S.A. et autres c. Belgique*, 20 novembre 1995, n° 17849/91).

Ces exigences sont susceptibles d'être plus contraignantes que celles qui résultent des dispositions constitutionnelles belges correspondantes[6].

En l'espèce, la disposition litigieuse qui date de décembre 2008 a pour effet d'imposer le remboursement de sommes versées en 2006 :

- elle pose incontestablement une question de rétroactivité : il ne pourrait être affirmé que sa constitutionnalité est manifeste;

- sa conventionnalité est également douteuse; compte tenu de l'article 26, § 4 de la loi spéciale du 6 janvier 1989, la cour du travail ne pourrait statuer sur la conformité de l'article 50 de la loi du 19 décembre 2008 avec l'article 1er du premier protocole sans interroger au préalable la Cour constitutionnelle sur sa conformité avec l'article 16 de la Constitution.

Ces motifs justifient à eux seuls, chacun séparément, que la Cour constitutionnelle soit interrogée.

Dès lors qu'adresser une question préjudicielle est une nécessité, il est vain de s'interroger sur l'intensité du doute que les autres questions proposées par la Clinique Saint-Pierre font naître à l'endroit de la Constitutionnalité de l'article 56*ter*.

23. Il s'impose donc d'interroger la Cour constitutionnelle, comme demandé par la Clinique Saint-Pierre. La première question sera toutefois amplifiée.

L'appel est, dans cette mesure, fondé.

POUR CES MOTIFS,

LA COUR DU TRAVAIL,

Statuant contradictoirement,

[6] C'est ainsi que dans l'affaire *Pressos Compania Naviera S.A.* la rétroactivité jugée contraire à l'article 1er du premier protocole avait reçu un brevet de constitutionnalité (voir Cour const., arrêt n° 25/90 du 5 juillet 1990).

Après avoir entendu l'avis non conforme du Ministère public,

Déclare l'appel recevable,

Avant dire droit, pose à la Cour constitutionnelle les questions préjudicielles suivantes :

- *L'article 56ter de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, tel que remplacé par l'article 50 de la loi du 19 décembre 2008 portant des dispositions diverses en matière de santé, viole-t-il les articles 10 et 11 ou 16 de la Constitution, combinés avec l'article 1er du 1er protocole additionnel à la Convention européenne des droits de l'homme et combinés avec les principes généraux du droit et plus particulièrement le principe de sécurité juridique et de non-rétroactivité de la loi,*
  - *en ce qu'il a pour conséquence que les montants de référence pour l'année d'application ne sont connus des hôpitaux que trois années après que les prestations prises en considération pour le calcul des montants de référence aient été effectuées, ce qui les empêche d'adapter leur comportement en temps utiles ;*
  - *en ce qu'il prévoit que les montants de référence sont calculés par groupe de prestations et non par prestation de nomenclature;*
  - *en ce qu'il a été inséré dans sa version actuelle par l'article 50 d'une loi du 19 décembre 2008 portant des dispositions diverses en matière de santé, et qu'il prévoit que les montants de référence annuels par admission sont calculés pour la première fois pour l'année 2006 et donc de manière rétroactive ?*

- *L'article 56ter, § 1er, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, tel que remplacé par l'article 50 de la loi du 19 décembre 2008 portant des dispositions diverses en matière de santé, viole-t-il les articles 10 et 11 de la Constitution, en ce qu'il exclut pour les montants de référence les hospitalisations de jour et les prestations réalisées sur un patient dans une période qui suit son hospitalisation (période de carence) alors que rien ne justifie cette exclusion ?*

- *L'article 56ter, § 1er, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, tel que remplacé par l'article 50 de la loi du 19 décembre 2008 portant des dispositions diverses en matière de santé, viole-t-il les articles 10 et 11 de la Constitution, combiné avec le principe de proportionnalité*
  - *en ce qu'il traite de manière identique des hôpitaux se trouvant dans une situation différente, notamment en ce qui concerne le profil de la patientèle, l'hinterland de l'hôpital (ville/campagne) et le type d'hôpital (1ère ligne, 2ème ligne, 3ème ligne) ;*

- *en ce qu'il exclut les prestations de physiothérapie pour cinq groupes de diagnostics (APR-DRG) dans les prestations devant être prises en considération pour le calcul des montants de référence à partir de l'année d'application 2009 alors que rien ne justifie que pour les années d'application 2006, 2007 et 2008 ces prestations soient au contraire, incluses pour le calcul des montants de référence ?*

- *L'article 56ter, § 5, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, tel que remplacé par l'article 50 de la loi du 19 décembre 2008 portant des dispositions diverses en matière de santé, viole-t-il l'article 16 de la Constitution ou l'article 1er du Protocole additionnel à la Convention européenne des droits de l'homme ou le Pacte international relatif aux droits civils et politiques, combinés ou non avec les articles 10 et 11 de la Constitution et le principe de proportionnalité, en ce qu'il prévoit un système de calcul du montant effectif à rembourser qui entraine une disproportion manifeste et dépourvue de tout caractère raisonnable entre les dépassements constatés au stade de la sélection des hôpitaux et le montant effectif qui doit être remboursé par les hôpitaux sélectionnés ?*

- *L'article 56ter de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, tel que remplacé par l'article 50 de la loi du 19 décembre 2008 portant des dispositions diverses en matière de santé, viole-t-il les articles 10, 11 et 23 de la Constitution, combinés avec le principe de proportionnalité en ce qu'il sanctionne les hôpitaux en cas de dépassement des montants de référence à l'exclusion des médecins prescripteurs alors que les hôpitaux ne sont pas responsables de la surconsommation sanctionnée à l'inverse des médecins prescripteurs ?*

- *L'article 56ter de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, tel que remplacé par l'article 50 de la loi du 19 décembre 2008 portant des dispositions diverses en matière de santé, viole-t-il les articles 10, 11, 16 et 23 de la Constitution, combinés avec l'article 6 de la Convention européenne des droits de l'homme, les principes généraux du droit et, plus particulièrement, du procès équitable, de proportionnalité et de non bis in idem, en ce que, à supposer que l'imposition d'un remboursement en cas de dépassements des montants de référence doive être qualifié de sanction administrative, les garanties constitutionnelles et internationales entourant de telles sanctions et visées au moyen n'ont pas été prévues ?*

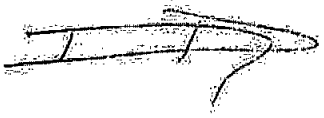
Dans cette mesure réforme le jugement,

Ordonne conformément à l'article 27, §1, de la loi spéciale du 6 janvier 1989, la transmission d'une expédition du présent arrêt au greffe de la Cour constitutionnelle,

PAGE 01-00000361047-0022-0023-01-01-4

Réserve les dépens.

Ainsi arrêté par :
Jean-François NEVEN, conseiller,
Dominique DETHISE, conseiller social au titre d'employeur,
Serge CHARLIER, conseiller social au titre d'employé,
Assistés de :
Alice DE CLERCK, greffier



Dominique DETHISE,

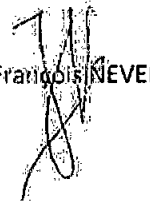
Serge CHARLIER,

Alice DE CLERCK,

Jean-François NEVEN,

et prononcé, en langue française à l'audience publique de la 8ème Chambre de la Cour du travail de Bruxelles, le 13 janvier 2016, où étaient présents :
Jean-François NEVEN, conseiller,
Alice DE CLERCK, greffier

Alice DE CLERCK,



Jean-François NEVEN,