

Numéros du rôle : 4688 et 4689
Arrêt n° 185/2009 du 12 novembre 2009

A R R E T

---

*En cause* : les questions préjudicielles relatives à l'article 174, alinéa 3, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, posées par le Tribunal du travail de Termonde.

La Cour constitutionnelle,

composée du président M. Bossuyt, du juge M. Melchior, faisant fonction de président, et des juges A. Alen, J.-P. Moerman, E. Derycke, J. Spreutels et T. Merckx-Van Goey, assistée du greffier P.-Y. Dutilleux, présidée par le président M. Bossuyt,

après en avoir délibéré, rend l'arrêt suivant :

\*

\*   \*   \*

### *I. Objet des questions préjudicielles et procédure*

Par deux jugements du 14 avril 2009 en cause respectivement de l'Union nationale des mutualités socialistes contre Greta Vercaeye et autres et de l'Alliance nationale des mutualités chrétiennes contre Lieve Smeets et autres, dont les expéditions sont parvenues au greffe de la Cour le 24 avril 2009, le Tribunal du travail de Termonde a posé la question préjudicielle suivante :

« L'article 174, alinéa 3, de la loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, tel qu'il doit être appliqué au présent litige, viole-t-il les articles 10 et 11 de la Constitution, combinés avec l'article 6 de la Convention européenne des droits de l'homme et avec l'article 14.1 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques,

lorsqu'il est interprété en ce sens que

pour les faits qui sont soumis aux chambres restreintes visées à l'article 141, § 2, et aux commissions d'appel visées à l'article 155, alinéa 3, le délai de prescription visé à l'article 174, alinéa 1er, 6°, de la même loi ne commence à courir qu'à la date à laquelle une décision définitive a été prise par les chambres restreintes ou par les commissions d'appel,

alors que

dans les cas dans lesquels les faits n'ont pas été soumis aux chambres restreintes visées à l'article 141, § 2, et aux commissions d'appel visées à l'article 155, alinéa 3, l'action fondée sur l'article 174, alinéa 1er, 6°, se prescrit par deux ans, à compter de la fin du mois,

sans que la chambre restreinte ou la commission d'appel doive prononcer une sanction ou démontrer que l'octroi indu de prestations est la conséquence de manœuvres frauduleuses dont est responsable celui qui en a profité

et que la récupération des prestations indûment octroyées est ainsi soumise à des délais de prescription différents au simple motif que les faits qui donnent lieu à récupération sont soumis aux chambres restreintes visées à l'article 141, § 2 ? ».

Ces affaires, inscrites sous les numéros 4688 et 4689 du rôle de la Cour, ont été jointes.

Des mémoires ont été introduits par :

- l'Union nationale des mutualités socialistes, dont le siège est établi à 1000 Bruxelles, rue Saint-Jean 32;

- l'Alliance nationale des mutualités chrétiennes, dont le siège est établi à 1031 Bruxelles, chaussée de Haecht 579;

- Nicole Deckers, demeurant à 9120 Haasdonk, Dennenlaan 15, Vera Bauckeland, demeurant à 9120 Beveren, Bergmolenstraat 30A, Annette Van Acker, demeurant à 9150 Kruibeke, Polderstraat 143, Hilde Van Duyse, demeurant à 9140 Tamise, Steendonckstraat 68, et la SC « Abri Care », en liquidation, représentée par son liquidateur, Nicole Deckers;

- le Conseil des ministres.

Des mémoires en réponse ont été introduits par :

- Nicole Deckers et autres;

- le Conseil des ministres.

A l'audience publique du 13 octobre 2009 :

- ont comparu :

. Me P. Slegers *loco* Me S. Libeer, avocats au barreau de Bruxelles, pour l'Union nationale des mutualités socialistes et pour l'Alliance nationale des mutualités chrétiennes;

. Me J. Van Damme *loco* Me M. De Boel, avocats au barreau de Gand, pour Nicole Deckers et autres;

. Me P. Slegers, qui comparaisait également *loco* Me L. Depré, avocats au barreau de Bruxelles, pour le Conseil des ministres;

- les juges-rapporteurs A. Alen et J.-P. Moerman ont fait rapport;

- les avocats précités ont été entendus;

- les affaires ont été mises en délibéré.

Les dispositions de la loi spéciale du 6 janvier 1989 relatives à la procédure et à l'emploi des langues ont été appliquées.

## II. *Les faits et les procédures antérieures*

En 1994, le Service du contrôle médical de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (ci-après : INAMI) a entamé une enquête à charge des prestataires de soins qui travaillaient dans un home de la SA « Abri ». Il était reproché à ces prestataires de soins d'avoir facturé davantage de soins infirmiers que ce qui est légalement autorisé. Dans plusieurs décisions de novembre et décembre 1997 ainsi que de mars 1998, la chambre restreinte de l'INAMI a déclaré ces préventions fondées. Après que l'INAMI eut informé les parties demandresses devant le juge *a quo* des prestations indûment facturées, ces parties ont demandé le remboursement des montants indûment payés.

Dans le cadre de cette procédure, le juge *a quo* pose la question préjudicielle précitée.

### III. En droit

- A -

A.1.1.1. Nicole Deckers, Vera Bauckeland, Annette Van Acker, Hilde Van Duyse et la SC « Abri Care » font d'abord valoir que la disposition en cause doit être interprétée en ce sens que la décision définitive de la chambre restreinte ou de la commission d'appel de l'INAMI constitue le point de départ du délai de prescription de deux ans concernant la récupération de prestations indûment octroyées pour autant seulement que la chambre restreinte ou la commission d'appel aient elles-mêmes été saisies dans les délais. Elles soulignent qu'en vertu de l'article 174, alinéa 1er, 10°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (ci-après : la loi AMI coordonnée), tel que cet article s'applique aux faits soumis au juge *a quo*, le Comité du Service du contrôle médical de l'INAMI ne peut déférer aux chambres restreintes que des faits qui ne sont pas antérieurs de plus de deux ans à leur constatation. Selon elles, il est également requis que les faits soient portés devant la chambre restreinte dans le délai fixé à l'article 174, alinéa 1er, 6°, de la loi AMI coordonnée, soit deux ans à compter de la fin du mois au cours duquel ces prestations ont été remboursées.

A.1.1.2. Selon ces parties, une autre interprétation de la disposition en cause permettrait au Comité du Service du contrôle médical de l'INAMI de faire naître en tout temps toute action en remboursement de soins de santé. Elles estiment qu'une telle interprétation crée une différence de traitement entre les prestataires de soins, certains se voyant privés de la garantie que des litiges éventuels seront traités dans un délai raisonnable. Pour ces parties, il n'existe pas de justification objective et raisonnable à cette différence.

A.1.1.3. Ces parties estiment encore que, dans cette interprétation, une seule des parties à un litige portant sur des récupérations de prestations dans le cadre de la loi AMI coordonnée serait privilégiée, à savoir les organismes assureurs, ce qui serait contraire à l'article 6.1 de la Convention européenne des droits de l'homme et à l'article 14.1 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques.

A.1.2.1. Nicole Deckers, Vera Bauckeland, Annette Van Acker, Hilde Van Duyse et la SC « Abri Care » font ensuite valoir que, même dans l'interprétation selon laquelle la disposition en cause ne peut s'appliquer qu'à des affaires soumises dans les délais à l'appréciation des chambres restreintes et des commissions d'appel, cette disposition est incompatible avec les articles 10 et 11 de la Constitution, combinés ou non avec l'article 6.1 de la Convention européenne des droits de l'homme et avec l'article 14.1 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques.

A.1.2.2. Selon ces parties, la disposition en cause fait naître une différence de traitement injustifiée entre, d'une part, les prestataires de soins qui ne sont pas déférés à la chambre restreinte ou à la commission d'appel et, d'autre part, les prestataires de soins qui sont déférés à ces autorités. Elles soulignent qu'il n'est pas fait de distinction, à cet égard, selon que l'intéressé est condamné ou non à une sanction.

A.1.2.3. Toujours de l'avis de ces parties, le fait qu'un nouveau délai de prescription de deux ans commence à courir, par suite du renvoi à la chambre restreinte ou à la commission d'appel, est contraire au droit à un procès équitable dans un délai raisonnable, garanti par l'article 6.1 de la Convention européenne des droits de l'homme et par l'article 14.1 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques. Selon elles, le Comité du Service du contrôle médical accorde l'avantage d'un délai de prescription plus long à une seule des parties à un procès portant sur la récupération de prestations, à savoir les organismes assureurs.

A.1.2.4. Nicole Deckers, Vera Bauckeland, Annette Van Acker, Hilde Van Duyse et la SC « Abri Care » concluent que la question préjudicielle appelle une réponse affirmative.

A.2.1. L'Union nationale des mutualités socialistes et l'Alliance nationale des mutualités chrétiennes exposent qu'en vertu de l'article 164 de la loi AMI coordonnée et de l'article 1382 du Code civil, elles demandent le remboursement des prestations indûment octroyées. Ces parties soulignent qu'aux termes de l'article 164 précité, le dispensateur de soins qui ne possède pas la qualification requise ou qui ne s'est pas conformé aux dispositions légales ou réglementaires rembourse la valeur des prestations octroyées indûment. Selon ces parties, elles ne pouvaient que constater, sur la base de la décision de la chambre restreinte, que des prestataires de soins n'avaient pas respecté la réglementation.

A.2.2. L'Union nationale des mutualités socialistes et l'Alliance nationale des mutualités chrétiennes exposent ensuite que la disposition en cause est conforme à la possibilité, instaurée par la loi du 7 juillet 1976 modifiant la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité, de récupérer auprès des prestataires de soins les prestations indûment payées, alors que précédemment le remboursement ne pouvait être demandé qu'aux bénéficiaires.

A.2.3. Selon ces parties, les organismes assureurs peuvent vérifier seulement dans une mesure limitée si des prestations pour lesquelles une intervention est demandée ont été effectuées de manière régulière; c'est l'INAMI qui procède à ces enquêtes fort longues et étendues. Les organismes assureurs étant les seuls à pouvoir demander le remboursement, il est logique, selon elles, que le délai de prescription ne commence à courir qu'à l'issue de la décision de la chambre restreinte : les organismes assureurs doivent attendre cette décision avant de savoir contre qui ils doivent intenter l'action en remboursement.

A.2.4.1. L'Union nationale des mutualités socialistes et l'Alliance nationale des mutualités chrétiennes renvoient également aux arrêts de la Cour n<sup>os</sup> 23/2003 du 12 février 2003, 31/2003 du 12 mars 2003 et 133/2004 du 22 juillet 2004. Selon ces parties, il ressort de cette jurisprudence que les délais de prescription particuliers fixés par l'article 174, alinéa 1er, 6<sup>o</sup> et 10<sup>o</sup>, de la loi AMI coordonnée, sont justifiés, eu égard à la nécessité d'une enquête étendue et détaillée de l'INAMI. Elles estiment que le même argument vaut également pour la disposition en cause.

A.2.4.2. Elles renvoient aussi à la jurisprudence de la Cour d'où il ressortirait que l'existence d'une procédure administrative peut exercer une influence sur le calcul du délai de prescription.

A.2.5. l'Union nationale des mutualités socialistes et l'Alliance nationale des mutualités chrétiennes estiment que la prolongation du délai de prescription ne viole pas les droits de défense des prestataires de soins concernés : en effet, elles peuvent mener toute défense devant le tribunal du travail, étant entendu que la décision de la chambre restreinte et de la commission d'appel concernant le caractère irrégulier de la prestation est contraignante.

A.2.6. Ces parties estiment enfin que le fait que la chambre restreinte ne prononce pas de sanction n'est pas pertinent : en effet, il suffit que la chambre restreinte constate que les faits sont prouvés et que les prestations étaient donc indues. Selon elles, le fait qu'il ne soit pas question de fraude n'est pas davantage pertinent dans le cadre de la prescription : en effet, la compétence de la chambre restreinte n'est pas limitée aux cas de fraude.

A.3.1. Selon le Conseil des ministres, la disposition en cause, qui prévoit une interruption de la prescription jusqu'à la clôture de la procédure devant la chambre restreinte et devant la commission d'appel, est conforme aux causes d'interruption de droit commun. Selon lui, il découle d'abord de ceci que la différence de traitement au sujet de laquelle la Cour est interrogée est inexistante : en effet, le juge *a quo* postulerait erronément que le délai de prescription diffère selon que les faits sont soumis à la chambre restreinte ou non. Selon le Conseil des ministres, le délai de prescription de droit commun en matière de récupération de prestations indûment facturées demeure d'application, mais ce délai est interrompu par la procédure engagée devant la chambre restreinte.

A.3.2. Le Conseil des ministres souligne encore qu'en vertu de l'article 2244 du Code civil, une citation interrompt la prescription, même si cette citation est donnée devant un juge incompétent (article 2246 du Code civil). La chambre restreinte étant compétente en l'espèce pour examiner les cas de prestations indûment facturées, le législateur pouvait, selon le Conseil des ministres, estimer que lorsque l'affaire est portée devant la chambre restreinte, cette circonstance - tout comme une citation - interrompt la prescription.

A.3.3. Selon le Conseil des ministres, c'est d'autant plus le cas parce que la procédure porte sur les moyens financiers de la sécurité sociale.

- B -

B.1.1. L'article 174, alinéa 1er, 6°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (ci-après : la loi AMI coordonnée), qui règle la prescription de la récupération de prestations indûment octroyées qui ont été supportées par l'assurance soins de santé, dispose :

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

B.1.2. L'article 174, alinéa 3, troisième phrase, de la loi précitée, tel qu'il s'applique aux faits portés devant le juge *a quo*, c'est-à-dire dans la version antérieure à sa modification par l'article 26 de la loi-programme (II) du 24 décembre 2002, dispose que « pour les faits soumis aux chambres restreintes visées à l'article 141, § 2, et aux commissions d'appel visées à l'article 155, alinéa 3, [ce] délai de prescription [...] ne commence à courir qu'à partir de la date où intervient une décision définitive desdites chambres restreintes ou commissions d'appel ».

B.2. Le juge *a quo* demande si l'article 174, alinéa 3, troisième phrase, précité, de la loi AMI coordonnée est compatible avec les articles 10 et 11 de la Constitution, combinés avec l'article 6.1 de la Convention européenne des droits de l'homme et avec l'article 14.1 du Pacte international relatifs aux droits civils et politiques.

B.3.1. La Cour est interrogée sur la différence de traitement de deux catégories de personnes : d'une part, celles auprès desquelles est récupérée la valeur de prestations indûment octroyées qui sont soumises aux chambres restreintes ou aux commissions d'appel et, d'autre part, celles auprès desquelles est récupérée la valeur de prestations indûment octroyées qui ne sont pas soumises aux chambres restreintes ou aux commissions d'appel. Alors que, pour la première catégorie de personnes, le délai de prescription de l'action en remboursement de la valeur de ces prestations indûment payées court à partir de la date à laquelle lesdites chambres restreintes ou commissions d'appel ont pris une décision définitive, le délai de prescription concernant la deuxième catégorie de personnes court à compter de la fin du mois au cours duquel ces prestations ont été remboursées.

B.3.2. Selon le Conseil des ministres, la différence de traitement serait inexistante puisque, dans les deux cas, le délai de prescription est de deux ans. Il ressort toutefois de ce qui précède que la Cour n'est pas interrogée sur la durée du délai de prescription mais sur le moment à partir duquel le délai de prescription court.

B.4.1. La disposition en cause est conforme à l'article 106, § 1er, alinéa 3, troisième phrase, de la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité. Elle a été insérée par l'article 10, alinéa 2, de la loi du 7 juillet 1976 modifiant la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité.

B.4.2. Cette modification législative s'inscrit dans une réglementation relative au remboursement, par des prestataires de soins, de prestations indûment payées. Alors qu'auparavant, les organismes assureurs devaient récupérer auprès de l'assuré les prestations indûment payées, le législateur a souhaité permettre qu'en cas de fraude ou d'irrégularités commises par des prestataires de soins, les organismes assureurs puissent réclamer à ceux-ci le remboursement des prestations indûment payées. Les travaux préparatoires mentionnent à ce sujet :

« Depuis assez longtemps déjà, certains organismes assureurs ont à diverses reprises fait observer qu'il leur semblait illogique et inéquitable qu'en cas de prestations payées indûment par suite de fraudes ou d'irrégularités commises par des prestataires de soins, l'organisme assureur, qui avait payé en toute bonne foi et à qui aucun reproche ne pouvait être adressé, était tenu :

- a) de réclamer le remboursement au bénéficiaire, qui lui aussi ne portait aucune responsabilité en la matière et
- b) de supporter dans ses frais d'administration les montants qu'il n'avait pu récupérer.

Les organismes assureurs en cause estimaient qu'il faudrait pouvoir comme en système tiers payant exiger le remboursement par le prestataire fautif ou négligent et que les sommes qui s'avèrent irrécouvrables ne viennent pas alourdir leurs frais d'administration.

Afin d'éviter que les organismes assureurs ne doivent prendre en charge des montants irrécouvrables dont le paiement indu ne résulte pas d'une faute, d'une erreur ou d'une négligence de leur part, il est indispensable de prévoir à l'article 124 que ces sommes ne sont pas considérées comme frais d'administration.

La compétence est donnée au Roi de préciser les conditions et les modalités qui doivent être remplies et respectées en la matière.

Il est également proposé de permettre la récupération des prestations payées indûment même lorsque la décision des Chambres restreintes ou des Commissions d'Appel intervient plus de deux ans après le remboursement des prestations litigieuses » (*Doc. parl.*, Chambre, 1975-1976, n° 877/1, pp. 3-4).

B.5.1. Les articles 141, § 1er, alinéa 1er, 9°, et 156 de la loi AMI coordonnée ont attribué aux chambres restreintes, instaurées par le Comité du Service du contrôle médical, diverses compétences à l'égard des prestataires de soins qui ne respectaient pas les dispositions légales ou réglementaires concernant l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. L'article 141, § 1er, alinéa 1er, 9°, de la loi AMI coordonnée, tel qu'il s'applique aux faits devant le juge *a quo*, dispose :

« Le Comité du Service du contrôle médical est chargé :

[...]

9° de déférer aux chambres restreintes visées au § 2, les constatations faites à charge des personnes ou des établissements autorisés à dispenser des prestations de santé qui sont susceptibles de faire l'objet des sanctions visées à l'article 156; ».

B.5.2. Les constatations qui peuvent entraîner l'application de l'article 156 précité portent sur des irrégularités concernant soit des prestations qui sont déclarées mais qui n'ont pas été réellement effectuées, soit des prestations qui ne sont pas conformes à la nomenclature des prestations médicales. L'article 156, tel qu'il s'applique aux faits devant le juge *a quo*, dispose à cet égard :

« Sans préjudice des poursuites pénales et disciplinaires éventuelles et indépendamment des dispositions des conventions ou des engagements prévus au titre III, les chambres restreintes visées à l'article 141, § 2, peuvent interdire aux organismes assureurs, pour une période allant de cinq jours à un an l'intervention dans le coût des prestations de santé lorsqu'elles sont dispensées par un dispensateur de soins qui ne se conforme pas aux dispositions légales ou réglementaires concernant l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Les chambres restreintes ne peuvent prendre de décision qu'après avoir entendu les intéressés; toutefois, s'ils s'abstiennent ou refusent de comparaître, les chambres restreintes peuvent valablement prononcer l'interdiction visée à l'alinéa précédent.

Il peut être interjeté appel de la décision auprès d'une des commissions d'appel prévues à l'article 155, alinéa 3.

[...] ».

B.6. Il ressort des travaux préparatoires cités en B.4.2 que le législateur souhaitait permettre la récupération de prestations d'un prestataire de soins indûment payées « même lorsque la décision des Chambres restreintes ou des Commissions d'Appel intervient plus de deux ans après le remboursement des prestations litigieuses » (*Doc. parl.*, Chambre, 1975-1976, n° 877/1, p. 4).

B.7.1. Un organisme assureur peut, après avoir effectué sa propre enquête, intenter une action auprès du tribunal du travail contre un prestataire de soins aux fins d'obtenir le remboursement de la valeur de prestations indûment payées. Dans ce cas, il doit démontrer que le prestataire de soins a commis une fraude ou des irrégularités.

Toutefois, l'organisme assureur peut aussi attendre l'enquête du Service du contrôle médical et, le cas échéant, la décision de la chambre restreinte et de la commission d'appel et intenter ensuite l'action auprès du tribunal du travail. Ces autorités se prononçant sur le respect des dispositions légales ou réglementaires relatives à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, l'organisme assureur peut dans ce cas suivre cette décision.

B.7.2. Lorsqu'il a déterminé le point de départ du délai de prescription de la récupération de prestations indûment payées auprès de prestataires de soins, le législateur pouvait raisonnablement tenir compte du fait que, dans la majorité des cas, c'est le Service du contrôle médical qui constate que des prestations ont été indûment payées. Le législateur pouvait également tenir compte du fait que des constatations faites à charge de prestataires de soins contre lesquels les peines visées à l'article 156 de la loi AMI coordonnée peuvent être prononcées sont déferées à la chambre restreinte. Par la disposition en cause, le législateur voulait éviter que, du fait de la durée de la procédure devant les chambres restreintes ou les commissions d'appel, la récupération soit prescrite avant que ces autorités aient pris une décision définitive.

B.8. La disposition en cause n'a pas davantage d'effets disproportionnés.

D'abord, excepté en cas de fraude, le délai de prescription est de deux ans pour des faits qui sont soumis aux chambres restreintes ou aux commissions d'appel, comme c'est le cas pour l'action en récupération de prestations indûment octroyées qui ne sont pas soumises aux chambres restreintes ou aux commissions d'appel.

Ensuite, en vertu de l'article 174, alinéa 1er, 10°, de la loi AMI coordonnée, telle qu'elle s'applique aux faits portés devant le juge *a quo*, les constatations de prestations irrégulières qui sont déférées par le Comité du Service du contrôle médical aux chambres restreintes doivent, à peine de nullité, avoir été faites dans un délai maximum de deux ans à compter de la date à laquelle les organismes assureurs ont reçu les documents relatifs aux faits litigieux. Par conséquent, la disposition en cause ne peut s'appliquer qu'à l'égard de prestataires de soins qui ne respectent pas les dispositions légales ou réglementaires concernant l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités et qui sont poursuivis pour ce fait devant les chambres restreintes du Comité du Service du contrôle médical dans les deux ans à compter de la date à laquelle les organismes assureurs ont reçu les documents relatifs aux faits litigieux. En outre, ces chambres doivent se prononcer dans un délai raisonnable.

B.9. La circonstance que le point de départ de la prescription est différé jusqu'à la décision définitive de la chambre restreinte ou de la commission d'appel, même lorsqu'aucune sanction n'est prononcée par celle-ci, ne conduit pas à une autre conclusion. Même si l'action en récupération de la valeur des prestations indûment octroyées peut être intentée à l'encontre d'un prestataire qui n'a pas été sanctionné par la chambre restreinte ou la commission d'appel, il n'en demeure pas moins qu'elle présuppose la recherche des infractions aux dispositions légales et réglementaires concernant l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. Comme il est mentionné en B.7.2, le législateur a pu légitimement tenir compte du fait que, en raison de la haute technicité de la matière en cause et des pouvoirs d'instruction reconnus au Service du contrôle médical de l'INAMI, les organismes assureurs laissent cette recherche en grande partie à ce dernier. Or, la possibilité pour les organismes assureurs de bénéficier de l'intervention du Service du contrôle médical de l'INAMI serait privée d'effet utile si, en y recourant, ceux-ci hypothéquaient leurs chances d'obtenir finalement le remboursement de la valeur des prestations indûment octroyées, ce que la disposition en cause entend précisément éviter.

B.10.1. Il ressort de ce qui précède que la disposition en cause est compatible avec les articles 10 et 11 de la Constitution.

B.10.2. Le contrôle au regard des articles 10 et 11 de la Constitution, combinés avec l'article 6.1 de la Convention européenne des droits de l'homme et avec l'article 14.1 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques, ne conduit pas à une autre conclusion.

B.11. Les questions préjudicielles appellent une réponse négative.

Par ces motifs,

la Cour

dit pour droit :

L'article 174, alinéa 3, troisième phrase, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, dans la version antérieure à sa modification par l'article 26 de la loi-programme (II) du 24 décembre 2002, ne viole pas les articles 10 et 11 de la Constitution, combinés ou non avec l'article 6.1 de la Convention européenne des droits de l'homme et avec l'article 14.1 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques.

Ainsi prononcé en langue néerlandaise et en langue française, conformément à l'article 65 de la loi spéciale du 6 janvier 1989, à l'audience publique du 12 novembre 2009.

Le greffier,

Le président,

P.-Y. Dutilleux

M. Bossuyt