

DECISION DU FONCTIONNAIRE-DIRIGEANT DU 22 MARS 2018
BRS/F/17-023

Concerne : **Monsieur A.**
médecin - spécialiste en anesthésiologie
Et
B. SPRL
Et
C. SPRL

Décision prise en vertu de l'article 143 §§ 1, 2 et 3 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

1 GRIEF FORMULE

Un grief unique a été formulé concernant le Dr A., suite à l'enquête menée par les inspecteurs du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI.

En résumé, il lui est reproché :

Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer des documents réglementaires permettant le remboursement des prestations de santé lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, dans ses arrêtés et règlements d'exécution, dans les conventions et accords conclus en vertu de cette même loi.

Infraction visée à l'art 73 bis 2° de la Loi ASSI coordonnée le 14 juillet 1994

En l'occurrence, il s'agit de prestations d'anesthésie portées en compte en dehors du milieu hospitalier, alors que l'article 12§3 5° prévoit que les honoraires pour les anesthésies générales ne sont dus que si ces anesthésies ont été effectuées en milieu hospitalier.

Lieu de l'infraction : ...

1.1 Base réglementaire

Annexe à l'Arrêté Royal du 14/09/1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Article 12 §3, 5°

Les honoraires pour les anesthésies générales ne sont dus que si ces anesthésies ont été effectuées en milieu hospitalier.

Article 12 §1 Honoraires pour les médecins spécialistes en anesthésiologie

1.2 Prestations en cause

Article 12 §1 : a) Anesthésie pratiquée au cours d'une prestation

"A.R. 22.1.1991" (en vigueur 1.1.1991) + "A.R. 27.2.2002" (en vigueur 1.3.2002)

200211 Classée dans une catégorie égale ou inférieure à K 180 ou N 300 ou I 350 et supérieure à K 120 ou N 200 ou I 250 K 72

201073 Classée dans une catégorie inférieure à K 120 ou N 200 ou I 200 et supérieure à K 75 ou N 125 ou I 125 K 45

1.3 Argumentation

La nomenclature des soins de santé est sans équivoque en son article 12,§3, 5° : les honoraires pour les anesthésies générales ne sont dus que si ces anesthésies ont été effectuées en milieu hospitalier.

Or ni D. ni les autres centres ne correspondent à la définition d'un milieu hospitalier. Les anesthésies générales ne peuvent donc pas y être facturées.

1.4 Conclusion

Le grief est formulé pour 42 prestations ventilées comme suit : 11 x 201073 K45 et 31 x 200211 K72, ceci pour un montant total indu de 5.081,87 EUR.

La période des prestations litigieuses s'étend du 25/01/2014 au 25/08/2015 (date d'introduction aux organismes assureurs du 22/07/2014 au 22/09/2015).

1.5 Tableau synoptique

Griefs	Référence	Codes NPS	Dates de prestations		Dates d'intro aux O.A.		Nbre de prest.	Nbre d'assurés	Indu	RV
			du	au	du	au				
Grief 1	Art. 12 & 1	200211	04-06-2014	25-08-2015	22-07-2014	22-09-2015	31		4.147,09 €	0,00 €
		201073	25-01-2014	16-04-2015	31-07-2014	31-05-2015	11		934,78 €	0,00 €
Prestations d'anesthésie portées en compte en dehors du milieu hospitalier										
Total							42	40	5.081,87 €	0,00 €

Pour ce grief, l'indu total a été évalué à 5.081,87 euros.

Le Dr A. n'a pas procédé au remboursement de l'indu.

2 DISCUSSION

2.1 Quant au fondement des griefs

2.1.1 A titre principal : sur la recevabilité de la demande de l'INAMI

Me E. soulève l'irrecevabilité de la demande car seuls les Tribunaux et Cours de l'ordre judiciaire seraient compétents et le Fonctionnaire-dirigeant du SECM n'aurait, en outre, pas une apparence d'indépendance.

2.1.1.1 SUR LE BIEN FONDÉ DE LA SAISINE DU FONCTIONNAIRE-DIRIGEANT ET L'INCOMPÉTENCE DES COURS ET TRIBUNAUX DE L'ORDRE JUDICIAIRE

2.1.1.1.1. Selon Me E., seules les juridictions de l'Ordre judiciaire seraient compétentes pour trancher la demande du SECM visant la condamnation de son client au paiement des prestations induement attestées. Il s'agirait selon lui d'une créance de nature civile relevant exclusivement de la compétence des juridictions de l'ordre judiciaire (article 144 de la Constitution).

De plus, l'article 164 de la loi ASSI confirmerait la compétence des juridictions de l'ordre judiciaire. Le Fonctionnaire-dirigeant du SECM n'aurait donc aucune compétence en la matière.

En outre, ce dernier n'aurait aucune compétence en tant que juridiction administrative ou en tant qu'autorité administrative exerçant les prérogatives de puissance publique, l'objet principal du litige étant, selon Me E., la récupération de l'indu. La Cour constitutionnelle n'aurait reconnu une compétence à l'ancienne commission de contrôle que dans le cadre de litiges de surconsommation.

Le SECM serait également incompétent pour récupérer les sommes indues.

2.1.1.1.2. Ces arguments d'incompétence ne sont pas fondés en droit :

Tout d'abord, la nature civile d'un droit ne résulte pas automatiquement de la circonstance qu'il a pour objet une somme d'argent. Un parallèle peut être fait avec les litiges portant sur la fixation des frais de justice. Ces litiges portent in fine sur la rémunération des experts judiciaires. Ils sont soumis à une juridiction administrative : la Commission des frais de justice (article 5 de la loi-programme du 27.12.2006). La Cour constitutionnelle a jugé que litige portant sur les frais de justice pouvait être qualifié de contestation portant sur un droit politique au sens de l'article 145 de la Constitution même s'il concerne la rémunération des experts (C.C., arrêt 188/2009 du 26.11.2009).

S'il est vrai que les contestations ayant pour objet des droits civils sont exclusivement du ressort des tribunaux de l'Ordre judiciaire (article 144 de la Constitution), les contestations ayant pour objet des droits politiques peuvent être confiées à d'autres juridictions par la loi (article 145 de la Constitution).

Aucune juridiction administrative ne peut être établie qu'en vertu d'une loi, selon l'article 161 de la Constitution.

Il en découle que « (...) *le constituant n'a pas réservé aux juridictions judiciaires le monopole de la fonction de juger : l'institution de juridictions distinctes de l'ordre judiciaire est expressément subordonnée à deux conditions : l'intervention du législateur, d'une part, la compétence circonscrite aux contestations portant sur des droits politiques, d'autre part (...)* » (P. LEWALLE, *Contentieux administratif*, Bruxelles, Larcier, 2008, 3^e éd., p. 350).

Dans un arrêt du 5 juin 2002, la Cour d'arbitrage considérait que confier des contestations portant sur des droits politiques à une juridiction administrative, plutôt qu'à une juridiction de l'ordre judiciaire, n'est **pas discriminatoire** (C.A., 5 juin 2002, n° 94/2002, *M.b.*, 14 août 2002).

Les contestations relatives à certaines infractions commises par les dispensateurs de soins et assimilés énoncées à l'article 73bis de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, figurent parmi les exceptions légales évoquées ci-avant.

Elles ont été expressément confiées par le législateur au Fonctionnaire-dirigeant du SECM, aux Chambres de première instance et aux Chambres de recours (articles 143 et 144 de la loi ASSI coordonnée le 14 juillet 1994).

Le législateur a même précisé que le jugement des contestations avec les dispensateurs de soins visées à l'article 73bis de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 relève de la compétence exclusive soit du Fonctionnaire-dirigeant du SECM, soit de ces juridictions administratives (l'article 142, §3, de la loi précitée).

Les Chambres de première instance, comme les Chambres de recours, ont une compétence de pleine juridiction pour connaître des infractions aux dispositions de l'article 73bis de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, ajoute l'article 144, §2, 1°, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994.

La Cour constitutionnelle a explicitement reconnu que le contentieux opposant le SECM à un dispensateur de soins, collaborateur du service public de l'assurance soins de santé, portent sur des *droits politiques* et non des droits civils.

A plusieurs reprises, la Cour constitutionnelle a souligné que les dispensateurs de soins étaient associés à l'application de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, qu'ils apportaient leur collaboration à un service public prévoyant une intervention publique dans les frais de prestations médicales, que le bon fonctionnement du système suppose que les dispensateurs de soins respectent les règles existantes en la matière et qu'ils évitent les prestations superflues ou inutilement onéreuses mises à charge de l'assurance soins de santé, que les contestations en cette matière ont pour objet l'appréciation du respect des obligations du prestataire de soins en tant qu'il collabore à un service public et que ces contestations se situent en dehors de la sphère des litiges de nature civile au sens de l'article 144 de la Constitution coordonnée (voy. C.A., 30 octobre 2001, n°133/2001, M.B., 21 décembre 2001, Ed. 3; C.A., 30 janvier 2002, n°26/2002, M.B., 29 mai 2002, Ed. 2; C.A., 5 juin 2002, n°94/2002, M.B., 14 août 2002, Ed. 2 et C.A., 12 juin 2002, n°98/2002, M.B., 17 août 2002, Ed. 2, voy. aussi la chronique publiée au B.I. Inami, 2012/2).

« B.6.3. L'objet des contestations en cause concerne donc l'appréciation du respect, par le dispensateur de soins, de ses obligations en tant qu'il collabore à un service public. Lorsque la commission d'appel statue sur un tel objet, elle agit dans l'exercice d'une fonction qui se trouve dans un rapport tel avec les prérogatives de puissance publique de l'Etat qu'elle se situe en dehors de la sphère des litiges de nature civile au sens de l'article 144 de la Constitution. Il s'ensuit qu'une contestation portant sur l'interdiction d'intervention dans le coût des prestations de santé est une contestation portant sur un droit politique. Le législateur pouvait donc, en application de la possibilité que lui offre l'article 145 de la Constitution, confier le contentieux relatif à un tel droit politique à une juridiction administrative disposant en la matière d'une compétence de pleine juridiction, créée en application de l'article 146 de la Constitution.

B.6.4. Compte tenu de l'article 145 de la Constitution, le fait d'attribuer la connaissance de litiges portant sur des droits politiques à une juridiction administrative plutôt que de confier ce contentieux à une juridiction de l'ordre judiciaire ne peut constituer une violation du principe d'égalité et de non-discrimination. »¹

En ce sens, et contrairement à ce que prétend Me E., que le prestataire fasse l'objet d'un dossier de surconsommation ou bien d'un dossier « réalité-conformité » ne modifie en rien la règle de principe énoncée par la Cour constitutionnelle, à savoir que le prestataire de soins collabore à un service public qui implique que le dispensateur de soins respecte les règles existantes.

Si le Fonctionnaire-dirigeant du SECM ne constitue pas une juridiction administrative, il reste qu'il peut prendre une décision en qualité d'autorité administrative (cf infra).

Cette position est confirmée par les travaux parlementaires de la loi du 13/12/2006 (M.b. 22/12/2006) :

« La seconde critique faite à la procédure actuelle est que le dispensateur n'a pas le droit de comparaître devant le Comité pour se faire entendre. L'information du Comité n'est possible que de manière indirecte, par le biais de ses auditeurs.

¹ C.A., 30 octobre 2001, n°133/2001, M.B., 21 décembre 2001, Ed. 3

Le projet institue dès lors deux juridictions administratives : la Chambre de première instance est composée d'un magistrat président et de 4 membres, 2 représentant les organismes assureurs, les 2 autres la profession du Comparant. Tous ont voix délibérative (art. 14 du projet).

En degré d'appel, la Chambre de recours se compose également d'un magistrat président et de quatre membres, deux représentant les organismes assureurs, les deux autres la profession du dispensateur. Ces 4 membres ont voix consultative (art. 14 du projet).

La constitutionnalité de ces juridictions administratives n'est plus discutable depuis que la Cour d'arbitrage a jugé que les obligations du dispensateur en tant que collaborateur de l'assurance maladie sont de nature politique et le contentieux sur cette matière peut être confié à des juridictions administratives (cf arrêts n°133/2001 du 30/10/2001, n°26/2002 du 30/01/2002 et n°98/2002 du 12/06/2002) »².

2.1.1.1.3. Concernant la récupération des prestations indues à charge du dispensateur de soins, la Cour constitutionnelle a clairement indiqué qu'il ne s'agissait pas du mécanisme classique de la répétition d'indu mais d'une action combinant une répétition d'indu et un régime spécial de responsabilité justifié par la nécessité de protéger les deniers publics (C.A., n°102/2000, 11.10.2000, B.I. Inami, 2001/1, p. 39 et C.A., n°26/2003, 19.02.2003, B.I. Inami, 2003/2, p. 173).

Pour le surplus, la Cour de cassation estime que *ni l'article 6.1 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950, « (...) ni aucune autre disposition conventionnelle ou constitutionnelle ne requièrent qu'une amende administrative, qui constitue une peine au sens de cette disposition, soit infligée et appréciée exclusivement par un juge de l'ordre judiciaire. Sauf lorsque les sanctions comportent une peine privative de liberté, il suffit que le contrevenant dispose d'un recours juridictionnel à part entière (...) »* (Cass., ch. réunies, 15 octobre 2009, C.09.0019.N/11, <http://jure.juridat.just.fgov.be>).

Un prestataire de soins de santé dispose d'un recours juridictionnel à part entière, par le biais des compétences respectives de la Chambre de première instance, de la Chambre de recours et du Conseil d'Etat.

Il résulte des dispositions précitées que le Fonctionnaire dirigeant est bien compétent pour connaître du présent litige.

Enfin, l'article 164 de la loi ASSI coordonnée n'est pas applicable en la matière dans la mesure où celui-ci prévoit expressément « *sous réserve de l'application des articles 142 §1 et 146...* ».

2.1.1.2 SUR L'INDÉPENDANCE ET L'IMPARTIALITÉ DU FONCTIONNAIRE-DIRIGEANT

Dans ses moyens de défense, Me E. soutient que le Fonctionnaire-dirigeant du SECM ne serait pas compétent pour trancher le litige, ne présentant pas les garanties d'indépendance et d'impartialité requises par l'art. 6 de la Convention européenne des droits de l'homme, en ce qu'il ferait partie intégrante de l'INAMI et ne serait pas nommé à vie, en ce qu'il n'y aurait pas de séparation fonctionnelle entre l'organe décisionnel et l'organe d'instruction, et enfin en ce qu'il serait à la fois juge et partie.

² Trav. Parl. Doc 51 2594/001, p. 44-45, <http://www.lachambre.be/FLWB/pdf/51/2594/51K2594001.pdf>

2.1.1.2.1 Sur les exigences de la Cour européenne des droits de l'homme qui ne sont pas les mêmes suivant qu'il s'agit d'un organe administratif et une juridiction

Le Conseil d'Etat a déjà jugé dans plusieurs arrêts³, que, suivant l'article 6 de la CEDH, les instances administratives qui infligent une sanction ne doivent pas répondre à toutes les exigences de l'article 6, §1 de la CEDH.

Il faut cependant qu'un recours soit possible contre la décision de l'autorité administrative auprès d'une juridiction ayant une compétence de pleine juridiction, dans le sens où la Cour EDH l'entend.

La position du Conseil d'Etat est qu'un recours devant une juridiction qui répond aux exigences de l'article 6, §1 de la Convention EDH doit être assuré, ce qui a été confirmé par la Cour constitutionnelle⁴ et la Cour de Cassation⁵.

En l'occurrence, la Chambre de première instance a bien une compétence de pleine juridiction pour examiner le dossier⁶.

S'il fallait considérer que le Fonctionnaire dirigeant ne présenterait pas toutes les garanties d'indépendance et d'impartialité requises par l'article 6 de la CEDH, la Chambre de première instance, juridiction administrative, a le pouvoir de réformer en tout ou en partie la décision du Fonctionnaire-dirigeant, sans devoir lui renvoyer l'affaire. La compétence de pleine juridiction de la Chambre de 1^{ère} instance lui permet de statuer elle-même quant au fond (article 144 §2 de la loi ASSI coordonnée le 14.07.1994).

La Chambre de première instance a adopté la même position⁷.

2.1.1.2.2 Sur l'indépendance et l'impartialité du Fonctionnaire-dirigeant du SECM

2.1.1.2.2.1. Les garanties de l'indépendance et de l'impartialité du Fonctionnaire-dirigeant sont assurées d'abord par le mode de recrutement qui est prévu par l'arrêté royal du 30 novembre 2003 relatif à la désignation, à l'exercice et à la pondération des fonctions de management ainsi qu'à la désignation et à l'exercice de fonctions d'encadrement et de fonctions de direction dans les institutions publiques de sécurité sociale (*M.b.* 16/12/2003).

Ainsi l'article 5, alinéa 2 de cet arrêté royal prévoit expressément que la personne ne doit pas nécessairement provenir de l'administration au sein de laquelle il postule et peut même faire valoir une expérience dans le privé :

« Les candidats à une fonction d'administrateur général, d'administrateur général adjoint ou à une fonction de management -1 doivent posséder une expérience de management d'au moins six ans ou avoir une expérience professionnelle utile d'au moins dix ans. Par expérience de management, il y a lieu d'entendre une expérience en gestion au sein d'un service public ou d'une organisation du secteur privé ».

Les articles 7, 8 et 10 de cet arrêté royal du 30/11/2003 exposent les règles de la sélection applicables au recrutement du Fonctionnaire-dirigeant du SECM. L'ensemble de ces règles garantit l'indépendance et l'impartialité

³ C.E., 17 novembre 2017, n°239.904

⁴ C. C., 18 février 2016, nr. 25/2016, B.40.1 et B.40.2

⁵ Cass. 15 octobre 2009, Arr. Cass. 2009, 584

⁶ Loi ASSI, art. 144, § 2

⁷ Kea, 21/03/2014, NA-007bis-13, p. 9,

http://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/rechtspraak_kea_verpleegkundige_20140321_2.pdf

2.1.1.2.2.2. Par ailleurs, la loi ASSI coordonnée le 14/07/1994 distingue elle-même le Fonctionnaire-dirigeant du SECM et le personnel d'inspection de ce service dont la composition est précisée à l'art. 146, §1^{er}, al. 2 de la loi ASSI :

« Par personnel d'inspection, on entend : les médecins-inspecteurs, les pharmaciens-inspecteurs, les infirmiers contrôleurs, et les inspecteurs ayant une autre qualification professionnelle.

Le personnel d'inspection est inspecteur social au sens de l'article 16, 1° du Code pénal social. Ils prêtent serment conformément à l'article 175. ».

Ce personnel d'inspection dispose d'un droit d'initiative pour procéder à toute enquête qu'il juge utile (loi ASSI, art. 146, §2), constate les infractions et notifie le procès-verbal de constat et l'invitation au remboursement volontaire (loi ASSI, art. 142, §2).

Le directeur régional et le personnel d'inspection de chaque service régional est placé sous la direction de deux médecins-inspecteurs généraux (loi ASSI, art. 151).

De son côté, le Fonctionnaire-dirigeant du SECM connaît des contestations visées aux art. 142, §3, 1° et 2° et 143 de la loi ASSI.

La loi distingue donc bien le travail du personnel d'inspection du SECM de celui du Fonctionnaire-dirigeant du SECM.

2.1.1.2.2.3. Factuellement, Me E. croit illustrer le fait qu'il n'y a pas eu de séparation fonctionnelle entre l'organe décisionnel et l'organe d'instruction en citant le courrier du 11/08/2016 qu'il attribue au Fonctionnaire-dirigeant du SECM et au terme duquel il est indiqué :

« Pour toutes ces raisons, le Service n'est pas du tout convaincu par les arguments que vous avancez en ce qui concerne les avantages sociaux et économiques de ce type de centres. En tout état de cause, un débat plus large sur les conditions dans lesquelles de tels centres peuvent continuer à fonctionner doit être mené. Ce débat doit impliquer non seulement l'assurance maladie, mais aussi le secteur hospitalier et le SPF Santé publique ».

Or, ce courrier est signé par Monsieur F., Fonctionnaire-dirigeant du Service des soins de santé de l'INAMI, et non par le Fonctionnaire-dirigeant du SECM.

En outre, Monsieur F. parle clairement au nom de son Service, le Service des soins de santé, dont le nom est clairement identifié à la première page du courrier, au dessus du cadre relatif aux correspondants. Ceci est confirmé par le fait qu'il ne parle manifestement pas au nom du SECM, puisqu'il écrit :

« En attendant, le Service ne voit aucune raison pour ne pas appliquer strictement la nomenclature en vigueur ou pour déconseiller au SECM de mener des actions ultérieures ».

Le Fonctionnaire-dirigeant du SECM ne peut pas se voir reprocher un courrier écrit par le Fonctionnaire-dirigeant d'un autre service et ne peut pas se voir reprocher d'avoir préjugé ou de ne pas être indépendant ou impartial.

2.1.2 A titre subsidiaire : sur le bien fondé de la demande de l'INAMI

2.1.2.1 LE COMPORTEMENT REPROCHE NE SERAIT PAS UNE INFRACTION

Dans les moyens de défense de Me E., il est stipulé que « *pour être constitutif d'une infraction, un comportement déterminé doit méconnaître une disposition de droit positif érigé en infraction avec l'intention de méconnaître cette norme ; Or, ce critère ne serait pas rempli en l'espèce* ».

Il y a lieu de répondre ce qui suit :

2.1.2.1.1. L'INFRACTION REPROCHEE EST UNE INFRACTION REGLEMENTAIRE.

Éléments matériels constitutifs de l'infraction - Remboursement de l'indu

Le dispensateur qui a porté en compte à l'assurance soins de santé des prestations non conformes, est tenu de rembourser la valeur des prestations concernées (art. 142 §1^{er}, 2^o de la loi coordonnée le 14 juillet 1994).

Il suffit que les éléments matériels constitutifs d'une infraction « réalité » ou « conformité », basée sur l'article 73bis de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, soient établis pour faire naître une obligation de remboursement de l'indu, sans qu'un quelconque élément moral (être animé d'une volonté délictueuse, ne pas faire preuve de bonne foi, agir librement et consciemment, etc.) ne soit requis.

Par ailleurs, la démonstration d'une cause de justification (contrainte, erreur ou ignorance, etc.) ne fait nullement disparaître l'obligation de remboursement de l'indu - vu que ladite obligation découle du seul non-respect de dispositions légales ou réglementaires, en particulier de la nomenclature des prestations de soins de santé, et est indépendante d'un quelconque élément moral - et ne peut avoir d'incidence que par rapport à une éventuelle amende administrative (*cf. infra*).

Lorsque des prestations sont portées en compte de l'assurance soins de santé en violation de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, un remboursement de la valeur des prestations s'impose d'autant plus que les conditions d'intervention de l'assurance soins de santé sont d'ordre public et d'interprétation stricte (Cass., 28 décembre 1988, *J.T.T.*, 1989, p. 23 ; Cass., 24 avril 1989, *Pas.*, 1989, I, p. 877 ; C. trav. Mons, 8 mai 1998, RG n° 13949, <http://jure.juridat.just.fgov.be>; C. trav. Mons, 26 juin 1998, RG n° 13567, <http://jure.juridat.just.fgov.be>; C. trav. Anvers, sect. Anvers, 13 février 2001, *B.I.*, 2001/2, p. 238 ; C. trav. Bruxelles, 10 avril 2003, RG n° 40091, <http://jure.juridat.just.fgov.be>; C. trav. Mons, 18 avril 2003, *B.I.*, 2003/3, p. 345 ; C. trav. Liège, sect. Liège, 24 février 2006, RG n° 32720-04, <http://jure.juridat.just.fgov.be>; C. trav. Bruxelles, 13 octobre 2010, RG n° 2007/AB/49671, <http://jure.juridat.just.fgov.be>).

Le Conseil d'Etat a par ailleurs rappelé à maintes reprises qu'il n'appartenait pas au prestataire de soins, fut-ce sous couvert d'interprétation téléologique, de modifier la nomenclature, de telles modifications ne pouvant être apportées que par les autorités compétentes et selon les procédures prévues par les dispositions législatives et réglementaires ayant pareil objet (C.E., arrêt n° 130.202 du 9 avril 2004, inédit ; C.E., arrêt n° 130.203 du 9 avril 2004, inédit ; C.E., arrêt n° 130.204 du 9 avril 2004, inédit ; C.E., arrêt n° 130.207 du 9 avril 2004, inédit ; C.E., arrêt n° 130.208 du 9 avril 2004, inédit ; C.E., arrêt n° 130.209 du 9 avril 2004, inédit).

Le non-respect de la nomenclature des prestations de soins de santé contraint dès lors le prestataire de soins à rembourser le montant des prestations indûment portées en compte de l'assurance soins de santé.

2.1.2.1.2. LES PRESTATIONS REALISEES A LA DDG SONT DES ANESTHESIES GENERALES NON ATTESTABLES EN MILIEU EXTRAHOSPITALIER (article 12§3, 5° de la NPS).

2.1.2.1.2.1. Remarque préalable

Le terme de « sédation » est très souvent utilisé à tort ou à tout le moins de manière ambiguë, pour décrire un ensemble de techniques tout à fait différentes qui vont de la simple anxiolyse à l'anesthésie générale.

2.1.2.1.2.2.

Les actes réalisés au sein de la D. dans le cadre de gastroscopies ou colonoscopies sont bien des anesthésies générales. Il suffit de lire les propos tenus par le Dr G., co-responsable avec le Docteur H. (gastro-entérologue) du centre D., lors de son audition du 13 novembre 2015.

Les termes employés sont en effet sans équivoque.

De fait, lors de cette audition du 13 novembre 2015, le Dr G. devait déclarer :

« (...) »

Vous me demandez de vous fournir la liste avec le numéro INAMI de tous les médecins anesthésistes qui travaillent dans le centre, ou qui y ont travaillé depuis 2012, ainsi que le nom et le numéro B C E de leur société pour ceux qui perçoivent les honoraires en société. Vous me demandez si la liste ci-dessous est complète

Je vous réponds:

Dr I.

Dr J.

Dr K.

Dr L.

Dr G.

Dr M.

Dr N.

Dr O.

Je vous donne la liste complète annexe 6, 1 page.

Vous me dites que nous allons parler des actes effectués en extrahospitalier et en particulier à la D. Vous me demandez de décrire ces actes, ainsi que la procédure pour un patient type.

Je vous réponds :

*Nous avons assisté ensemble à une procédure de **colonoscopie sous anesthésie générale**.*

Vous avez pu constater l'application des règles de sécurité répondant aux normes du «safety first» en terme de qualité des soins et de gestion des risques.

Le respirateur est Dräger, le monitoring comprenant NIBP, saturation, capno, ECG, température est un AS 3 Datex Méda. Le défibrillateur est présent et vérifié régulièrement, c'est un HP.

Il existe une salle de réveil avec monitoring.

Tous les gastro-entérologues ont une formation de soins intensifs, et sont donc aguerris aux **manceuvres de réanimation**. Et il existe un accord tacite avec la clinique ... qui se trouve en ambulance, à 5 minutes (SAMU) en cas d'urgence éventuelle.

Les pompiers ont vérifié lors de la construction, les procédures de facilité en cas d'urgence. Ils ont apprécié la facilité d'accès (double porte, rez-de-chaussée).

Vous avez pu aussi constater la **tenue rigoureuse du protocole d'anesthésie**. Le protocole comprend par ailleurs **les conditions de réveil** et la notification des incidents et des non incidents.

Il y a le projet d'une informatisation de celui-ci.

Je vous donne tous les documents avec toutes les procédures d'application dans le centre (annexe 4 11 feuilles) .

Je confirme la prise de trois photos, dans la salle d'intervention. Les photos sont sur votre i-phone; deux de **l'appareil d'anesthésie** et une des procédures d'urgence.

Le Docteur P., ancien propriétaire du centre, avait déjà envoyé et reçu une réponse à un courrier à l'INAMI, lui autorisant cette pratique au sein de la D. y compris sous anesthésie. Malheureusement ce document datant de 1987 a été détruit.

Vous m'informez du fait que la nomenclature des prestations des soins de santé en son article 12 au point 5° stipule, et vous citez : « 5° . Les honoraires pour les anesthésies générales ne sont dus que si ces anesthésies ont été effectuées en milieu hospitalier ». Vous me demandez si je connais ce texte légal

Je vous répons:

– Je connais ce texte, et vous informe que le texte Néerlandais est «verplegingsinrichting» qui n'est pas la même chose que milieu hospitalier .

Par ailleurs je vous remets un texte avec d'autres réflexions sur les anesthésies extra hospitalières, annexe 2 1 page.

–Nous allons préciser quelques points :

–Je vais vous faire parvenir un avis émis par l'ordre des médecins **qui autorise cette pratique d'anesthésie extrahospitalière**, à condition que les mesures de sécurité soient respectées.

(...)

Je cite :

« La commission parlementaire de la santé publique demande: l'Ordre des médecins peut il préciser **où une anesthésie générale peut se pratiquer**? Une anesthésie peut elle être pratiquée dans le cabinet privé d'un médecin ou d'un dentiste?

Avis du Conseil national:

L'endroit où se pratique **une anesthésie générale** est fonction du personnel qualifié et de l'équipement technique nécessaire à la bonne exécution de cette anesthésie, ainsi que des complications éventuelles.»

(...)

–Docteur H. et moi-même avons contacté (par courrier) le service de l'INAMI pour informer que l'on va reprendre un centre avec pratique d'anesthésie extrahospitalière, pour les endoscopies digestives. Nous n'avons reçu aucune réponse. Un rappel par recommandé a été effectué en 2011 après la reprise du centre. Nous n'avons reçu aucune réponse. Je vais vous fournir les preuves de ceci.

–Nous avons retrouvé un courrier du Docteur Q., anesthésiste prédécesseur qui avait contacté Madame R., expert en soins de santé annexe 3 1 page.

– Nous regrettons que la nomenclature est restée intacte depuis 1984, alors que la pratique clinique a évolué rapidement en termes d'efficacité, et de sécurité des actes de gastro-entérologie et d'anesthésie.

Le risque éventuel est prévenu et mieux géré.

– **Un autre point concerne la pharmacologie : les anesthésiques actuels (propofol en l'occurrence) en terme de pharmacocinétique, sont plus malléables, c'est-à-dire installation rapide est levée rapide de l'anesthésie.**

– **La pratique d'anesthésie extra hospitalière, comme à la DDG, contribue d'une manière considérable à l'économie nécessaire dans le budget de soins de santé (maxi forfait entre autre)**

– Je souhaite rajouter la discrimination envers notre discipline en extrahospitalier :

- 1- vis-à-vis de l'ophtalmologie : j'ai eu connaissance que la pratique de l'anesthésie pour les interventions de cataracte en extrahospitalier est autorisée et remboursée par l'INAMI.
- 2- vis-à-vis de la pratique hospitalière de l'anesthésie en dehors du quartier opératoire. Comment cela se fait-il qu'elle est autorisée et facturée en dehors du Q. O. alors qu'elle est pratiquée dans des polycliniques. Alors qu'elle ne l'est pas à la D., malgré tous les éléments de sécurité déjà portés à votre connaissance .

– Il y a plus de bénéficiaires en terme d'incapacité de travail pour nos patients, la durée de séjour n'étend ici que de maximum une heure, alors qu'à l'hôpital elle est de minimum une demi-journée.

– Je vous rappelle, et j'insiste sur notre relais auprès des médecins généralistes et spécialistes (cf. annexe 2).

– Je vous rappelle aussi notre contribution à la politique du dépistage du cancer colorectal.

– Imaginez vous les conséquences d'une confirmation de la décision possible de ne plus honorer les actes d'anesthésie extrahospitalière :

- 1- délétère sur la médecine libérale extrahospitalière et sur la politique de l'économie des soins de santé.
- 2- c'est la mise en péril du modèle socio-économique sur lequel est fondé notre activité depuis des années avec toutes les conséquences qui en découlent : 5 salariés, donc 5 familles, moi-même, je suis en extrahospitalier à 100 %, et d'autres collègues anesthésistes partiellement.
- 3- la conséquence de tout cela c'est la perte de confiance dans notre système de soins. Que faudra-t-il faire ? S'expatrier ?

- Je reconferme que vous comprenez bien qu'un investissement pareil a été fait de toute bonne foi et en n'imaginant pas une seconde qu'il puisse y avoir un problème de code de nomenclature d'anesthésie qui mettrait tout en péril. (...) ».

2.1.2.1.2.3.

En page 13 des moyens de défense de Me E., il est écrit :

Ainsi, à ce jour « on distingue plusieurs types d'anesthésie, l'anesthésie générale, la sédation et l'anesthésie régionale »¹⁹. Ce dernier type d'anesthésie permet d'endormir la seule partie du corps sur laquelle se déroule l'intervention chirurgicale. Il s'agit notamment de l'anesthésie péridurale (ou épidurale) de la rachidienne, ou encore du plexus brachial²⁰.

La sédation est une sorte d'anesthésie, plus légère que l'anesthésie générale, utilisée principalement lors d'explorations médicales désagréables ou douloureuses, comme l'endoscopie²¹.

(...) Données anonymisées

Sur ce point, il y a lieu de préciser que:

- Les phrases sont copiées des textes repris sur les différents sites internet auxquels il est fait référence en bas de page 13 des conclusions de Me E.
- La 1^{ère} phrase, prise hors contexte, pourrait faire croire que la sédation est autre chose que l'anesthésie générale. Or, il n'en est rien. En effet, dans le même texte, plus loin (voir réf 19 – site ... - texte complet repris juste ci-dessous), il est écrit que la sédation est une anesthésie générale plus légère. Les mesures de sécurité sont les mêmes que pour toute anesthésie générale. (Voir extrait du site de ... ci-dessous).

Texte entier anonymisé

La seconde phrase faisant référence au site PDF anesthésiologie des ... (réf. 21 bas de page 13 moyens de défense de Me E.) n'est **PAS** conforme au texte officiel. Elle a été retravaillée et ne reflète pas la réalité du texte original. En effet, il n'est pas écrit, comme le soutient Me E., que « la sédation est une sorte d'anesthésie ». Il est écrit que la sédation est une anesthésie générale plus légère, ce qui est totalement différent ! (voir extrait de ce PDF ci-dessous)

LA SÉDATION

La « sédation » est une anesthésie générale plus légère. Les mesures de sécurité seront les mêmes que pour toute anesthésie générale. La sédation sera utilisée surtout lors d'explorations médicales désagréables ou douloureuses, comme l'endoscopie.

- Sur le site des cliniques ..., plus spécifiquement du Service d'anesthésiologie, il est renseigné que la sédation est une anesthésie générale plus légère qui, comme l'anesthésie générale (AG), déprime la respiration et que les mesures de sécurité sont les mêmes que pour l'AG. La sédation est utilisée dans les explorations médicales endoscopiques peu douloureuses mais désagréables.
- Il en est de même sur les sites du ... (on y parle « d'analgo-sédation ») et du ... : voir les extraits des sites WEB repris ci-dessous :

Données anonymisées

- La sédation est bien une anesthésie comme le démontre également la consultation du site Web de la D.

Sur le site de la D., on peut lire en effet que le contrôle de la douleur lors d'une coloscopie peut se faire par une sédation qui consiste en une légère anesthésie avec injection par voie intraveineuse d'un produit qui place le patient en état de sommeil pendant la durée de l'examen, sans qu'il ne s'agisse d'une anesthésie générale profonde et qui est sous contrôle d'un anesthésiste aguerri. Au préalable, il y a une consultation anesthésie pour laquelle un questionnaire médical est rempli et où il est noté : technique d'anesthésie prévue : anesthésie générale légère.

Extrait du site de la D. item colonoscopie :

Qu'est-ce que la coloscopie ?

La **coloscopie** aussi connu sous le nom de **colonoscopie** est un examen qui permet d'étudier la paroi interne du colon. Elle recherche des polypes, La présence durable de sang dans les selles, L'apparition d'une anémie inexplicquée, La présence de douleurs abdominales récurrentes, La modification chronique du transit intestinal (constipation ou diarrhée persistante).l'existence d'un cancer, des diverticules, une inflammation ou infection...

Elle est recommandée dans le cadre du **dépistage du cancer du côlon** chez toute personne âgée de 50 ans ou plus

A l'aide d'une caméra miniaturisée (que le médecin introduit par voie anale), les parois de votre intestin sont examinées pour rechercher une cause à vos problèmes ou pour rechercher des polypes s'il s'agit d'un dépistage du cancer. L'examen, qui dure en moyenne 20 à 30 minutes, permet également de faire des prélèvements (biopsies) ou d'enlever des polypes.

Le contrôle de la douleur peut se faire par une sédation dite aussi déconnexion qui consiste en une légère anesthésie avec injection par voie intra-veineuse d'un produit qui vous place dans un état de sommeil pendant la durée de l'examen, sans qu'il ne s'agisse d'une anesthésie générale profonde. Ce procédé se fait sous le contrôle permanent d'un anesthésiste aguerri. En fin d'examen, vous vous réveillez presque immédiatement.

Attention : l'injection d'un calmant ou d'un anesthésique vous interdit la conduite d'un véhicule pendant toute la journée. Faites-vous donc accompagner ou choisissez un autre moyen de transport.

Extrait du site D. item anesthésiologie

Données anonymisées

Formulaire d'Anesthésie Clinique DDG Formulaire d'Anesthésie

Questionnaire d'Anesthésie

Nom:	Prénom:	Adresse:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Date de Naissance:	Taille:	Poids:
<input type="text" value="jj-mm-aaaa"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Médecin Traitant:	Téléphone:	email:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Technique d'Anesthésie Prévues : Anesthésie générale légère

Habite seul
 oui non

Retour à domicile accompagné
 oui non

Historique Médical :

Avez-vous subi des interventions chirurgicales ?
 oui non

Si oui, lesquelles et quand ? :

Le Propofol utilisé à la D. est un anesthésique intraveineux utilisé en anesthésie générale.
Extrait du site du Centre Belge d'Information Pharmaco-thérapeutique (CBIP) :

The screenshot shows the CBIP BCFI website interface. On the left is a navigation menu with categories from 10 to 18.1.1.1. The main content area displays search results for 'Propofol'. It includes a search bar with 'Kétamine' and 'Propofol' entered. Below the search bar are filters for 'PAR MARQUE' and 'PAR GROUPE', and buttons for 'Positionnement' and 'tout afficher'. A list of products is shown: Diprovan (Movianto), Propofol B. Braun (B. Braun), Propofol EG (Eurogenerics), and Propolipid (Fresenius Kabi). At the bottom, a section header reads '18.1.2. Opioïdes utilisés dans le cadre de l'anesthésie'.

2.1.2.1.2.4.

Dans ses moyens de défense, Me E. semble aller à l'encontre des déclarations du Dr G. en défendant l'idée que les actes réalisés lors de gastroscopies ou colonoscopies par les anesthésistes de la D. seraient en fait des sédations qui ne seraient dès lors pas soumises aux règles de l'article 12 §3, 5°. de la Nomenclature des prestations de santé.

2.1.2.1.2.5.

Si l'on devait suivre l'argumentation développée par Me E. dans ses moyens de défense, *quod non*, l'on devrait également d'office rejeter le remboursement de toutes les prétendues sédations réalisées au sein de la D.

En effet, la nomenclature ne prévoit à aucun endroit qu'une prestation de « sédation » puisse faire l'objet d'un remboursement.

Le seul endroit où il est fait référence à la notion de sédation dans la nomenclature, c'est en ophtalmologie dans le cadre d'une opération de la cataracte :

Prestations de l'art 12 (anesthésiologie) de la NPS :

« 201375 201386 Surveillance individuelle des fonctions vitales et non vitales d'un patient, par le médecin spécialiste en anesthésie réanimation, lors des prestations chirurgicales 246595-246606, 246912-246923 et 246610-246621 K 72

La sédation ou anesthésie (locale, régionale ou générale) effectuée dans le cas présent est comprise dans la prestation 201375-201386 et ne peut pas être attestée séparément.»

Le mot sédation repris dans le libellé du code 201375-201386 doit être compris dans le sens de l'administration d'un calmant, d'un sédatif provenant du latin sedare, calmer. Ce type de sédation n'est pas une anesthésie. En effet, dans le libellé, le mot 'ou' se trouve entre sédation et anesthésie.

De plus, ce qui est honoré dans le code 201375-201386, ce n'est pas la sédation ou l'anesthésie mais uniquement la surveillance des fonctions vitales et non vitales du patient par l'anesthésiste. La sédation ou anesthésie est incluse dans la prestation 201375-201389.

2.1.2.1.3. CHAMP D'APPLICATION DE L'ARTICLE 12 § 1^{er} DE LA NPS .

L'article 12 §1^{er} vise l'ensemble des anesthésies qui sont de la compétence exclusive des médecins spécialistes en anesthésiologie à savoir, les anesthésies générales ou loco régionales relevant de leur spécialité telles que les anesthésies rachidiennes, épidurales, ou du plexus brachial.

En son article 12 §1^{er}, la Nomenclature prévoit que les anesthésies qui sont de la compétence exclusive des médecins spécialistes en anesthésiologie sont remboursées par l'assurance en fonction du type de prestation pour laquelle elles sont effectuées.

Contrairement à ce que soutient Me E. dans ses moyens de défense, l'article 12 § 1^{er} n'opère pas de distinction entre les anesthésies générales, rachidiennes, épidurales, ou du plexus brachial et d'autres anesthésies.

En effet, il n'y a pas d'autre type d'anesthésie relevant de la spécialité en anesthésiologie que les anesthésies générales ou loco régionales énumérées (rachidiennes, épidurales, ou du plexus brachial).

Les anesthésies locales ne requièrent pas quant à elles, la qualification de médecin spécialiste en anesthésiologie. Elles sont réalisées par le dentiste, le dermatologue, le chirurgien ou n'importe quel autre médecin. Elles ne rentrent pas dans le cadre de l'article 12§1^{er} de la NPS.

Le terme utilisé sous le a) de l'article 12 §1^{er} de la NPS est le terme générique visant tous les types d'anesthésie repris plus loin dans ce même article.

Prétendre comme le fait Me E. en page 18 de ses moyens de défense que les anesthésies générales, rachidiennes, épidurales ou du plexus brachial ne seraient remboursées que lorsque la prestation pour laquelle elles sont effectuées a un nombre-clé inférieur à K 120, N 200 ou I 200 , soit une prestation de valeur moins élevée, est donc totalement fantaisiste. Il s'agit d'une lecture totalement erronée de la Nomenclature.

La Nomenclature n'introduit en effet aucune limitation au remboursement d'une anesthésie générale en fonction de la valeur financière de la prestation pour laquelle elle est effectuée.

Au contraire, ce que dit l'article 12, §1^{er}, c'est que toute anesthésie, générale, rachidienne, épidurale, ou du plexus brachial pratiquée au cours :

(...) d'une prestation :

"A.R. 22.1.1991" (en vigueur 1.1.1991) + "A.R. 27.2.2002" (en vigueur 1.3.2002)

<i>" 1400 200012 200023 Classée dans une catégorie supérieure à K 600 ou N 1000 ou I 1500</i>	<i>K 360</i>
<i>1401 200034 200045 Classée dans une catégorie égale ou inférieure à K 600 ou N 1000 ou I 1500 et supérieure à K 510 ou N 850 ou I 1000</i>	<i>K 300</i>
<i>1402 200056 200060 Classée dans une catégorie égale ou inférieure à K 510 ou N 850 ou I 1000 et supérieure à K 450 ou N 750 ou I 850</i>	<i>K 255</i>
<i>1403 200071 200082 Classée dans une catégorie égale ou inférieure à K 450 ou N 750 ou I 850 et supérieure à K 390 ou N 650 ou I 750</i>	<i>K 225</i>
<i>1404 200093 200104 Classée dans une catégorie égale ou inférieure à K 390 ou N 650 ou I 750 et supérieure à K 300 ou N 500 ou I 600</i>	<i>K 198</i>
<i>1405 200130 200141 Classée dans une catégorie égale ou inférieure à K 300 ou N 500 ou I 600 et supérieure à K 270 ou N 450 ou I 550</i>	<i>K 129</i>

...

1406 200152 200163 Classée dans une catégorie égale ou inférieure à K 270 ou N 450 ou I 550 et supérieure à K 240 ou N 400 ou I 450	K 117
1407 200196 200200 Classée dans une catégorie égale ou inférieure à K 240 ou N 400 ou I 450 et supérieure à K 180 ou N 300 ou I 350	K 105
1408 200211 200222 Classée dans une catégorie égale ou inférieure à K 180 ou N 300 ou I 350 et supérieure à K 120 ou N 200 ou I 250	K 72
1409 200255 200266 Classée dans la catégorie K 120 ou N 200	K 51
"	
"A.R. 22.1.1991" (en vigueur 1.1.1991)	
" 1410 201073 201084 Classée dans une catégorie inférieure à K 120 ou N 200 ou 200 et supérieure à K 75 ou N 125 ou I 125	K 45
1411 201110 201121 Classée dans une catégorie égale ou inférieure à K 75 ou 125 ou I 125 et supérieure à K 24 ou N 40 ou I 40	K 36
1412 201132 201143 Classée dans une catégorie égale ou inférieure à K 24 ou N 40 ou I 40	K 30 "

est remboursée par l'assurance soins de santé sur base de la lettre clé accompagnant le libellé de la prestation.

Accessoirement, il y a lieu de préciser que non seulement l'arrêté royal du 22 janvier 1991 auquel il est fait référence n'a pas introduit cette prétendue limitation mais s'est limité à modifier la valeur des lettres – clé modifiant de la sorte le montant du remboursement par l'assurance.

Le texte de l'article 12§1^{er} de la NPS existe, comme tel, depuis 1970 soit avant même l'arrêté royal du 14 septembre 1984 introduisant la Nomenclature des prestations de santé.

2.1.2.1.4. LE CENTRE ... N'EST PAS ASSIMILABLE A UN MILIEU HOSPITALIER

2.1.2.1.4.1. Notion de milieu hospitalier

Le SECM soutient que les anesthésies générales ne peuvent faire l'objet d'un remboursement par l'assurance soins de santé obligatoire que pour autant qu'elles aient été réalisées en milieu hospitalier.

L'article 12 de la nomenclature des prestations de santé (ci-après NPS) est en effet extrêmement clair à ce sujet puisqu'il stipule en son §3, 5° que « *Les honoraires pour les anesthésies générales ne sont dus que si ces anesthésies ont été effectuées en milieu hospitalier.* »

Prétendre que ce texte serait empreint d'obscurité a pour seul but d'utiliser à son propre avantage, une disposition réglementaire d'ordre public qui, par essence, ne souffre aucune liberté d'interprétation.

La notion de milieu hospitalier est en effet très claire.

Si l'on s'en réfère à la définition courante que revêtent ces termes, on remarquera que selon le dictionnaire Larousse, le mot « milieu » peut se définir comme étant le cadre, l'environnement, que le Petit Robert définit le terme « hospitalier » comme « relatif aux hôpitaux (établissement hospitalier, service hospitalier, équipement hospitalier, tarif hospitalier, centre hospitalier universitaire... personnel, agent, médecin hospitalier, travaillant dans les hôpitaux) et que le dictionnaire Larousse définit de même l'adjectif hospitalier comme « Qui se rapporte aux hôpitaux, aux soins qui y sont donnés : établissement hospitalier ».

La conjonction de ces deux termes renvoie donc bien au « cadre de l'hôpital » ou à « l'environnement de l'hôpital », en d'autres mots, à « l'établissement hospitalier ».

S'agissant plus précisément de la notion d'hôpital, le SECM tient en outre à faire observer que la loi du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux a clairement défini ce à quoi correspond juridiquement ce terme.

Ainsi, en son article 2, la loi du 10 juillet 2008 détaille précisément les conditions auxquelles une institution ou une structure doit nécessairement répondre pour pouvoir être reconnue comme hôpital au sens de cette loi.

« Art. 2. Pour l'application de la présente loi coordonnée, sont considérés comme hôpitaux, les établissements de soins de santé où des examens et/ou des traitements spécifiques de médecine spécialisée, relevant de la médecine, de la chirurgie et éventuellement de l'obstétrique, peuvent être effectués ou appliqués à tout moment dans un contexte pluridisciplinaire, dans les conditions de soins et le cadre médical, médico-technique, paramédical et logistique requis et appropriés, pour ou à des patients qui y sont admis et peuvent y séjourner, parce que leur état de santé exige cet ensemble de soins afin de traiter ou de soulager la maladie, de rétablir ou d'améliorer l'état de santé ou de stabiliser les lésions dans les plus brefs délais. Ces hôpitaux remplissent une mission d'intérêt général. »

En l'espèce, force est de constater que la clinique D. ne répond en rien à cette définition et n'est pas un hôpital au sens de la loi du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins.

En outre, pour rappel, en Belgique, tout hôpital doit être agréé au sens de la loi du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux, agrément lui permettant d'obtenir un numéro INAMI débutant par le chiffre 7. L'obtention de cet agrément par les hôpitaux est conditionnée par le respect d'un certain nombre de normes sur le plan de la santé publique telles que l'hygiène, la sécurité et la qualité des soins. Cet agrément résulte de la volonté des pouvoirs publics d'encadrer de manière stricte l'organisation des soins de santé dispensés aux patients.

A l'inverse, un centre tel que la clinique D., outre le fait qu'elle n'a pas la même vocation ni le même statut juridique qu'un hôpital, n'est pas non plus soumis au même encadrement normatif. Il n'existe pas en effet de cadre légal qui fixe des normes pour ce genre de centre et il n'y a donc pas de possibilité de contrôle de qualité par les instances agréées.

Il est par ailleurs également vain d'invoquer une prétendue opposition entre le concept de « milieu hospitalier » repris à l'article 12, §3, 5° de la NPS et le concept « d'établissement hospitalier agréé » visé au même article 12 en son §4 e).

Tout d'abord en effet, les termes utilisés dans le texte de l'article 12 §4 de la NPS et ceux utilisés dans le texte de l'article 2n de la loi ASSI coordonnée le 14 juillet 1994 qui définit les différentes catégories de dispensateurs de soins sont identiques. Ces termes font tous deux état de « l'établissement hospitalier ».

Si, dans le texte de l'article 12 §3, 5° de la NPS figure la notion de « milieu hospitalier » et non celle « d'établissement hospitalier », c'est d'une part, en raison de l'analogie entre ces deux termes qui n'est plus à démontrer, mais également, parce que sur le plan historique, ces deux termes ont été introduits dans la Nomenclature des prestations de santé à des dates différentes.

En effet, l'article 12 §3, 5° figurait déjà dans l'arrêté royal de base de la nomenclature actuelle, à savoir l'arrêté royal du 14 septembre 1984, alors que les §4, e) et §1, e) de l'article 12 ont été introduits dans la NPS par l'AR du 07.06.2007 (en vigueur 1^{er} juillet 2007) introduisant des codes pour le traitement de la douleur chronique, soit 23 ans plus tard.

Enfin, il y a lieu de souligner que les textes néerlandais de l'article 12 de la NPS, §3, 5°, et §4, e) n'opèrent aucune distinction de terminologie. En effet, le seul terme utilisé dans les deux dispositions est celui de « verplegingsinrichting » à savoir en français « établissement hospitalier » ou « hôpital » renvoyant de la sorte à l'article 2, n) de la loi ASSI qui octroie aux établissements hospitaliers (« verplegingsinrichting ») la qualité de dispensateurs de soins.

Il convient ici également de rappeler que quand la Nomenclature fait une exception à la règle du milieu hospitalier et autorise des prestations « hospitalières » à être pratiquées en milieu extrahospitalier, elle en définit toujours clairement les conditions.

Il en est ainsi pour les interventions d'ophtalmologie [NPS art 14 h)] où la Nomenclature définit les conditions de l'exception [art 15 §2 - règles d'application relatives aux prestations de chirurgie] et fait d'ailleurs référence à l'arrêté royal du 25/11/1997 fixant les normes auxquelles doit répondre la fonction «hospitalisation chirurgicale de jour» pour être agréée.

En effet, l'article 15 §2 de la nomenclature dispose très clairement :

(...)

§2. Sauf en cas de force majeure, les interventions d'une valeur égale ou supérieure à K 120 ou N 200 ou I 200 doivent être effectuées dans une institution hospitalière agréée par l'autorité compétente et qui comprend au moins un service C ou D."

"A.R. 12.8.2008" (en vigueur 1.10.2008)

"Par force majeure, il faut comprendre : l'apparition, chez le patient, d'un état pathologique exceptionnel, imprévisible et inévitable, indépendant de la volonté du prestataire de soins."

"A.R. 16.2.2009" (en vigueur 1.5.2009)

"Cette règle n'est pas d'application en cas de force majeure et pour les prestations reprises à l'article 14 h) de la nomenclature, pour autant que ces prestations en ambulatoire soient exécutées dans un environnement extra-muros qui répond aux normes architecturales d'une fonction d'hôpital chirurgical de jour, décrite aux articles 2 à 6 de l'arrêté royal du 25 novembre 1997 fixant les normes auxquelles doit répondre la fonction «hospitalisation chirurgicale de jour» pour être agréée, et que ces prestations sont réalisées sous anesthésie locale ou topique, n'exigeant pas de sédation du patient, ni de besoins en accueil ou surveillance infirmiers directs."

La nomenclature précise que ces prestations réalisées en ambulatoire dans un environnement extra-muros (extra hospitalières) sont réalisées sous anesthésie locale ou topique, n'exigeant pas de sédation du patient, ni de besoins en accueil ou surveillance infirmiers directs, ce qui n'est pas le cas des prestations réalisées à la D.

De même, la Nomenclature n'exige aucune condition de lieu pour les prestations diagnostiques de gastroentérologie sauf quand celles-ci deviennent chirurgicales.

En effet, l'article 15 §6 bis de la NPS prévoit que « les dispositions prévues à l'article 15 §§ 2, 3, 4, 5 et 6 ci-dessus sont également applicables aux prestations chirurgicales prévues par ailleurs dans la présente nomenclature ».

En conclusion, la nomenclature exige bien que les anesthésies générales soient effectuées dans un hôpital.

Elle n'a pas soustrait à cette règle, les anesthésies générales réalisées dans le cadre d'exams d'endoscopies digestives, fût-ce dans des conditions de confort, de sécurité et d'hygiène irréprochables pour le patient.

En tant que dispensateurs de soins, les médecins anesthésistes du Centre D., ne pouvaient ignorer le prescrit de la Nomenclature des prestations de santé et plus particulièrement les dispositions applicables à leur discipline.

2.1.2.1.4.2. *Quant à une prétendue discrimination entre la D. et « les centres décentralisés des établissements hospitaliers »*

En page 19 et 20 des moyens de défense de Me E., on peut lire que la « *la notion de milieu hospitalier engloberait « les centres décentralisés des établissements hospitaliers » de telle sorte que « des prestations identiques à celles pratiquées au sein de la D., effectuées au sein de cliniques ou de centres de jour, affiliés à un hôpital agréé, mais qui en sont physiquement dissociés » seraient remboursées.*

D'une part, l'on ne peut que s'interroger quant à la portée exacte de ces allégations. Celles-ci nécessitent des précisions, des identifications et des preuves.

En effet, quels sont ces « centres décentralisés des établissements hospitaliers » auxquels il est fait référence ?

S'il s'agit, par exemple des hôpitaux de jour, il faut savoir que ceux-ci dépendent entièrement de l'hôpital agréé auquel ils sont attachés et qu'en outre, ceux-ci font toujours partie physiquement de l'hôpital. Un hôpital de jour ne se situe jamais hors des murs de l'hôpital auquel il appartient.

L'assimilation faite entre un centre tel que la D. et un hôpital de jour d'un hôpital agréé manque totalement de pertinence.

Enfin, si besoin en est, il faut rappeler que ce n'est pas la qualité des soins qui est remise en cause par SECM mais bien le fait que des anesthésies soient portées en compte à l'assurance alors qu'elles sont réalisées en dehors du milieu hospitalier et ce, en violation du prescrit de l'article 12 §3, 5° de la Nomenclature.

2.1.2.1.4.3. *Principe de légitime confiance.*

- Dans ses moyens de défense en page 21 (1.a), Me E. invoque l'argument selon lequel les organismes assureurs en honorant les prestations d'anesthésie ainsi effectuées, les rendaient en quelque sorte légitimes.

A ce propos, il convient de répondre qu'en remboursant les prestations de soins sur la base de ce qui est attesté, les mutuelles ne valident aucunement la pratique des dispensateurs de soins.

Dans le cas contraire en effet, le contrôle opéré par le Service d'évaluation et de contrôle médicaux serait privé de tout effet et sans la moindre utilité.

Si le législateur a prévu un contrôle a posteriori des prestations de soins par le SECM, c'est précisément qu'il était conscient des limites du contrôle a priori effectué par les organismes assureurs (lesquels ne disposent pas des pouvoirs d'enquête attribués aux inspecteurs du SECM).

En outre, dans le cas présent, s'agissant des prestations 201073, 201110 et 201132, il faut noter qu'il pouvait s'agir d'anesthésies soit générales soit rachidiennes soit épidurales soit du plexus brachial, et qu'avec les seuls éléments dont ils disposent, les organismes assureurs ne sont pas en mesure de savoir que le type d'anesthésie réalisé en l'espèce - anesthésie générale - requerrait qu'elle soit réalisée en milieu hospitalier.

- D'autre part, en page 21 (1.b) des moyens de défense de Me E., il est également mentionné que dans le dossier de Dr Q., l'organisme assureur, à un moment donné, a cessé de rembourser les prestations litigieuses mais que ces mêmes organismes assureurs, après avoir eu un doute sur le caractère remboursable de ces prestations, ont obtenu des explications qui ont emporté leur conviction et qui ont entraîné la reprise des « sédations » pratiquées.

La problématique liée au dossier du Dr Q. ne se résume pas de la sorte.

A l'appui de sa défense et pour témoigner de sa bonne foi, le Dr Q. a remis, lors de son audition du 12/12/2014, un document émanant de Madame R., Expert Gezondheidszorg des mutuelles ... et reproduit ci-dessous, dont il ressort que seules les « prestations diagnostiques ne doivent pas être prestées en milieu hospitalier et que pour ces prestations (sous-entendu les prestations diagnostiques), le remboursement a donc été refusé erronément ».

Ce document fût remis par le Dr Q. lors de son audition du 12/12/2014 et fait probablement suite à un courrier adressé par le Dr Q. à l'OA 500 Toutefois, copie de la demande émanant du Dr Q. n'a jamais été remise lors de l'enquête - peut-être en raison des problèmes informatiques invoqués – de sorte que le SECM ne dispose pour son analyse que de la réponse à une question dont elle ne connaît pas la teneur.

Il n'en reste pas moins que ce courriel dit textuellement ceci : « *Je peux vous confirmer que les prestations diagnostiques, que vous citez dans votre mail, ne doivent pas être prestées dans un milieu hospitalier. Pour ces prestations, le remboursement a donc été refusé erronément. (...) »...*

Dès lors, c'est en toute logique que le Service a déduit des termes employés que seules étaient visées par ce courriel les prestations diagnostiques.

Aucun amalgame ne peut être fait entre ce fait ponctuel dans le dossier du Dr Q. et la situation des anesthésistes du Centre de la D.

- En page 21 des moyens de défense de Me E., il est stipulé que depuis de très nombreuses années, les autorités, dont l'INAMI, étaient au courant de ce type de pratique médicale et n'y trouvaient rien à redire.

Il y est fait référence à des courriers qui aurait été adressés à l'INAMI en 2011 par les Dr G. et H. lors de la reprise du centre médical spécialisé D.

Concernant ce courrier, le SECM estime que l'absence de réponse de la part du Service des soins de santé de l'INAMI ne vaut nullement approbation de la facturation à l'assurance soins de santé obligatoire d'anesthésies générales pratiquées en milieu extra hospitalier.

Il appartenait aux Dr G. et H., en l'absence de « retour écrit souhaité », d'interpeller les instances de l'INAMI par d'autres voies, ce qu'ils n'ont pas fait.

Ils auraient pu également adresser un courrier en ce sens au Service d'évaluation et de contrôle médicaux sachant que les inspecteurs de ce service sont chargés de constater et de poursuivre les infractions à la réglementation ASSI conformément aux missions qui lui sont confiées par l'article 139 de la loi ASSI, ce qui n'a pas davantage été fait.

- C'est donc à tort que qu'il en est déduit comme conséquence que le principe de la légitime confiance aurait été bafoué ;

En effet, d'une part, il ne ressort d'aucune pièce du dossier que l' I.N.A.M.I. aurait acquiescé aux pratiques litigieuses au sein de la D., consistant à porter en compte à l'assurance soins de santé obligatoire, des anesthésies générales effectuées en milieu extra hospitalier.

La règle de l'article 12 §3, 5° de la Nomenclature des prestations de santé prévoit en effet expressément que ce type d'anesthésie n'est remboursé par l'assurance obligatoire soins de santé que si elle est réalisée en milieu hospitalier.

Il s'agit là d'une règle d'ordre public qui s'impose à tous tant aux dispensateurs de soins qu'à l'INAMI qui ne pourrait en aucun cas y déroger par le biais d'un accord singulier conclu avec un dispensateur de soins ;

Le SECM rappelle que pour l'application du principe de confiance, il doit être question d'attentes légitimes dans le chef du dispensateur de soins, ce qui n'est pas le cas en l'espèce ;

Dans son arrêt du 20 novembre 2006, la Cour de cassation a réaffirmé sa position de principe consistant à énoncer la règle suivant laquelle les principes de bonne administration, qui comprennent le droit à la sécurité juridique, s'imposent à l'administration fiscale, pour y apporter immédiatement une limite consistant à préciser que le droit à la sécurité juridique n'implique cependant pas que le contribuable qui a noué avec l'administration un accord faisant naître un régime contraire à des dispositions légales puisse exiger de l'administration l'application d'un tel accord, dès lors que celui-ci n'a pu susciter dans son chef des prévisions justifiées .

En outre, dans un arrêt du 9 avril 2004 (arrêt n° 130.204, MOULIN Didier), le Conseil d'Etat a également jugé qu' :

« Il ne ressort d'aucune des pièces de la procédure que l' I.N.A.M.I. aurait acquiescé à la pratique consistant à facturer une prestation différente sous le code 471026 "Mise en place d'une sonde de Metras, sous contrôle radioscopique".

Le requérant ne peut, dès lors, reprocher à la Commission d'appel d'avoir fait une fausse application du principe de confiance légitime en jugeant que " l'existence d'une prétendue autorisation assimilant la prestation effectuée au code 471026 n'est pas établie ".

La Commission d'appel a écarté le principe de la légitime confiance en considérant que le maintien du code n'a pas pu induire le requérant en erreur dès lors que la prestation litigieuse n'a pas été effectuée dans les conditions précises qui y sont énoncées. »

Le Conseil d'Etat a aussi jugé, pour sa part, que le principe de bonne administration, quelle que soit l'extension qu'il convienne de reconnaître à ce principe général de droit, ne peut conduire à transférer à l'autorité administrative un devoir de vigilance qui relève de la responsabilité propre du médecin prescripteur. Rien ne l'empêchait de prendre des renseignements auprès du Service du contrôle médical s'il avait des doutes à ce sujet (C.E., 14 novembre 2001, n°100.814).

Dans une affaire où la partie adverse prétendait que le SECM n'avait pas respecté son obligation de diligence et de prudence en intentant une procédure alors que ni les mutualités ni l'INAMI n'avaient réagi à sa manière de tarifier les hémodialyses aiguës pendant des années, le Conseil d'Etat, dans son arrêt du 10 novembre 2016 (n°236.398), a rejeté cette argumentation jugeant que "les principes de sécurité juridique et de légitime confiance ne permettent pas de se prévaloir d'une pratique expressément contraire à la réglementation applicable. Ces principes sont inopérants pour fonder une intervention de l'assurance qui n'aurait pas été prévue par le Roi ».

2.1.2.1.5. ABSENCE D'ELEMENT MORAL DE L'INFRACTION –ERREUR INVINCIBLE

En page 22 de ses moyens de défense, Me E. fait référence à la notion d'erreur invincible.

Cette notion ne trouve toutefois pas à s'appliquer en l'espèce. En effet, l'existence d'une cause de justification ne peut avoir d'incidence que sur le plan de l'amende administrative.

Or, en l'espèce, aucune sanction administrative n'est infligée.

2.1.2.1.6. QUANT À LA PRÉTENDUE DISCRIMINATION INDUITE PAR L'ARTICLE 12 §3, 5° DE LA NOMENCLATURE.

La référence aux articles 10 et 11 de la Constitution est, en l'espèce, totalement dépourvue de fondement et de pertinence.

Les principes d'égalité et de non-discrimination édictés par ces deux dispositions constitutionnelles interdisent effectivement que des personnes qui se trouvent dans une même situation puissent faire l'objet de mesures différentes, sans toutefois exclure qu'une différence de traitement soit établie entre des catégories de personnes pour autant qu'elle repose sur un critère objectif et qu'elle soit raisonnablement justifiée.

Or, d'une part, il y a lieu de faire remarquer que la règle de l'article 12§3, 5° de la NPS en vertu de laquelle « *les honoraires pour les anesthésies générales ne sont dus que si ces anesthésies ont été effectuées en milieu hospitalier.* » est une règle d'ordre public qui s'impose à tous les médecins anesthésistes sans distinction ni discrimination et ce, en raison de leur qualité de dispensateurs de soins, collaborateurs du système d'assurance obligatoire soins de santé.

Le fait que pour des raisons d'opportunité ou autres, un médecin anesthésiste ait choisi d'exercer son art en dehors d'un milieu hospitalier au sens strict du terme, relève d'un choix libre de sa part et ne le soustrait en rien aux obligations qui lui incombent en sa qualité de dispensateur de soins. Les anesthésies générales qu'il y réaliserait ne pourraient tout simplement faire l'objet d'un remboursement par l'assurance obligatoire soins de santé et ce, en raison du prescrit de l'article 12, §3, 5° de la NPS.

La différence de traitement établie par l'article 12§3, 5° de la NPS repose sur un critère objectif, à savoir la nature même de l'acte que représente une anesthésie générale, des risques qui y sont liés, et des mesures d'urgence qui doivent pouvoir, le cas échéant, être prises pour pouvoir y remédier.

Si le législateur a voulu que seules, les anesthésies générales réalisées en milieu hospitalier puissent faire l'objet d'un remboursement par l'assurance soins de santé, c'est essentiellement pour des raisons de sécurité. Les hôpitaux et les différents services dont ils disposent sont en effet encadrés juridiquement par la loi du 10 juillet 2008 alors qu'il n'en n'est pas de même pour les Centres tels que la D. C'est donc au final dans un souci majeur de sécurité des patients, que cette règle a été édictée.

On ne peut davantage invoquer une prétendue discrimination entre les patients qui subissent une coloscopie dans un établissement hospitalier agréé et ceux en bénéficiant dans un centre médical spécialisé.

D'une part, il est à relever que l'article 12§3, 5 de la NPS ne vise pas en tant que tels, les examens médicaux mais exclusivement les prestations d'anesthésies générales.

Certes, seuls les patients qui subissent une coloscopie dans un établissement hospitalier agréé bénéficieront d'un remboursement de l'anesthésie générale pratiquée.

Mais pour rappel, cette mesure a été voulue par le législateur précisément pour assurer aux patients une sécurité maximale.

En outre, si un patient, accueilli dans un centre qui n'est pas soumis à la loi coordonnée du 10 juillet 2008, doit, dans le cadre d'un examen diagnostique ou thérapeutique, subir une anesthésie générale, il est du devoir de son médecin spécialiste d'orienter son patient vers un hôpital ou à tout le moins l'informer du fait qu'une anesthésie réalisée dans le centre ne pourrait faire l'objet d'aucun remboursement.

Si, malgré tout, le patient choisit de subir l'anesthésie générale ailleurs que dans un hôpital, il devra assumer le fait que cette intervention ne pourra en aucun cas faire l'objet d'un remboursement par l'assurance obligatoire soins de santé.

Il y a en effet lieu de rappeler que les règles de la Nomenclature des prestations de santé sont d'ordre public et qu'en ce sens, elles s'imposent à tous de manière égale. De la même manière, les dispensateurs de soins ne sont en droit ni de les modifier ni de leur donner une interprétation personnelle.

En outre, il faut toujours garder à l'esprit que les patients ont toujours le choix entre hôpital et centre privé.

Il en va de même pour le patient qui se rend chez un médecin conventionné pour une partie de son activité, en dehors des heures où la convention est valable ou encore du patient qui choisit de séjourner dans une chambre privée avec pour conséquence le paiement de suppléments d'honoraires par rapport à ceux qu'il devrait payer s'il avait choisi une chambre commune.

2.1.2.1.7. A TITRE SUBSIDIAIRE : ILLEGALITE DE L'ARRETE ROYAL DU 14 SEPTEMBRE 1984

Il faut tout d'abord rappeler que c'est l'arrêté royal du 15 décembre 1970 qui a introduit la règle de l'article 12 §3, 5° de la Nomenclature.

Elle fût ensuite reprise comme telle par l'arrêté royal du 14 septembre 1984 introduisant la Nomenclature des prestations de santé.

Soulever l'illégalité de cet arrêté royal du 14 septembre 1984 ne présente pas d'intérêt. En effet, il conduirait à déclarer que toutes les prestations portées en compte à l'ASSI sur base de cet A.R. du 14.09.1984 illégal, l'auraient été illégalement. Dès lors, l'ensemble des remboursements réalisés par l'ASSI auraient été indûment effectués et devraient être sujets à répétition.

En outre, il est à tout le moins étonnant que l'on invoque hic et nunc l'illégalité d'une réglementation dont il fait pourtant usage depuis de nombreuses années.

Dans tous les cas, la demande de remboursement de l'indu serait alors incontestablement fondée s'il fallait admettre l'illégalité prétendue de la N.P.S.

En effet, il faudrait alors s'en référer à la réglementation antérieure à savoir le texte de l'arrêté royal du 15 décembre 1970 ayant introduit initialement la norme contestée.

Par ailleurs, il faut relever que la loi du Conseil d'Etat coordonnée n'exigeait pas, à cette époque, que l'urgence soit motivée (l'urgence motivée a été insérée dans l'article 3 de la loi

du Conseil d'Etat coordonnée par la loi du 9 juillet 1989, soit postérieurement à l'adoption de l'A.R. du 14.09.1984) ;

Si l'avis de la section de législation du Conseil d'Etat n'a pas été requis, en l'espèce, c'est pour cause d'urgence ;

Le texte annexé à l'A.R. du 14 septembre 1984 comptant plusieurs centaines de pages, il ne paraît pas déraisonnable d'avoir réservé un délai d'au moins trois mois entre la publication et l'entrée en vigueur pour permettre aux destinataires et aux autorités, chargées d'en contrôler l'application, de prendre toutes les dispositions nécessaires en vue de s'adapter au texte nouveau.

Le Conseil d'Etat a par ailleurs examiné cet argument dans son arrêt n°79.230 du 11 mars 1999 (DELSUPEHE Walter c/ RIZIV, cité in B.I. Inami, 2012/1, p. 6 <http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/bulletin-information-2012-1.pdf>).

Le Conseil d'Etat a jugé que la Commission d'appel avait rejeté à bon droit l'exception d'illégalité prise de la non consultation de la section de législation.

Il a jugé que la motivation de l'urgence n'était pas stéréotypée ni purement formelle, qu'il n'était pas déraisonnable de laisser un délai de 3 mois pour l'application de l'AR tenant compte du fait que la NPS était complètement modifiée, que toutes les prestations de soins recevaient un nouveau numéro de code, que cette opération concernait des milliers de dispensateurs de soins, que ces derniers devaient recevoir le temps nécessaire pour prendre les mesures nécessaires afin de pouvoir appliquer la nouvelle nomenclature au 1er janvier 1985, que le Ministre pouvait décider qu'il était nécessaire de faire connaître la nouvelle réglementation trois mois avant son entrée en vigueur et que le Ministre n'a pas excédé son pouvoir d'appréciation en décidant que l'AR était, pour ces raisons, si urgent qu'il n'y avait plus de temps pour demander l'avis de la section de législation.

2.2 Quant à l'indu

Les griefs ont entraîné des débours indus dans le chef de l'assurance obligatoire soins de santé.

Cet indu s'élève à 5.081,87 euros.

Eu égard au fait que le grief a été déclaré fondé, le Dr A., C. SPRL et B. SPRL sont solidairement tenues par le remboursement de l'indu, en application des articles 142, §1^{er} et 164, al. 2 de la loi ASSI coordonnée le 14/07/1994, soit la somme de 5.081,87 euros.

PAR CES MOTIFS,

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994,

APRES EN AVOIR DELIBERE,

Le Fonctionnaire-dirigeant du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité :

- Déclare le grief établi ;

- Condamne solidairement le Dr A., C. SPRL et B. SPRL à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à 5.081,87 euros ;
- Dit qu'à défaut de paiement des sommes dues dans les trente jours de la notification de la présente décision, des intérêts au taux légal en matière sociale, tel que prévu à l'article 2, §3, de la loi du 5 mai 1865 relative au prêt à intérêt, seront dus, de plein droit, à compter de l'expiration du délai précité.

Ainsi décidé à Bruxelles, le 22/03/2018

Le Fonctionnaire – dirigeant f.f.,

Dr Jo Maebe
Médecin-directeur général f.f.