Conseil d'Etat

Recours en cassation

-8		•

L'INAMI (SERVICE D'EVALUATION ET DE CONTROLE MEDICAUX), représenté par son administrateur général, dont les bureaux sont situées à 1150 Bruxelles, Avenue de Tervueren, 211, immatriculée à la B.C.E. sous le numéro 0206.653.946

ci-après la partie requérante,

CONTRE:

Ci-après les parties adverses,

CONSEIL D'ETAT

14 -02- 2020

CREFE

TABLE DES MATIÈRES

Table des matières

1	OBJET	OBJET DE L'ACTION			
2	RAPP	EL DES FAITS	3		
	2.1	LES FAITS	3		
	2.2	Exposé du cadre juridique	<u>-</u>		
	2.2.1	L'obligation d'établir une attestation conforme	5		
	2.2.2	La sanction des dispensateurs de soins	6		
	2.2.3	La nomenclature	8		
3	LA RECEVABILITÉ		10		
4	MOYEN UNIQUE : OBJET DU CONTROLE DU SECM				
DI	SPOSITIE		15		

1 OBJET DE L'ACTION

1. Le présent recours est introduit sur pied de l'article 14, §2, des lois coordonnée sur le Conseil d'État, à l'encontre de la décision de la chambre des recours instituée auprès du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI, telle que prononcée le 16 janvier 2020, avec pour numéro de rôle FB-008-17¹.

2 RAPPEL DES FAITS

2.1 LES FAITS

- 2. La décision dont la cassation est sollicitée porte sur la rédaction de documents sociaux non conformes au texte et aux conditions de la nomenclature des soins de santé, en l'occurrence au sujet de l'intervention de l'assurance obligatoire pour des prestations de fourniture d'appareils orthopédiques pour les membres inférieurs et supérieurs ainsi que des coquilles-sièges par et la
- 3. Une enquête interprovinciale est menée par le Service d'Évaluation et de Contrôle médicaux, ci-après le SECM, après que le service des soins de santé ait constaté une augmentation importante entre 2009 et 2012 des prestations attestées et portées en compte de l'assurance obligatoire par notamment s'agissant des coquilles-sièges et des accessoires.
- 4. Le 31 juillet 2013, le SECM dresse un procès-verbal de constat et le notifie à le 1^{er} août 2013, avec une invitation au remboursement volontaire².
- 5. Un PV correctif a été dressé le 22 août 2013 et a été notifié à le 23 août 2013 dès lors que 6 coquilles-sièges avaient été pris dans le PVC du 31 juillet 2013 alors qu'ils avaient été attestés et portés en compte avant l'entrée en service de
- 6. Il est reproché à d'avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer des documents règlementaires permettant le remboursement des prestations non conformes.

Plus précisément, il est reproché à d'avoir porté en compte des coquilles-sièges ODLF/OLF, corsets-sièges et accessoires sur mesure, alors que ce sont des voiturettes de confort qui ont été fournies dans des mesures standard, avec éventuellement de petites adaptations individuelles. Il est donc reproché l'établissement d'attestations de soins non conformes à la réalité.⁴

Pièce n° 1.

Pièce n° 2.

Pièce n° 3

Voir ci-dessous, le chapitre 2.2.3 – La nomenclature. La portée des dispositions et les numéros de nomenclature respectifs y sont détaillés.

- 7. Par requête du 7 décembre 2015, le SECM demandait à la Chambre de première instance de⁵ :
 - Condamner solidairement Madame au remboursement de la valeur des prestations **indument attestées** à charge de l'assurance soins de santé, soit la somme totale de 599.181,73 € (article 142, §1er, 2° de la loi ASSI coordonnée);
 - Condamner Madame au paiement d'une amende administrative s'élevant à 100 % du montant de la valeur des prestations indues, soit la somme de 599.181,73 € (article 142, §1er, 2° de la loi ASSI).
- 8. Par décision du 12 septembre 2017, la Chambre de première instance dit la demande du SECM recevable et dit pour droit qu'il y a lieu d'écarter l'application de l'arrêté royal du 29 janvier 1993 modifiant l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité conformément à l'article 159 de la Constitution⁶.

La chambre sursoit à statuer quant au fondement de la demande du SECM et ordonne la réouverture des débats afin de permettre aux parties de produire la réglementation applicable avant l'entrée en vigueur dudit arrêté royal du 29 janvier 1993 et conclure sur la portée de cette réglementation en l'espèce.

9. Par requête du 17 octobre 2017, le SECM interjette appel de la décision du 12 septembre 2017 en considérant que c'était à tort que la Chambre de première instance a dit pour droit qu'il y avait lieu d'écarter l'application de l'arrêté royal du 29 janvier 1993 modifiant l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de sante en matière d'assurance obligatoire centre la maladie et l'invalidité conformément à l'article 159 de la Constitution⁷.

En appel, le SECM postule à titre principal la condamnation solidaire de Madame au remboursement de la valeur des prestations **indûment attestées** soit la somme de 599.181,73 euros et la condamnation de Madame au paiement d'une amende administrative de 100% de la valeur des prestations indument attestées soit la somme de 599.181,73 euros et, à titre subsidiaire, la condamnation solidaire de Madame et de la au remboursement de la valeur des prestations indûment attestées soit la somme de 226.694,44 euros.

Par décision du 16 janvier 2020, la chambre de recours a jugé la demande du SECM non fondée. Le raisonnement de la Chambre de recours peut être synthétisé comme suit :

Pièce n° 4.

⁶ Pièce n° 5.

Pièce n° 6.

- L'arrêté royal du 29 janvier 1993 précité doit être écarté en application de l'article 159 de la Constitution au motif que l'urgence invoquée pour justifier l'absence de saisine de la section de législation du Conseil d'Etat n'est pas spécialement motivée ;
- L'arrêté royal du 29 janvier 1993 étant illégal et par conséquent inapplicable, les exigences concernant les appareils « sur mesure » ne peuvent s'appliquer au cas d'espèce. Il y'a donc lieu de faire application de l'article 29 de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de sante en matière d'assurance obligatoire centre la maladie et l'invalidité (NFS) dans sa version antérieure à sa modification par l'arrêté royal du 29 janvier 1993 en vertu duquel les prestations litigieuses étaient remboursée sans qu'il soit fait référence à la condition du « sur mesure ».
- Aucune infraction ne peut donc être retenue de ce chef.
- A titre surabondant, il convient encore de relever que l'arrêté royal du 29 janvier 1993 s'est borné à modifier les codes de la nomenclature et à ajouter la condition du « sur mesure » et n'a nullement modifié les valeurs des prestations de sorte que celles-ci sont identiques selon qu'on applique l'arrêté royal du 29 janvier 1993 ou celui du 14 septembre 1984, les mêmes prestations étant reprises sous d'autres codes. Il est donc erroné d'affirmer que s'il avait été fait application de l'arrêté royal du 14 septembre 1994, le remboursement des prestations attestées aurait été de moindre valeur pour Mme

Le dispositif de la décision est libellé comme suit :

« Dit l'appel du SECM recevable mais non fondé et par conséquent l'en déboute ;

Confirme la décision prononcée le 05 octobre 2017 par la Chambre de première instance en ce qu'elle :

- Dit la demande du SECM recevable ;
- Dit pour droit qu'il y a lieu d'écarter l'application de l'arrêté royal du 29 janvier 1993 modifiant l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité conformément à l'article 159 de la Constitution »

Il s'agit de la décision dont la cassation est demandée.

2.2 EXPOSÉ DU CADRE JURIDIQUE

2.2.1 <u>L'obligation d'établir une attestation conforme</u>

10. Conformément à l'article 53, §1^{er}, alinéa 1^{er}, l'intervention de l'assurance soins de santé est conditionnée par la déclaration, par le prestataire de soins, qu'il a effectué la prestation telle que décrite. À cette fin, il appartient aux dispensateurs de soins d'établir une attestation de soins, devant attester la prestation réellement et effectivement réalisée. Il lui revient de mentionner les prestations effectuées, par l'indication du numéro d'ordre de cette prestation dans la nomenclature des soins de santé remboursables.

Cette disposition prévoit que :

« Les dispensateurs de soins dont les prestations donnent lieu à une intervention de l'assurance sont tenus de remettre aux bénéficiaires ou, dans le cadre du régime du tiers payant, aux organismes assureurs, une attestation de soins ou de fournitures ou un document équivalent dont le modèle est arrêté par le Comité de l'assurance, où figure la mention des prestations effectuées; pour les prestations reprises à la nomenclature visée à l'article 35, § 1er, cette mention est indiquée par le numéro d'ordre à ladite nomenclature ou de la manière déterminée dans un règlement pris par le Comité de l'assurance sur la proposition du Conseil technique compétent en fonction de la nature des prestations. Que le dispensateur de soins effectue les prestations pour son propre compte ou pour compte d'autrui, le montant payé par le bénéficiaire au dispensateur de soins pour les prestations effectuées est mentionné sur la partie reçu de l'attestation de soins donnés ou de fournitures ou sur le document équivalent. Dès que le Comité de l'assurance a fixé des règles en matière de facturation électronique par les dispensateurs de soins pour une catégorie de dispensateurs de soins, le Roi fixe, après avis de la commission de conventions ou d'accords compétente, les données complémentaires à transmettre par les dispensateurs de soins de la catégorie concernée aux organismes assureurs ».

L'article 53 précise encore que :

« Les organismes assureurs ne peuvent accorder de remboursement si l'attestation de soins donnés ou de fournitures, le document en tenant lieu ou les données visées à l'alinéa 2, ne leur sont pas transmis.

Le dispensateur de soins est tenu de remettre ou transmettre ces documents ou données dès que possible et au plus tard dans un délai fixé par le Roi. (...). »

L'intervention de l'assurance est conditionnée par la transmission des documents sociaux concernés, la simple prestation de soins ne suffisant pas.

2.2.2 La sanction des dispensateurs de soins

11. La décision de sanction faisant l'objet de la décision juridictionnelle contestée est adoptée sur la base de l'article 73bis, alinéa 1^{er}, 2°, de la loi relative à l'assurance obligatoire qui dispose que :

« Sans préjudice d'éventuelles poursuites pénales et/ou disciplinaires et nonobstant les dispositions des conventions ou des accords visés au Titre III, il est interdit aux dispensateurs de soins et assimilés, sous peine des mesures énoncées à l'article 142, § 1er :

(...)

2° de **rédiger**, faire rédiger, délivrer ou faire délivrer **les documents réglementaires** précités lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans la présente loi, dans ses arrêtés et règlements d'exécution, dans les conventions et accords conclus en vertu de cette même loi et/ou lorsque des prestations visées à l'article 34 ont été prescrites durant une période d'interdiction temporaire ou définitive d'exercice de la profession ».

La loi interdit donc aux dispensateurs de soins d'attester une chose qui n'est pas conforme à la réalité. Concrètement, il est interdit d'établir une attestation sollicitant le remboursement d'une prestation qui en réalité ne satisfait pas aux conditions posées audit remboursement. Le dispensateur qui atteste avoir réalisé une prestation alors que celle-ci n'est pas réalisée conformément à la nomenclature est donc susceptible d'être sanctionné. Un parallèle peut être fait avec le faux en écriture : l'attestation

dressée par le dispensateur de soins s'assimile à, un faux dès lors qu'il déclare avoir réalisé une prestation dans les conditions posées par la nomenclature alors que tel n'est pas le cas.

Lorsqu'un tel manquement est constaté, les sanctions prévues à l'article 142, §1^{er}, de la loi relative à l'assurance obligatoire peuvent être imposées. Cette disposition précise que :

« § 1^{er}. Sans préjudice d'éventuelles sanctions pénales et/ou disciplinaires, les mesures suivantes sont appliquées aux dispensateurs de soins et assimilés qui ne se conforment pas aux dispositions de l'article 73bis :

(...)

2° le remboursement du remboursement indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé, et/ou une amende administrative comprise entre 5 % et 150 % du montant de la valeur des mêmes prestations en cas d'infraction aux dispositions de l'article 73bis, 2° »

12. La procédure de sanction est décrite à l'article 142, §§ 2 et 3 comme suit :

« § 2. Les éléments matériels de l'infraction visée à l'article 73bis, sont constatés par les inspecteurs sociaux visés à l'article 146 dans un procès-verbal établi conformément à l'article 64 du Code pénal social.

A peine de nullité, ces constatations doivent intervenir dans les trois ans :

- a) à compter du jour où les documents relatifs aux faits litigieux sont reçus par les organismes assureurs;
- b) à compter du jour où les constatations communiquées par les commissions de profils ou par le Collège national des médecins-conseils sont reçues par le Service d'évaluation et de contrôle médicaux.

Le procès-verbal de constat fait foi jusqu'à preuve du contraire pour autant qu'une copie en soit transmise à l'auteur présumé de l'infraction et, le cas échéant, à la personne physique ou morale visée à l'article 164, alinéa 2, dans un délai de quatorze jours prenant cours le lendemain du jour de la constatation de l'infraction par les inspecteurs sociaux visés à l'article 146.

Les fonctionnaires susvisés joignent au procès-verbal de constat une invitation à procéder volontairement au remboursement total du montant de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé.

Le remboursement total est effectué par versement au compte de l'Institut au plus tard dans les deux mois à compter du jour suivant la notification du procès-verbal de constat.

Si le montant à rembourser est inférieur ou égal à 3.000 euros, le remboursement total entraîne l'extinction des poursuites administratives et le dossier est clôturé.

Si le montant à rembourser est supérieur à 3.000 euros, le remboursement total n'entraîne pas l'extinction des poursuites administratives et ne fait pas obstacle à l'application des mesures visées au paragraphe 1er. Il en va de même si un nouveau procès-verbal de constat est notifié dans les trois ans à compter de l'invitation à procéder au remboursement volontaire, quel que soit le montant total à rembourser.

Tout remboursement effectué est comptabilisé comme recettes de l'assurance soins de santé.

L'invitation à procéder au remboursement volontaire suspend les délais de forclusion fixés au paragraphe 3.

§ 3. A peine de forclusion :

- 1° les contestations mentionnées à l'article 73 bis, 8°, doivent être tranchées par le fonctionnaire-dirigeant ou le fonctionnaire désigné par lui, dans les deux ans suivant la décision définitive mentionnée à l'article 142, § 1^{er} , 4° , 5° et 6° ;
- 2° les contestations mentionnées à l'article 73bis, 1°, 2°, 3°, 7°, 9° et 10°, qui relèvent de la compétence du fonctionnaire-dirigeant, ou du fonctionnaire désigné par lui, sont introduites dans les deux ans suivant la date du procès-verbal de constat, par l'invitation à communiquer des moyens de défense visée à l'article 143, § 2, alinéa 3;
- 3° les contestations mentionnées à l'article 73bis qui sont de la compétence des Chambres de première instance conformément à l'article 144, § 2, 1°, doivent être introduites auprès de ces Chambres dans les trois ans suivant la date du procès-verbal.

Les délais susvisés sont suspendus pendant le cours de toute procédure civile, pénale ou disciplinaire dans laquelle le dispensateur est partie lorsque l'issue de cette procédure peut être déterminante pour l'examen de l'affaire par le fonctionnaire-dirigeant ou la Chambre de première instance ».

2.2.3 <u>La nomenclature</u>

13. La loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (ciaprès la « loi AMI ») fixe le cadre général de « l'assurance soins de santé ».

L'article 35 de la loi charge le Roi d'établir la nomenclature des prestations de santé c'est-à-dire d'énumérer les prestations remboursées, d'en fixer la valeur relative et d'en préciser, notamment, les règles d'application, ainsi que la qualification requise de la personne habilitée à effectuer chacune d'elles.

Conformément à cette habilitation, le Roi a adopté l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

En annexe à cet arrêté royal, le Roi énumère de manière précise les prestations remboursables, leurs conditions de remboursement ainsi que la qualité des personnes habilitées à les effectuer.

14. Les prestations concernées par le présent recours sont visées par l'article 29 de la nomenclature et concernent les appareils orthopédiques, prothèses et chaussures orthopédiques. Ce matériel est pris en charge par l'assurance obligatoire à certaines conditions prévues par l'article 29 précité.

Cet article 29 a été modifié par l'arrêté royal du 29 janvier 1993 établissant la nomenclature des prestations de sante en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité. De nouvelles prestations ont été introduites et d'anciennes prestations ont été abrogées.

a) <u>Conditions de remboursement antérieures à l'arrêté royal du 29 janvier 1993</u>

15. Avant leur modification par l'arrêté royal du 29 janvier 1993, les codes pertinents de l'article 29 de la nomenclature étaient libellés comme suit⁸ :

7060	621832	621843	Corset-siège en matière plastique ou cuir avec deux segments cuisse ou planche siège, pour adultes	Т	719,8
7525	621876	621880	Appui-tête sur mesure et réglable	т	84,37
.7526	62 18 91	621902	Segment jambe	T	35,4
7527	621913	621924	Segment pied	T	47,2
7528	62 1935	621946	Par articulation	T	41,3
7529	621950	621961	Par verrou	T	41,3
7530	62 19 72	62 19 83	Par secteur	T	41,3
7531	621994	622005	Système de fixation sur chaise par rotule ou système réglable similaire	T	172,32

- b) Modification des conditions de remboursement par l'arrêté royal du 29 janvier
 1993
- 16. Dans sa version applicable après l'entrée en vigueur de l'arrêté royal du 29 janvier 1993, l'article 29, A., groupe principal XI, de la nomenclature est libellé comme suit :

« Art. 29. § 1er. Sont considérés comme relevant de la compétence des orthopédistes (T): A. TETE-COU-TRONC:

(...)

Groupe principal IX: Coquilles-sièges ODLF/OLF:

(...)

Sur mesure:

646251 646262 Corset-siège en matière plastique ou cuir avec deux segments-cuisse ou planche-siège, pour adultes (AIX1) T 719,80 (...)

Groupe principal XI' Accessoires, réparation et entretien :

Sur mesure:

646376 646380 Appui-tête sur mesure et réglable T84,37

646391 646402 Segment-jambe T 35,40

646413 646424 Segment-pied-T 47,20

646435 646446 Par articulation T 41,30

646450 646461 Par verrou T 41,30

646472 646483 Par secteur T 41,30

646494 646505 Système de fixation sur chaise par rotule ou système réglable similaire T 172,32 646516 646520 Planche d'équilibration formée sur les deux segments-cuisse T 66,38 (...)

§ 3. Par appareils manufacturés, immediate fitting, appareils préfabriqués et sur mesure high-tech, il faut entendre :

Pièce n° 7.

- "a) les appareils manufacturés (faits sur mesure) : ce sont des appareils fabriqués sur la base de matières premières et/ou de pièces détachées et confectionnés individuellement suivant les mesures du patient (custom made) ;
- b) l'immediate fitting (IMF) : est un appareillage qui est placé directement sur le patient, sans moulage, à partir de plastiques a température basse et d'éventuels accessoires,
- c) les appareils préfabriqués (prefab) : tout appareil fini standard qui est produit en série et auquel de petites adaptations éventuelles peuvent être apportées ».

Cette modification de la nomenclature avait pour objet de prendre en considération l'évolution des techniques et des technologies dans le domaine de l'orthopédie.

Dans la note C.S. n° 92/355 à destination du Comité de gestion du 21 décembre 1992, on peut lire :

« Depuis cinq ans, on a constaté peu à peu qu'une partie des prestations de la nomenclature des orthèses et de prothèses ne répondait plus à la réalité.

Ces trois dernières années, c'est surtout le secteur « PREFAB » qui a connu une croissance explosive grâce notamment à la technologie et aux possibilités de production moderne (à l'échelle mondiale).

Puisqu'aucune nomenclature préfab n'était prévue, ces produits (dont les prix sont en moyenne inférieurs) étaient tarifiés comme des articles sur mesure.

En même temps, le secteur « IMMEDIATE FITTING » s'est développé grâce à de nouvelles matières (thermomalléables) qui connaissent une application dans les indications posttraumatiques et post opératoires aiguës.

Etant donné que ces produits n'étaient pas tout à fait assimilables aux articles sur mesure, il fallait rédiger une nomenclature spécifique ».

17. La réforme a donc pour objet de valoriser les prestations sur mesure vu l'existence croissante des produits préfabriqués.

Dans l'arrêté royal du 14 septembre 1984, avant sa modification en 1993, se trouvent des prestations qui ont le même libellé sauf qu'elles ne devaient pas être « sur mesure ». La volonté du Roi a donc été de faire une distinction parmi les prestations de même nature entre celles qui résultent d'un travail sur mesure ou d'un travail de préfabriqué, la première catégorie étant valorisée.

Pour ce faire, le Roi a abrogé les prestations antérieurement remboursées (portant les codes 621832 et suivants) et a introduit un certain nombre de nouvelles prestations (notamment sous les codes 646376).

Les honoraires des prestations ont donc augmenté au 1^{er} février 1993 vu la valorisation des prestations « sur mesure ». Ainsi la convention nationale entre les orthopédistes et les Organismes assureurs (mise en œuvre par l'arrêté royal du 29 janvier 1993) qui fixe les honoraires, en l'occurrence celle conclue le 15 décembre 1992 distingue une valeur pour T pour la période avant l'entrée en vigueur et une valeur pour T pour la période après l'entrée en vigueur. Avec la nouvelle nomenclature contenue dans l'arrêté royal du 29 janvier 1993, la valeur T passe de 57,9385 F (Francs / BEF) à 80,15 F pour les prestations manufacturés (« sur mesure »).

3 LA RECEVABILITÉ

18. La décision attaquée a été rendue le 16 janvier 2020 et notifiée à la partie requérante le 17 janvier 2020.

Conformément à l'article 3 de l'arrêté royal du 30 novembre 2006, le présent recours en cassation doit être introduite dans les 30 jours à dater de la notification de la décision.

Le présent recours est donc recevable ratione temporis.

La procédure est en langue française.

4 MOYEN UNIQUE: OBJET DU CONTROLE DU SECM

19. Le moyen unique est pris de la violation de l'article des articles 34, 35, 53, 73*bis*, §1^{er}, 1° et 142 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, de la contradiction des motifs, de l'article 149 de la Constitution.

<u>En ce que</u>, la Chambre de recours a, pour conclure au caractère non-fondé de l'appel, jugé que les prestations litigieuses sont conformes à la réglementation et ne sont donc pas indues.

<u>Alors que</u>, le contrôle prévu par l'article 73bis, 2° de la loi relative à l'assurance obligatoire nécessite d'apprécier la conformité des attestations établies à destination de l'assurance obligatoire.

Développement du moyen

20. Le moyen critique l'interprétation donnée par la chambre de recours, dans la décision attaquée, à l'article 73bis de la loi du 14 juillet 1994.

La décision contestée se limite à relever que les prestations portées en compte ont été effectuées dans les conditions prévues par la nomenclature telle qu'applicable avant l'entrée en vigueur de l'arrêté royal du 29 janvier 1993 dont l'application est écartée.

Par contre, elle ne juge nullement que les prestations attestées sont bien des prestations « sur mesure ».

Or, en considérant que Madame ont pu valablement attester des prestations en faisant application de codes de nomenclature visant des prestations sur mesure tout en ne contredisant pas l'analyse du SECM dont il découle que les prestations ne répondaient pas à l'exigence de sur mesure, la chambre de recours a méconnu la portée de l'article 73bis, 2°, précité.

21. Concrètement, la chambre de recours considère que l'arrêté royal du 29 janvier 1993 ne peut être appliqué en application de l'article 159 de la Constitution. Elle en déduit que cela impliquerait l'obligation d'appliquer la version antérieure des dispositions concernées de la nomenclature des prestations. Cependant, il n'existait pas de disposition ad hoc dans la nomenclature concernant les produits « sur mesure ».

Tenant compte de la portée de l'article 73bis, la question de la version applicable de la nomenclature est toutefois sans pertinence aucune. Il importe peu de savoir si la prestation aurait pu être prise en charge si elle avait été attestée sous un autre code, le cas échéant en application d'une version antérieure de la nomenclature. L'élément déterminant est le fait pour les personnes sanctionnées d'avoir établi des attestations de soins faisant état de prestations qui n'ont pas été réalisées dans les conditions attestées.

Très concrètement, en ayant attesté des prestations sous les codes646251, 646376, 646391, 646413, 646494, les personnes sanctionnées ont attestés de ce que des prestations sur mesure ont été réalisées. Or, tel n'était pas le cas.

Votre Conseil a déjà jugé qu' « il n'appartient pas aux prestataires de soins, 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 » Suivre le raisonnement de la chambre de recours reviendrait à accepter qu'un prestataire modifie la nomenclature en considérant d'autorité qu'une prestation non sur mesure pourrait être prise en charge par l'assurance obligatoire sous un code imposant cette condition.

L'article 73bis, 2° sanctionne l'établissement d'une attestation de soins pour une prestation réalisée sans respecter les conditions qui sont imposées par ledit code. L'élément déterminant est bien de rédiger ou de faire rédiger une attestation de soins non conforme à la réalité. Ceci est confirmé par plusieurs extraits des travaux préparatoires relatifs aux législations qui ont introduit ou modifié les dispositions de l'article 73bis de la loi précitée :

- L'exposé des motifs relatif à la loi du 10 avril 2014 portant des dispositions diverses en matière de santé ayant modifié l'article 73bis précise que « Le projet de modification de l'article 73bis, 1°, de la même loi coordonnée a pour objet de préciser qu'un dispensateur de soins ne pouvant pas exercer, temporairement ou définitivement, sa profession, se trouve également dans l'impossibilité, temporaire ou définitive, d'attester des prestations de santé ouvrant le droit au remboursement par l'assurance obligatoire soins de santé. Permettre, dans ces cas précis, l'intervention de l'assurance soins de santé rendrait inopérante les sanctions prononcées au niveau disciplinaire ou des autorités de la santé publique. Il paraît opportun d'infliger au dispensateur de soins visé les mêmes mesures que celles prévues dans l'hypothèse des prestations attestées mais "non effectuées", s'agissant dans les deux cas des manquements les plus graves pouvant être formulés à l'égard d'un collaborateur du service public de l'assurance soins de santé » 10.
- L'exposé des motifs relatif à la loi du 18 décembre 2016 portant des dispositions diverses en matière de santé fait état du constat suivant : « Enfin, un nouvel alinéa est inséré afin de préciser la notion de "documents réglementaires" utilisée à l'article 73bis. Cette précision est nécessaire dans la mesure où les documents papier sont progressivement abandonnés en faveur d'un processus de facturation électronique »¹¹.

Ceci démontre pour autant que de besoin que l'élément déterminant est l'établissement des documents attestant des prestations.

En l'espèce, il y a donc bien un manquement tel que visé à l'article 73*bis*, 2° de la loi AMI. Le fait que ces prestations auraient pu être attestées sous un code différent ne remet nullement en cause le constat d'infraction. En effet, les personnes sanctionnées n'ont pas fait choix de solliciter un

⁹ C.E., arrêt n° 130.202 du 9 avril 2004, Reynaert.

Exposé des motifs, Doc parl. ch. Repr., 2013-2014, Doc. 53 3349/001.

Exposé des motifs, Doc parl. ch. Repr., 2016-2017, Doc. 54 2154/001, p. 17.

remboursement équivalent en attestant sous l'empire de l'ancienne nomenclature et en reconnaissant le caractère non sur mesure des prestations. Les personnes sanctionnées ont fait choix de prétendre aux institutions de sécurité sociale que des prestations sur mesure ont été réalisées et ont sollicité une intervention de l'assurance obligatoire sur cette base alors que tel n'était pas le cas. 12

Le procès-verbal de constat fait bien état d'un manquement de cette nature : « Plus spécifiquement, l'intéressée <u>a attesté</u> des Coquilles-sièges ODLF/OLF: corsets-sièges et accessoires sur mesure, <u>tandis qu'elle a fourni</u> des voiturettes de confort, de mesure standard, avec éventuellement de petites adaptations individuelles. Ces sièges n'ont pas été fabriqués suivant les mesures individuelles du patient. Les accessoires font partie de cette voiturette de confort préfabriquée et ne peuvent pas non plus être attestés comme fait sur mesure » ¹³. C'est donc bien l'inadéquation entre ce qui a été attesté et ce qui a été fourni qui est relevé.

La chambre de recours a donc méconnu la portée de l'article 73, 2°, de la loi AMI en se limitant à constater le caractère dû des prestations.

22. A titre subsidiaire, même à suivre le raisonnement de la chambre de recours s'agissant de l'application de la nomenclature dans sa version antérieure, il y a lieu de constater une erreur dans les motifs retenus pour conclure au caractère dû des prestations. En effet, la chambre de recours invoque également le fait que sous l'empire de la nomenclature dans sa version applicable avant l'entrée en vigueur de l'arrêté royal du 29 janvier 1993, les prestations auraient été prises en charge à la même valeur.

Pour arriver à ce constat, la chambre de recours considère que « la valeur « T » n'est pas fixée par l'arrêté royal du 29 janvier 1993 mais par la circulaire O.A. n°93/162 du 18 juin 1993 relative au «Taux des honoraires, des prix et des remboursements des prestations fournies par les orthopédistes à partir du 1^{er} janvier 1993 », laquelle ne se réfère pas à l'arrêté royal du 23 janvier 1993 ».

Or, ce motif est tout simplement erroné en droit.

En effet, la valeur T dont la chambre de recours fait application pour tenir son raisonnement est la valeur fixée par l'arrêté royal dont l'illégalité a été constatée et son application écartée.

La valeur T est fixée par la convention nationale entre les orthopédistes et les organismes assureurs qui fixe les honoraires, en l'occurrence celle conclue le 15 décembre 1992¹⁴. La convention distingue

À l'inverse, suivre l'interprétation de la Chambre de Recours, aurait pour effet qu'une attestation valablement établie deviendrait irrégulière en cas d'annulation ultérieure de l'article de la nomenclature attesté par Votre Conseil ou de constat ultérieur d'une illégalité formelle de l'article de nomenclature. Ainsi, tous les prestataires ayant attesté de soins qui, un jour, seraient déclarés irréguliers, seraient passibles de sanction en raison d'une violation de l'article 73bis de la loi AMI.

Tel n'est et ne peut être l'objet d'une telle disposition. Les prestataires de soins ne doivent pas se muer en juristes, mais doivent attester qu'un acte qu'ils posent répond bien, au moment où il est posé, aux conditions qui sont à ce moment-là applicables.

Pièce n° 2. La partie requérante souligne.

Pièce n° 8.

une valeur pour T pour la période avant le 1/2/1993 (date de l'entrée en vigueur de l'AR) et une valeur pour T pour la période après le 1/2/1993 Avec la nouvelle nomenclature contenue dans l'AR du 29 janvier 1993, la valeur T passe de 57,9385 F (Francs / BEF) à 80,15 F pour les prestations manufacturés ('sur mesure'). Cette convention fait référence en son article 2, §2, alinéa 2 à une annexe qui est en fait l'arrêté royal illégal. A l'époque de la signature de la convention, l'arrêté royal n'était pas encore signé, il n'est donc pas fait directement référence à l'arrêté royal mais l'annexe de la convention est le texte de l'arrêté royal du 29 janvier 1993. La circulaire informe de l'existence de cet accord mais ne fixe pas elle-même la valeur T. Celle-ci est fixée par la convention qui fait référence à l'annexe de l'arrêté royal du 29 janvier 1993.

Dès lors que la chambre de recours a considéré que l'arrêté royal précité est irrégulier, il doit en aller de même de son annexe. Par conséquent, les valeurs T qui auraient dû entrer en vigueur à la date reprise à l'alinéa 2 et visées à l'art. 3, 2) ne sont pas applicables. Les valeurs T à prendre en considération sont donc celles de l'art. 3, 1). En l'espèce, c'est la dernière valeur qui doit être utilisée pour le corset-siège (T= 57,9385 Francs), soit une valeur différente de celle fixée après 1993.

Plus fondamentalement encore, la Chambre de Recours perd de vue que le remboursement n'était possible antérieurement qu'en attestant un autre code de nomenclature (621832, p. ex.). Or, ce code n'a pas été attesté. Il est pourtant, conformément à l'article 53 de la loi AMI, une condition nécessaire pour pouvoir (faire) bénéficier du remboursement.

Il résulte de l'ensemble de ces développements que le moyen unique est fondé.

DISPOSITIF

PAR CES MOTIFS,

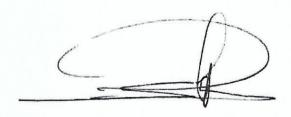
Plaise à votre Conseil :

- de déclarer le recours admissible, recevable et fondé ;
- de casser la décision de la chambre des recours instituée auprès du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI, telle que prononcée le 16 janvier 2020, avec pour numéro de rôle FB-008-17
- de condamner les parties adverses au paiement de l'indemnité de procédure

Pour INAMI,

Un de ses conseils,

, avocat



Bruxelles, le 14 février 2020

<u>Dépens</u>:

• indemnité de procédure:

700 EUR

Dossier de pièces

- Décision de la chambre des recours instituée auprès du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI, telle que prononcée le 16 janvier 2020, avec pour numéro de rôle FB-008-17 (décision attaquée).
- 2. PVC du 31 juillet 2013.
- 3. PV correctif du 22 août 2013.
- 4. Requête du 7 décembre 2015 du SECM devant la Chambre de première instance.
- 5. Décision de la chambre de première instance du 12 septembre 2017.
- 6. Requête d'appel du SECM du 17 octobre 2017.
- 7. Article 29 nomenclature avant 1993.
- 8. Convention nationale entre les orthopédistes et les organismes assureurs du 15 décembre 1992.