

CONSEIL D'ETAT, SECTION D'ADMINISTRATION.

A R R E T

n° 103.248 du 6 février 2002

A.77.249/VI-14.404

En cause : **DE NIJS** Claude,

 ayant élu domicile chez
 Me Philippe LEVERT, avocat,
 avenue Clémentine 3
 1190 Bruxelles,

 contre :

 **l'Institut national d'assurances
 maladie-invalidité.**

LE CONSEIL D'ETAT, VI^e CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 13 mars 1998 par Claude DE NIJS qui demande l'annulation de la décision prise le 6 janvier 1998 par la Commission d'appel instituée auprès du service du contrôle médical de l'I.N.A.M.I. confirmant la décision de la chambre restreinte du Comité du service du contrôle médical du 25 mars 1997 frappant le requérant de la mesure d'interdiction d'intervention faite aux organismes assureurs dans le coût des prestations de santé qu'il dispensera pour une période de cinq semaines;

Vu l'arrêt n° 71.490 du 30 janvier 1998 rejetant la demande de suspension d'extrême urgence;

Vu les mémoires en réponse et en réplique régulièrement échangés;

Vu le rapport de M^{me} DEBROUX, Auditeur au Conseil d'Etat;

Vu l'ordonnance du 18 juillet 2001 ordonnant le dépôt au greffe du dossier et du rapport;

Vu la notification du rapport aux parties et les derniers mémoires;

Vu l'ordonnance du 3 janvier 2002, notifiée aux parties, fixant l'affaire à l'audience du 23 janvier 2002;

Entendu, en son rapport, M. LEWALLE, Conseiller d'Etat;

Entendu, en leurs observations, Me Philippe LEVERT, avocat, comparaisant pour le requérant, et M^{me} Véronique CLICHEROUX, conseiller adjoint, comparaissant pour la partie adverse;

Entendu, en son avis conforme, M^{me} DEBROUX, Auditeur;

Vu le titre VI, chapitre II, des lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973;

Considérant que les faits utiles à l'examen de la demande ont été rappelés dans l'arrêt n° 71.490 du 30 janvier 1998, précité;

Considérant que le requérant prend un premier moyen de la violation de l'article 149 de la Constitution, de l'article 156 des lois coordonnées le 11 juillet 1994 relatives à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, à tout le moins de l'erreur et de l'ambiguïté dans les motifs de la décision querellée et de l'excès de pouvoir; qu'il fait valoir, en une première branche, que la décision attaquée n'est pas suffisamment motivée en ce qu'elle ne répond pas aux arguments qu'il a avancés dans sa note d'audience du 27 novembre 1997; qu'il affirme que, pour considérer le grief qui lui est fait comme établi, la décision querellée se fonde sur ce qu'il a reconnu avoir commis une erreur d'interprétation dans la nomenclature, mais de bonne foi, qu'il a toujours contesté le reproche de n'avoir pas effectué la prestation 232783 (exérèse de lésion expansive intramédullaire sous microscope opératoire) et que ses déclarations ne portaient que sur une erreur de tarification; qu'en une seconde branche, il affirme que la décision attaquée est erronée ou ambiguë, en ce que la Commission d'appel n'a pas tranché la question essentielle du litige qui est de savoir quelle prestation il a réalisée lors de l'intervention du 6 juillet 1994; qu'il soutient que faute pour la Commission d'appel de préciser dans sa décision quelle était la prestation exacte à codifier, elle ne pouvait conclure qu'il avait commis une erreur inexcusable;

Considérant que dans son mémoire en réplique ainsi que dans son dernier mémoire, le requérant affirme encore que l'acte attaqué repose sur le reproche de n'avoir pas effectué la prestation 232783 alors que le rapport du Service du contrôle

médical et celui du rapporteur devant la Commission d'appel témoignent de l'existence d'un débat médical sur la nature exacte de la prestation qu'il a exécutée et que la Commission d'appel ne rencontre pas ses arguments et lui oppose la reconnaissance de son erreur; qu'étant de nature contentieuse, la décision attaquée devait être motivée conformément à l'article 149 de la Constitution et donc rencontrer les conclusions qu'il a développées devant elle; qu'il n'en a rien été puisque la Commission d'appel s'est limitée à ne retenir que ses "aveux" pour considérer le grief reproché comme matériellement établi, et à soutenir que "les différents éléments ou les différentes circonstances comme les divers moyens avancés dans la note d'audience de l'appelant ne sont pas de nature à contrarier légalement et valablement les considérations ci-avant émises par la Commission quant à la reconnaissance de la matérialité du grief"; qu'il affirme que ses "aveux" ne portaient que sur la différence de tarification entre la prestation 232783 et la prestation 232805-400 et non pas sur l'exacte étendue de la prestation effectuée et que, dès lors, ils n'ont pas la portée que la Commission d'appel a prétendu pouvoir leur donner;

Considérant, sur les deux branches réunies du moyen, que la décision attaquée porte notamment ce qui suit :

" Attendu que la Commission observe, d'une part, que l'appelant ne conteste pas que les prestations relevant de la neurochirurgie sont concentrées sur 4 pages de la nomenclature des prestations de santé; que l'appelant est dans l'obligation de respecter, lorsqu'il codifie et signe les tarifications ou les documents à cet égard, les conditions de l'intervention de l'AMI dans le coût des soins de santé attestés et donnés étant d'ordre public, comme les conditions d'octroi des prestations et leur interprétation étant dès lors de stricte interprétation;

Attendu que la Commission constate, d'autre part, que, quant au remboursement de l'intervention induite en rapport avec la codification choisie et signée par l'appelant mais prêtant à discussion en cours d'instruction par le médecin-inspecteur du service du contrôle médical de l'INAMI, ce remboursement est du 22 novembre 1996 pour la quasi totalité soit sans doute avant que l'appelant ne soit convoqué, en ses moyens de défense, devant la Chambre restreinte à l'audience publique du 12 décembre 1996 mais après que le Comité du service du contrôle médical de l'INAMI n'ait décidé de déférer l'appelant devant la Chambre restreinte, émanation de ce comité, pour le grief qui lui est reproché, décision dudit comité en effet du 27 novembre 1996; que le remboursement de l'indu par l'appelant n'a dès lors pas été opéré en cours d'instruction par le médecin-inspecteur mais après la décision du Comité du service du contrôle médical de retenir le grief à l'encontre de l'appelant et de le déférer dès lors devant sa Chambre restreinte, autorité administrative;

Attendu que la Commission considère que, dès sa requête d'appel, l'appelant admet lui-même qu'«il puisse exister de sa part une erreur d'application de la nomenclature» précisant qu'«il n'a jamais affirmé ni écrit qu'il s'agissait d'une lésion intramédullaire. L'étiologie de la décision démontre par elle-même qu'il s'agit d'une pathologie extradurale» (voyez ci-avant II (3) (a)); qu'il réitère cette reconnaissance de l'erreur d'interprétation en soulignant en synthèse de sa requête d'appel lorsqu'il demande à

la Commission d'appel que «dans le contexte d'une erreur de tarification liée à la complexité de pathologie, de l'absence de comportement grave, le grief isolé et sans antécédent ne peut entraîner une sanction de 5 semaines»; que pour la 3^e fois, l'appelant plaide, à l'audience publique du 27 novembre 1997, dans son chef l'erreur d'interprétation mais commise de bonne foi (PV aud. 27 novembre 97);

qu'ainsi, la Commission estime qu'il y a, au vu de la requête d'appel, par deux fois au moins et de la déclaration de l'appelant à l'audience du 27 novembre 1997, reconnaissance de l'erreur de codification de la prestation réellement effectuée par lui, et dès lors reconnaissance personnelle du fait reproché par l'appelant lui-même; qu'ainsi, la Commission, au vu des éléments de la cause et de la reconnaissance de l'erreur par l'appelant lui-même, considère que le grief reproché à l'appelant est matériellement établi; que la Commission estime que les différents éléments ou les différentes circonstances comme les divers moyens avancés dans la note d'audience de l'appelant ne sont pas de nature à contrarier légalement et valablement les considérations ci-avant émises par la Commission quant à la reconnaissance de la matérialité du grief;

Attendu que quant au caractère de gravité du grief et dès lors de son importance quant à la sanction qu'elle peut entraîner, la Commission estime que le code reproché au grief tarifé et signé par l'appelant est inadmissible et dès lors inexcusable parce que ce code attesté par lui correspond à une région anatomique qui est la moelle épinière alors que celle-ci n'est pas concernée par l'opération réellement effectuée par l'appelant;

que cette erreur inadmissible et inexcusable par l'appelant présente un caractère de gravité indéniable;

que la circonstance de la longueur de l'opération ne peut constituer la preuve de bonne foi de l'appelant quant à l'erreur de tarification commise;

que certes, le grief est unique et isolé; qu'il n'apparaît pas des pièces du dossier qu'il y a un antécédent à charge de l'appelant; que ce caractère unique et isolé ne modifie pas le caractère de gravité du grief;

que la Commission, tenant compte du principe de proportionnalité et ne pouvant aggraver, par suite de sa saisine par la seule requête d'appel de l'appelant, la sanction de la décision déferée, considère que la sanction de 5 semaines est légale et proportionnelle à la gravité des faits tenant compte de tous les éléments et moyens avancés par l'appelant comme de la saisine de la Commission;

que l'appel est dès lors non fondé; qu'il y a lieu de confirmer la décision querellée qui a frappé l'appelant d'une sanction de 5 semaines d'interdiction d'intervention des organismes assureurs dans le coût des prestations de santé que l'appelant dispensera";

Considérant qu'en ce qu'il reproche à la décision attaquée de ne pas répondre à ses conclusions, le moyen manque en fait; qu'en effet, le juge du fond n'a pas à examiner, un par un, les arguments avancés, mais qu'il suffit que de l'ensemble de la décision apparaissent les raisons pour lesquelles la demande, le moyen ou l'exception a été rejeté; que tel est le cas en l'espèce; qu'en ce qu'il fait grief à la même décision d'être erronée ou ambiguë, le moyen ne peut davantage être retenu; qu'en effet, la Commission d'appel a pu estimer le grief établi sans que sa décision en devienne

ambigüe par le fait qu'elle aurait omis de préciser le code qui aurait dû être utilisé, dès lors qu'elle a également fait un sort à la défense du requérant selon laquelle la prestation effectuée et celle visée par le code dans le n° 232783 présentaient des difficultés identiques;

Considérant que le requérant prend un second moyen de ce que la décision attaquée est hors de proportion avec les faits reprochés en ce qu'elle le frappe de la mesure d'interdiction d'intervention aux organismes assureurs dans le coût des prestations de santé qu'il dispensera pour une période de 5 semaines;

Considérant que, dans les motifs de la décision attaquée, la Commission d'appel a exposé pourquoi elle estimait que l'erreur de codification reprochée au requérant était établie et revêtait un caractère de gravité; qu'il n'appartient pas au Conseil d'Etat, juge de cassation, de remettre en cause les constatations de la Commission d'appel et son appréciation à cet égard; qu'il lui revient seulement de vérifier si la sanction prononcée n'est pas manifestement disproportionnée eu égard à la gravité des faits retenus; que tel n'est pas le cas en l'espèce; que le moyen ne peut être retenu,

D E C I D E :

Article 1^{er}.

La requête est rejetée.

Article 2.

Les dépens, liquidés à la somme de 173,53 euros, sont mis à charge du requérant.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique de la VI^e chambre, le six février deux mille deux par :

MM. ANDERSEN,	Président du Conseil d'Etat,
HANSE,	Conseiller d'Etat,
LEWALLE,	Conseiller d'Etat,
HARMEL,	Greffier.

Le Greffier,

Le Président,

P. HARMEL.

M. ANDERSEN.