CONSEIL D'ETAT, SECTION D'ADMINISTRATION.

A R R E T

n° du 9 avril 2004

A.107.263/VI-16.066

En cause : **MAHIEU** Paul,

ayant élu domicile chez
Me Xavier LEURQUIN, avocat,
avenue Tedesco, n° 7,
1160 Bruxelles,

contre :

L'INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE,

avenue de Tervuren, n° 211,
1150 Bruxelles.

LE CONSEIL D'ETAT, VI^e^ CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 11 juillet 2001 par Paul MAHIEU qui demande l'annulation de “la décision rendue le 10 mai 2001 par la Commission d'appel instituée auprès du Service du contrôle médical de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité";

Vu les mémoires en réponse et en réplique régulièrement échangés;

Vu le rapport de M. LOMBAERT, Auditeur au Conseil d'Etat;

Vu l'ordonnance du 3 octobre 2003 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 11 février 2004, notifiée aux parties, fixant l'affaire à l'audience du 10 mars 2004, date à laquelle l'affaire a été mise en continuation à l'audience du 31 mars 2004;

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

Entendu, en leurs observations, Me Xavier LEURQUIN, avocat, comparaissant pour le requérant, et Mme Véronique CLICHEROUX, conseiller adjoint, comparaissant pour la partie adverse;

Entendu, en son avis conforme, M. PAUL, Auditeur au Conseil d'Etat;

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 requête sont les suivants :

Le requérant est docteur en médecine, spécialiste en médecine interne. Il travaille au département des urgences et des soins intensifs des Cliniques universitaires Saint-Luc. Exerçant la fonction de chef de service associé, il est attaché plus particulièrement à la sous-unité D où sont traités les cas de neurotraumatologie et toxicologie.

Du point de vue du remboursement des soins par l'assurance maladie-invalidité, le requérant est conventionné. Il a signé, le 26 août 1996, un mandat autorisant le professeur Coche, directeur médical aux Cliniques universitaires Saint-Luc, à "attester et à porter en compte à l'assurance maladie-invalidité en son nom, tant les factures récapitulatives que les attestations de soins donnés". Au sein des Cliniques universitaires Saint-Luc, les prestataires de soins rédigent et signent des documents intermédiaires internes, sur lesquels figurent les prestations effectuées et qui servent ensuite à la direction médicale à attester les prestations facturées.

A partir de 1996, le service du contrôle médical de l'I.N.A.M.I. a mené une enquête relative à des factures d'hospitalisation concernant des patients ayant séjourné à l'unité des soins intensifs des Cliniques universitaires Saint-Luc entre juillet 1995 et avril 1997.

Le 25 juin 1999, le Comité du service de contrôle médical de l'I.N.A.M.I. a décidé de saisir une chambre restreinte constituée en son sein, en retenant quatre griefs à la charge du requérant :

1°. avoir signé des documents intermédiaires et avoir permis de ce fait que soient portées en compte à son nom à l'assurance soins de santé et indemnités des prestations non attestables car non conformes à l'article 13, § 2, 7° et 8°, de la nomenclature des prestations de santé;

2°. avoir signé des documents intermédiaires et avoir permis de ce fait que soient portées en compte à son nom à l'assurance soins de santé et indemnités des prestations non attestables car non conformes au libellé de la nomenclature des soins de santé - prestation 471026;

3°. avoir signé des documents intermédiaires et avoir permis de ce fait que soient portées en compte à son nom à l'assurance soins de santé et indemnités des prestations non attestables car ne répondant pas au libellé de la nomenclature des soins de santé - prestation 475543;

4°. avoir signé des documents intermédiaires comportant des prestations non attestables intervenant dans le calcul de suppléments pour prestations urgentes (article 26, § 1er, de la N. P.S.) et avoir permis dès lors de porter en compte en son nom des suppléments pour prestations d'urgence non attestables entraînant un débours indu pour l'assurance obligatoire soins de santé.

Le mardi 30 novembre 1999, la chambre restreinte a pris la décision suivante :

" (...)

Vu les antécédents et notamment :

- l'enquête effectuée par le Service du contrôle médical au sujet des activités exercées par le Docteur MAHIEU;
- la décision prise par le Comité du service du contrôle médical, au cours de sa séance du 25 juin 1999, de renvoyer le Docteur MAHIEU devant sa Chambre restreinte;
- la lettre adressée le 2l octobre 1999, sous pli recommandé, invitant l'intéressé à comparaître le 30 novembre 1999 devant la Chambre restreinte du Comité du Service du contrôle médical pour y répondre des faits suivants :

(...)

Ouïe en son rapport présenté lors de l'audience du 30 novembre 1999, Madame J. BOISDENGHIEN, Médecin-inspecteur;

Entendu au cours de cette même audience, Monsieur le Docteur HANTSON comparaissant pour le Docteur MAHIEU, ce dernier lui ayant doné procuration pour le représenter;

Attendu qu'il est fait grief au Docteur MAHIEU d'avoir signé des documents intermédiaires et d'avoir permis, de ce fait, que soient portées en compte à son nom à l'assurance soins de santé des prestations non attestables;

Que sous ce libellé, il est en fait plus particulièrement reproché au comparant d'avoir, par sa signature des documents intermédiaires de facturation, permis que soient portées en compte, à son nom, à l'assurance :

1. <u>des prestations non conformes à l'article 13, § 2, 7° et 8°, de la nomenclature des prestations de santé (1er sous-grief);</u>

Attendu qu'en son article 13 § 2, sous la section 4 relative à la «Réanimation», la nomenclature des prestations de santé prévoit notamment une série de codes applicables en cas de «Surveillance continue de la fonction cardiaque (avec ou sans la surveillance d'autres valeurs vitales) à l'aide d'un appareil sentinelle qui, à côté de l'électrocardiogramme, suit de façon permanente au minimum un des paramètres qui suivent : la pression artérielle à l'aide d'un cathéter intra-artériel, la pression veineuse centrale à l'aide d'un cathéter intra-cardiaque, la pression intracrânienne à l'aide d'un cathéter intracardiaque, la pression intracrânienne à l'aide d'un cathéter intracrânien (en dehors des narcoses, des interventions chirurgicales et obstétricales et en dehors des tests fonctionnels cardiaques) y compris les enregistrements éventuels»;

Que ces codes sont :

214023 Le premier jour N 192;
214045 Les deuxième, troisième , quatrième et cinquième jours, par jour N 168;
214126 Supplément auprès des prestations n°s 214012 - 214023 ou 214034 - 214045 si en plus sont effectuées des mesures du débit cardiaque par courbes de thermodilution ou courbes de dilution de colorant, par jour N 92;

212225 Cathétérismes cardiaques en vue du placement d'un ou plusieurs cathéters par voie veineuse pour stimulation atriale et/ou ventriculaire temporaire et/ou pour monitoring des pressions ou des débits cardiaques, y compris les éventuels contrôles radioscopiques télévisés, la dénudation et les contrôles électrocardiographiques N 128;

Qu'en son § 2, ce même article 13, respectivement en ses points 7° et 8°, introduit de manière claire et précise une double restriction dans le mode d'attestation de ces prestations de réanimation puisque d'une part, il stipule que «7° Le nombre de jours indiqués dans le libellé des prestations 212026, 2l204l, 214023 et 214045 constitue le nombre maximum de jours pouvant être portés en compte à l'assurance pour une même période d'hospitalisation» et que d'autre part, il dispose sans équivoque en son point 8° que «La surveillance continue in vivo avec ou sans enregistrements de paramètres physiologiques ou biochimiques ne peut être portée en compte sur base des prestations reprises aux articles 3, 14, 20, 22 ou 24...»;

Que dès lors, en son § 2, 8°, l'article 13 exclut expressément que l'on puisse recourir aux codes prévus pour les prestations visées notamment à l'article 20 de la NPS (cardiologie - code 476125) que ce soit durant soit les 5 premiers jours de la période de surveillance continue visée à l'article 13, § 1, ou que ce soit pour attester ces

prestations réalisées au-delà de cette période soit au-delà du 5ème jour et toujours dans le cadre de la surveillance continue, les prestations 214023 et 214045 ne pouvant plus être portées en compte à l'assurance (cfr. art. 13 § 2, 8°);

Que le caractère restrictif de l'article 13, § 2, 8°, de la nomenclature est par ailleurs confirmé par l'interprétation qu'en a donnée le Collège des Médecins-directeurs du Service des soins de santé de l' I.N.A.M.I. en sa séance du 26/10/1994, à propos de la prestation 475042 (enregistrement pulsation d'origine cardiaque);

Que le Collège des Médecins-directeurs s'exprime en effet en ces termes :
« (...) 2. Pour la surveillance continue de la fonction cardiaque (prestations 214012-214023 et 214034-214045) la nomenclature des prestations de santé a conçu des honoraires forfaitaires journaliers remboursables jusqu'au 5ème jour.

Au-delà du nombre de jours prévu par le libellé de la prestation, plus aucun remboursement ne peut être accordé sous quelque forme que ce soit, pour cette surveillance. (...) La prestation ne peut être facturée au patient.»;

Que dans le même contexte, le Service des soins de santé dans un courrier (réf. 511510 dd du 01/10/91) relatif à la prestation 475075-475086 attestée en néonatologie confirme cette règle : « (...)3. Dans le cas exposé, la prestation 475075-475086 à savoir «examens électrocardiographiques avec protocole, 12 dérivations différentes au minimum K 25, ne peut pas être attestée en lieu et place du monitoring cardiaque prévu à l'article 13 de la nomenclature des prestations de santé, même lorsque le nombre de jours prévu dans le libellé est écoulé. (...)»;

Attendu, qu'en l'espèce, la succession des prestations 214023 (J.1), 214045 (J.2 à J.5), 214126 et 212225 attestées pour les cas cités à l'exposé des faits démontre à suffisance que les prestations 476125 attestées dès le 6ème jour pour ces mêmes patients - que ce soit ou non en cumul avec la prestation 212225 - ont bien été portées en compte dans le cadre de la surveillance continue de la fonction cardiaque et ce, en infraction à l'article 13, § 2, 7° et 8°, de la NPS;

Qu'il n'est par ailleurs pas contesté que ces patients se trouvaient bien hospitalisés dans le cadre de la surveillance continue durant toute la période litigieuse;

Qu'il ressort des éléments du dossier que le grief est établi à suffisance de droit;

Que ce grief, formulé pour 84 prestations 476125 K 60 relatives à 27 assurés, porte sur un indu de 208.155 francs;

2. <u>des prestations non conformes au libellé de la prestation visée sous le code 471026 de la nomenclature des prestations de santé (2ème sous-grief);</u>

Attendu que la prestation 471026 visée à l'article 20, b, de la nomenclature des prestations de santé est définie comme suit :

« Mise en place d'une sonde de Metras, sous contrôle radioscopique, pour recherche cytologique ou bactériologique ou pour instillation médicamenteuse... K 12»;

Attendu que dans les cas cités à grief, il apparaît clairement des éléments du dossier et du médecin mandaté par le Docteur MAHIEU, d'une part, que la sonde utilisée au cours des prestations litigieuses n'était pas une sonde dite de Metras mais bien «une sonde d'aspiration endobronchique spécifique à la manipulation en question» facturée au moyen du code 471026 et d'autre part, qu'il n'y avait pas en l'espèce de contrôle radioscopique mais bien un examen clinique et une image radiographique;

Attendu que la prestation réalisée par le Docteur MAHIEU consiste en effet en une aspiration - au moyen d'une sonde à usage unique - et en une instillation endobronchique chez des patients intubés et ventilés artificiellement avec manoeuvres physiothérapeutiques sous prescription et surveillance médicale;

Que l'argument, invoqué par le Docteur HANTSON, pour le Docteur MAHIEU, selon lequel l'utilisation d'une sonde de METRAS est devenue obsolète, n'autorise toutefois pas le Docteur MAHIEU à utiliser le code 471026 pour attester une prestation pour laquelle il n'existe à ce jour aucun code dans la nomenclature des prestations de santé;

Que le Docteur Mahieu a utilisé ce code de bonne foi;

Qu'il ressort des éléments du dossier et des déclarations faites au nom du Docteur MAHIEU que le grief est établi à suffisance de droit;

Que ce grief, formulé pour 11.726 prestations 471026 K 12 relatives à 404 assurés, porte sur un indu de 5.843.862 francs;

3. des prestations non conformes au libellé de la nomenclature des prestations de santé repris sous le numéro-code 475543;

Attendu que la prestation 475543 visée à l'article 20, e, de la nomenclature est définie comme suit: «Epreuve pharmacodynamique, suivie de contrôles électrocardiographiques, avec protocole... K 25»;

Que le Docteur HANTSON, pour le Docteur MAHIEU, reconnaît n'y avoir jamais eu rédaction de protocole;

Qu'il ressort des éléments du dossier et des déclarations faites au nom du Docteur MAHIEU que le grief est établi à suffisance de droit;

Que ce grief, formulé pour 219 prestations 475543 K 25 relatives à 140 assurés, génère un indu de 199.051 francs;

4. des prestations non attestables intervenant dans le calcul de suppléments pour prestations urgentes (art. 26, § 1, de la NPS) et avoir dès lors permis de porter en compte en son nom des suppléments pour prestations d'urgence non attestables entraînant un debours indu pour l'assurance obligatoire soins de santé.

Attendu que l'article 26, § 1, de la nomenclature stipule :

Supplément d'honoraires pour les prestations urgentes effectuées pendant la nuit ou les week-ends ou durant un jour férié, à l'exception des prestations citées au § 8;

- 599583: Pour les prestations dont la valeur relative est supérieure à K 75 ou N 125 ou I 125 et égale ou inférieure à K 180 ou N 200 ou I 200 K 80.

- 599605: Pour les prestations dont la valeur relative est supérieure à K 50 ou N 85 ou I 85 et égale ou inférieure à K 75 ou N 125 ou I 125 K 60;

- 599620: pour les prestations dont la valeur relative est supérieure à K 25 ou N 42 ou I 42 et égale ou inférieure à K 50 ou N 85 ou I 85 ..... K40.

Que la valeur des prestations attestées détermine le code relatif aux suppléments d'honoraires attestables pour les prestations d'urgence tel que prévu à l'art. 26, § 1;

Que l'accessoire suivant le principal, la ou les prestation(s) principale(s) étant non attestables, les suppléments qui en découlent sont également non attestables;

Que ce grief n'est pas contesté;

Qu'il ressort des éléments du dossier que ce grief est établi à suffisance de droit;

Qu'il est formulé pour 6 prestations réparties en
1 prestation 599605 K 60
4 Prestations 599620 K 40
et 1 prestation 599583 K 80

relatives à un assuré et qu'il génère un indu de 16.438 BEF;

Que la Chambre restreinte estime que tous les griefs sont établis à suffisance de droit mais décide de prendre en compte la bonne foi du Docteur MAHIEU dans l'évaluation de la sanction;

PAR CES MOTIFS,

Vu l'article 156 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, tel qu'il a été modifié à ce jour;

Vu les articles 13 § 2, 7° et 8°, 20, b et e, et 26, § 1, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé tels qu'ils étaient d'application à l'époque des faits;

La Chambre restreinte du Comité du Service du contrôle médical, après en avoir délibéré, déclare le grief, en ses quatre subdivisions, établi dans sa matérialité mais décide qu'il n'y a pas lieu d'interdire aux organismes assureurs d'intervenir dans le coût des prestations de santé dispensées à l'avenir par Monsieur le Docteur MAHIEU, étant donné la bonne foi de celui-ci;

Ainsi décidé à Bruxelles le 30 novembre 1999 par la Chambre restreinte du Comité du Service du contrôle médical composée de Monsieur M. VAN WUYTSWINKEL, Magistrat, Président, Monsieur le Docteur VAN HOUTE, représentant les organismes assureurs, Monsieur le Docteur MASSON, représentant les associations représentatives du corps médical et Monsieur le Docteur LOUVRIER, représentant l'Ordre des médecins, tous membres du Comité, et assistée de Madame V. CLICHEROUX, secrétaire suppléant.".

Cette décision de la chambre restreinte a été signée le 6 septembre 2000 et notifiée au requérant le 11 septembre 2000.

Le 26 septembre 2000, le requérant a introduit une requête d'appel devant la Commission d'appel instituée auprès du service du contrôle médical de l' I.N.A.M.I.. Le 28 février 2001, le requérant a également déposé un mémoire devant la Commission d'appel.

Le 10 mai 2001, la Commission d'appel instituée auprès du service du contrôle médical de l' I.N.A.M.I. a jugé ce qui suit :

" (...)

COMMISSION D'APPEL INSTITUEE AUPRES DU SERVICE DU CONTRÔLE MEDICAL DE L'INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE INVALIDITE.

***

(Article 155, alinéas 3 et 6 et article 156, alinéas 1, 3 et 4 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994)

***

Chambre d'expression française

***

Affaire en cause de : **Paul MAHIEU**

Médecin interniste
Domicilié rue Biest, 94 à Renaix

- Vu la décision de la chambre restreinte du Comité du service du contrôle médical de l'I.N.A.M.I. du 30 novembre 1999, signée le 6 septembre 2000 et notifiée à l'appelant par lettre recommandée à la poste le 11 septembre 2000;

- Vu l'appel du médecin Paul MAHIEU formé par requête envoyée par lettre recommandée à la poste le 26 septembre 2000, parvenue au secrétariat de la Commission d'appel le 28 septembre 2000;

- Entendue Madame BOISDENGHIEN, médecin-rapporteur, en la lecture de son rapport à l'audience publique du 8 mars 2001;

- Entendus le Docteur Marc REYNAERT, porteur d'une procuration, et Maître Xavier LEURQUIN, avocat au barreau de Bruxelles, conseil de l'appelant, en ses moyens tels que développés dans un mémoire adressé au secrétariat de la Commission d'appel en date du 28 février 2001;

- Vu le rapport pour la Commission d'appel, la décision de la Chambre restreinte déférée et l'exposé des faits tels qu'adressés aux parties et aux membres de la Commission d'appel;

I. QUANT A LA RECEVABILITE DE L'APPEL:

Attendu que la décision déférée a été notifiée à l'appelant, par lettre recommandée, le 11 septembre 2000;

Que l'appel interjeté par requête, envoyée par lettre recommandée le 26 septembre 2000, a été reçu au secrétariat de la Commission d'appel le 28 septembre 2000;

Que l'appel est recevable;

II. LES DOCUMENTS DE LA CAUSE:

Attendu que le Comité du service du contrôle médical a décidé de déférer la partie appelante devant la Chambre restreinte pour deux griefs, dont le libellé est repris dans le rapport à la Commission d'appel (pages 4 à 7) ; que la Commission s'y réfère;

Attendu que la décision déférée a retenu ces griefs établis dans leur matérialité; qu'elle a estimé qu'il n'y avait pas lieu d'interdire aux organismes assureurs d'intervenir dans le coût des prestations de santé dispensées à l'avenir par le Docteur MAHIEU, étant donné la bonne foi de celui- ci;

Attendu que l'appelant, dans sa requête d'appel et dans son mémoire, persiste à ne pas contester la matérialité des faits, mais considère n'avoir jamais «commis une infraction à la nomenclature I.N.A.M.I.»;

Qu'à titre principal, il estime que «l'action originaire est manifestement prescrite» et qu'en tout état de cause, «c'est-à dire indépendamment du point de vue de savoir si le délai de prescription est ou non dépassé, l'I.N.A.M.I., en prenant la décision dont appel, en date du 30 novembre 2000 (sic), a dépassé manifestement le délai raisonnable qui lui était imparti pour prendre une telle décision»;

Que l'appelant demande, en conséquence, à la Commission d'appel de mettre à néant la décision dont appel du30 novembre 2000 (sic);

III. EN DROIT:

A) Quant à la prescription :

Attendu, selon l'appelant, que les prestations litigieuses ont été réalisées entre juillet 1995 et avril 1997; que les constatations susceptibles de faire l'objet des sanctions visées à l'article 156 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 ne peuvent être faites que par le Comité du service du contrôle médical; que ces constatations sont à dater du 25 juin 1999, soit pour la plupart d'entre eux plus de deux ans après les faits reprochés; que, dès lors, l'action originaire est manifestement prescrite;

Attendu qu'aux termes de l'article 139, 1°, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, le service du contrôle médical a pour mission de contrôler les prestations de l'assurance soins de santé et de l'assurance indemnités, sur le plan de la réalité et de la conformité aux dispositions de la loi et de ses arrêtés d'exécution;

Que ce service dispose, notamment, de médecins-inspecteurs (article 146 de la L.C.);

Que c'est à ces médecins fonctionnaires (notamment) qu'il appartient, dans le cadre de leur mission de contrôle, de constater les infractions aux dispositions légales ou réglementaires concernant l'assurance soins de santé ou indemnités, commises par les dispensateurs de soins; que, lorsqu'ils font ces constatations, ils dressent des procès-verbaux qui font foi jusqu'à preuve du contraire (article 169 de la L.C.);

Qu'en vertu de l'article 141, § 1er, alinéa 1er, 9°, de la L.C., ces constatations, lorsqu'elles sont faites à charge des personnes autorisées à dispenser des soins de santé et qu'elles sont susceptibles de faire l'objet des sanctions visées à l'article 156, sont déférées aux Chambres restreintes par le Comité du service du contrôle médical;

Que, pour l'application de cet article 141, § 1er, alinéa 1er, 9°, les constatations doivent, à peine de nullité, intervenir dans les deux ans à compter du jour où les documents relatifs aux faits litigieux sont reçus par les organismes assureurs (article 174, 10°, de la L.C.);

Qu'en l'espèce, il appert tant du «pro justitia - procès-verbal de constat» établi le 25 juillet 1997, que de la décision de la Chambre restreinte et du rapport à la Commission d'appel, que les attestations les plus anciennes, prises en considération dans le cadre

- de la première subdivision du grief n° 1 (mesure du débit cardiaque) fait à l'appelant datent du 26 juillet 1995;
- de la deuxième subdivision du grief n° 1 (sonde de Métras) datent du 31 juillet 1995;
- de la troisième subdivision du grief n° 1 (épreuve pharmacodynamique) datent du mois d'octobre 1995;
- du deuxième grief datent du mois de septembre 1996;

Que le procès-verbal de constat du 25 juillet 1997 est intervenu moins de deux ans à compter du jour où les prestations litigieuses les plus anciennes, prises en considération, ont été attestées;

Qu'au surplus, pour interrompre la prescription, une lettre recommandée suffit; que l'interruption peut être renouvelée;

Que moins de deux ans aussi se sont écoulés entre le dernier procès-verbal de constat du 25 juillet 1997 et la décision prise par le Comité du Service du contrôle médical, le 25 juin 1999, de renvoyer le Docteur MAHIEU devant sa Chambre restreinte;

Qu'en conséquence, la prescription dont question à l'article 174, 10°, de la L.C. n'est, en l'espèce, pas acquise;

B) Dépassement du délai raisonnable :

Attendu que l'appelant conclut à l'incompétence *ratione temporis* de l'I.N.A.M.I. lorsqu'il a pris la décision dont appel le 6 septembre 2000, tirant argument de ce qu'il s'est écoulé un délai allant de 62 mois à 40 mois entre les faits reprochés et la décision administrative de la Chambre restreinte et que ce délai est particulièrement déraisonnable, vu la simplicité desdits faits et leur immédiate reconnaissance matérielle par l'appelant;

1. Attendu que la chronologie des faits se trouve clairement exposée dans l'Exposé des faits destiné à la Chambre restreinte et le Rapport à la Commission d'appel;

Qu'il appert de ces documents que :

- les faits reprochés ont été commis entre juillet 1995 et avril 1997;

- l'enquête menée par le service du contrôle médical a débuté d'initiative, par l'étude de factures émanant des Cliniques universitaires Saint- Luc, et relatives à des assurés séjournant en unité de soins intensifs (USI);

- en cours d'enquête, soit le 15 avril 1997, un médecin-conseil des Mutualités libérales a transmis au Service du contrôle médical copies de factures portant sur la prestation 471026Kl2 (sonde de Metras);

- le chef du service du département des soins intensifs desdites Cliniques universitaires a été entendu à plusieurs reprises, dans le cadre de cette enquête, ce entre le 27 mai 1997 et le 22 septembre 1997;

- un premier procès-verbal de constat d'infraction a été établi à charge de plusieurs médecins de l'équipe de soins intensifs, dont le Docteur MAHIEU, en date du 25 juillet 1997;

- par lettre recommandée du 7 août 1997, l'équipe des soins intensifs a réagi à l'envoi de ces procès-verbaux;

- en date du 10 septembre 1997, autorisation a été donnée d'étendre les investigations concernant les prestations effectuées par les prestataires de l'équipe des soins intensifs des Cliniques universitaires Saint-Luc;

- les 30 septembre, 28 novembre 1997 et 4 février 1998, de nouveaux procès-verbaux furent adressés à certains des membres de cette équipe, dont le Docteur MAHIEU;

- le 17 février 1998, une lettre recommandée signée par les divers prestataires de l'USI a été adressée au Service, demandant un délai complémentaire «avant réponse au courrier du 4 février 1998»;

- le Docteur MAHIEU a, quant à lui, adressé des courriers au service les 12 septembre 1997, 17 février 1998 et 20 février 1998; au nom du Docteur MAHIEU, le Docteur GOENEN a adressé au Service du contrôle médical différents courriers en date des 2 octobre 1997, 16 octobre 1997 et 14 janvier 1998:

- le 7 décembre 1998, le Service du contrôle médical, après avoir réexaminé l'ensemble des dossiers ouverts à charge des différents médecins de l'USI, établissait, pour son Comité, une note n° 98/201, synthétisant les devoirs accomplis;

- le Comité du service du contrôle médical, au cours de sa séance du 25 juin 1999, décida de renvoyer le Docteur MAHIEU devant sa Chambre restreinte;

- par lettre recommandée du 21 octobre 1999, l'intéressé a été invité à comparaître le 30 novembre 1999 devant ladite Chambre;

- du procès-verbal de cette séance, il ressort que le Docteur Philippe HANSTON a comparu à ladite audience loco le Docteur MAHIEU et fait valoir les moyens de défense de ce dernier; qu'après clôture des débats, l'affaire a été mise en délibéré;

- la décision de la chambre restreinte a été signée le 6 septembre 2000 et notifiée à l'intéressé le 11 septembre 2000 par lettre recommandée à la poste;

Qu'il faut souligner, en outre, qu'au cours de cette même enquête, les docteurs VINCENT de l'ULB et HUYGHENS, responsable de l'USI de l'AZ-VUB ont été entendus «à titre d'avis en la matière»; qu'il a également été procédé à l'audition du Docteur COCHE, directeur médical des Cliniques universitaires Saint-Luc;

Qu'au surplus, l'enquête qui a été menée ne concernait pas le seul Docteur MAHIEU qu'elle a porté sur les agissements de toute l'USI des Cliniques universitaires Saint-Luc; que ce ne sont pas moins de dix médecins de cette unité qui ont été invités à comparaître devant la Chambre restreinte ; que celle-ci, dans le souci d'être informée le plus complètement possible, a souhaité que tous ces médecins aient fait valoir leurs moyens de défense avant de statuer dans chaque cas individuellement;

Qu'enfin, les manquements retenus à charge de ces différents médecins n'étaient pas tous identiques;

2. Attendu qu'il est de principe qu'une autorité, qui est obligée d'agir, doit décider dans un délai raisonnable, que l'exercice de la compétence soit soumis à un délai

d'ordre ou non; qu'ainsi, enseignent la doctrine et la jurisprudence, le Roi a-t-il le devoir de faire les arrêtés nécessaires à l'exécution des lois dans un délai raisonnable;

Que doit, de même, décider dans un délai raisonnable, l'autorité chargée de statuer sur un recours administratif organisé, lorsque, comme en l'espèce, aucun délai n'est imposé;

Que cette notion a été dégagée et appliquée principalement dans des affaires relatives à des sanctions disciplinaires;

Attendu que la règle qui impose à une autorité de se prononcer dans un délai raisonnable trouve son fondement légal dans l'article 6.1 de la Convention des Droits de l'Homme et des Libertés Fondamentales, aux termes duquel «1. Toute personne a droit à ce que sa cause soit entendue (...) dans un délai raisonnable par un tribunal qui décidera, soit des contestations sur ses droits et obligations de caractère civil, soit du bien-fondé de toute accusation en matière pénale dirigée contre elle (...)»;

Que cette disposition n'est pas applicable aux décisions administratives prises par la Chambre restreinte lorsque, conformément à l'article 156 de la L.C., elle interdit aux organismes assureurs d'intervenir dans le coût des soins de santé dispensés par un médecin qui ne se conforme pas aux dispositions légales et réglementaires concernant l'assurance obligatoire; que cette Chambre agit comme organe du service du contrôle médical et non comme une juridiction administrative;

Que la Commission européenne des droits de l'homme a estimé que l'article 6 de la Convention «ne s'applique pas à la procédure administrative devant les Commissions de contrôle médical qui prononcent une suspension de l'intervention de l'assurance; en effet, la décision ne porte pas sur une accusation en matière pénale et elle n'a pas davantage d'effet direct sur les droits et obligations civils d'une personne exerçant une profession libérale»;

Que le Conseil d'État, quant à lui, ne semble pas partager ce point de vue puisqu'il considère que «l'impossibilité d'obtenir le remboursement des soins médicaux est de nature à détourner une partie de la clientèle d'un médecin; que cette circonstance influe non seulement sur la liberté de choix, par le patient, d'un médecin, mais aussi sur le droit d'exercer la profession médicale; qu'en effet, les relations entre un médecin et ses patients sont d'ordre contractuel ou quasi-contractuel; qu'un élément important de la conclusion de cette relation consiste précisément dans la possibilité pour le patient d'obtenir le remboursement des soins médicaux; qu'il s'ensuit que la décision attaquée a pour objet une contestation portant sur un droit civil au sens de l'article 6.1 de la Convention de Sauvegarde des Droits de l'Homme et des Libertés Fondamentales»; qu'il faut souligner que la décision attaquée émanait, évidemment, de la Commission d'appel, laquelle -contrairement à la Chambre restreinte- est une juridiction;

Attendu, en tout état de cause, que le principe général de bonne administration implique notamment l'obligation, pour les autorités administratives, d'agir dans des délais raisonnables;

Attendu que le caractère raisonnable du délai est une notion fonctionnelle, dont la portée est affaire de circonstances; que la question de savoir quand un délai peut être considéré comme raisonnable dépend du temps nécessaire à l'autorité pour disposer de toutes les données de fait, informations et avis qui lui permettent de décider; que l'autorité ne peut agir précipitamment;

Que le délai raisonnable dans lequel toute autorité administrative doit prendre une décision commence à courir à partir du moment où elle est en mesure de le faire;

Attendu qu'il apparaît, dans les circonstances propres en l'espèce, que les délais qui se sont écoulés entre le début de l'enquête menée par le Service du contrôle médical et le moment où le Comité du Service du contrôle médical décida de renvoyer le Docteur MAHIEU devant sa Chambre restreinte sont d'un peu plus de deux ans; que, cinq mois plus tard, le Docteur MAHIEU a été invité à comparaître devant ladite Chambre; que la chronologie des faits et les éléments repris sous le point 1 ci-dessus démontrent à suffisance qu'à aucun moment, le dossier, complexe, n'a «stagné» sans explications;

Attendu que l'appelant a comparu devant la Chambre restreinte le 30 novembre 1999; que la décision de celle-ci a été signée le 6 septembre 2000;

Qu'il faut en déduire que la décision de la Chambre restreinte est intervenue le 6 septembre 2000; qu'en effet, la signature d'une décision administrative, qui permet de vérifier si l'acte a bien été accompli par l'organe compétent de l'autorité concernée, est une formalité substantielle dont dépend son existence;

Que le médecin-rapporteur a justifié la tardiveté de la signature de la décision par le fait que, vu l'objet semblable des différents dossiers, il a semblé utile que toutes les affaires soient passées en Chambre restreinte pour pouvoir prendre des décisions judicieuses ; qu'au surplus, la modification du système informatique de l'I.N.A.M.I. a posé de sérieux problèmes dans la rédaction des décisions;

Que s'il est exact que des difficultés administratives ne peuvent justifier à elles seules cette tardiveté, il y a lieu de prendre en considération la complexité de l'affaire, laquelle a déjà été exposée supra; que la Commission trouve pour le moins étonnant que l'appelant invoque «la simplicité des (...) faits et leur immédiate reconnaissance par lui»; que le chef de service de l'USI, le Docteur GOENEN, a lui-même admis la «complexité de cette affaire», lorsqu'il a été convoqué à comparaître devant la Chambre restreinte; que, sollicitant une remise, il ajoutait qu'«il serait souhaitable de pouvoir disposer de davantage de temps afin de pouvoir la mettre en état dans un délai normal»;qu'enfin, si l'appelant a reconnu la matérialité des faits, il n'en prétend pas moins avoir fait une application correcte de la nomenclature»;

Qu'il convient, en outre, de souligner qu'en l'espèce, aucune sanction à l'encontre de l'appelant n'a été prononcée par la Chambre restreinte; qu'en tout état de cause, la seule sanction que celle-ci aurait pu éventuellement appliquer est celle prévue à l'article 156 de la L.C.; qu'aux termes de cette disposition, les chambres restreintes peuvent, «sans préjudice des poursuites pénales et disciplinaires éventuelles (...), interdire aux organismes assureurs, pour une période allant de cinq jours à un an, l'intervention dans le coût des prestations de santé (...)» ; qu'il s'agit là - non d'une sanction disciplinaire, mais - d'une sanction administrative;

Que l'appelant, dans son mémoire, ne se méprend d'ailleurs pas sur la nature de cette sanction, puisqu'il prétend «qu'en l'espèce, tant l'importance des sommes en jeu que l'honorabilité de l'appelant, devaient amener l'I.N.A.M.I. à une grande diligence»;que la Chambre restreinte ne s'est pas prononcée sur la récupération des sommes en jeu; qu'au surplus, l'honorabilité de l'appelant n'a jamais été mise en cause; que seule est mise en cause l'intervention de l'I.N.A.M.I. dans certaines des prestations effectuées par l'appelant; que la Commission n'aperçoit pas en quoi il aurait pu être porté atteinte à l'honorabilité de l'appelant; que la plupart des médecins de l'USI des Cliniques Saint-Luc - dont l'appelant - ne semblent pas avoir été affectés par l'enquête et les procédures menées par le service du contrôle médical, dans la mesure où ils n'ont pas estimé devoir modifier leur comportement;

3. Attendu que la Commission d'appel estime que, dans ces conditions, l'argument de dépassement du délai raisonnable invoqué par l'appelant n'est pas fondé;

C) Au fond :

1. Attendu qu'il est fait grief au Docteur MAHIEU d'«avoir signé des documents intermédiaires et d'avoir permis, de ce fait, que soient portées en compte à son propre nom, à l'Assurance soins de santé et indemnités, des prestations non attestables car non conformes à l'article 13, §2, 7° et 8°, de la nomenclature des prestations de santé» (grief n° 1, première subdivision);

Que, pour l'I.N.A.M.I., «la succession des prestations 214023 (J.1), 214045 (J.5), 214126, 212225 attestées pour chaque assuré cité» dans l'Expose des faits (p. 7) «démontre que les prestations 476125 attestées dès le 6ème jour, ont bien été portées en compte dans le cadre de la surveillance continue de la fonction cardiaque»;

Que les dix médecins de l'USI ont toujours contesté cette interprétation de l'I.N.A.M.I. prétendant - sans être contredits - que, si la surveillance continue de la fonction cardiaque ne peut être portée en compte que pour les cinq premiers jours d'une même hospitalisation, la mesure du débit cardiaque peut, quant à elle, être utilisée sans limitation dans le temps; que cette prestation, qui peut être cumulée avec la surveillance continue pendant les cinq premiers jours (code 214126), peut continuer à être portée en compte au delà de cette période, dès l'instant où il s'agit d'une mesure ponctuelle répétée dans le temps pour aider au diagnostic et à l'orientation thérapeutique des patients; que la mesure du débit cardiaque se réalise de manière ponctuelle, par un appareil spécial et une procédure bien identifiée, séparée de la surveillance continue;

Attendu que l'article 13 de l'Annexe à 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 s'inscrit dans la section 4 «réanimation» du Chapitre V «prestations techniques médicales spéciales»;

Qu'en son § 1er, cet article 13 dispose que «sont considérés comme prestations qui requiert la qualification de médecin spécialiste en anesthésiologie, chirurgie, neurochirurgie, médecine interne, cardiologie, gastro-entérologie, neuropsychiatrie, pneumologie ou pédiatrie :
(...)
Surveillance continue de la fonction cardiaque (avec ou sans la surveillance d'autres valeurs vitales) à l'aide d'un appareil sentinelle qui, à côté de l'électrocardiogramme suit de façon permanente au minimum un des paramètres qui suivent: la pression artérielle à l'aide d'un cathéter intra-artériel, la pression veineuse centrale à l'aide d'un cathéter dans la veine cave, la pression intracavitaire ou pulmonaire à l'aide d'un cathéter intracardiaque, la pression intracrânienne à l'aide d'un cathéter intracrânien (en dehors des narcoses, des interventions chirurgicales et obstétricales et en dehors des tests fonctionnels cardiaques) y compris les enregistrements éventuels»;

Que, pour ces prestations, cette disposition prévoit les codes :
«214012 214023 Le premier jour N 192
«214034 214045 Les deuxième, troisième, quatrième et cinquième jour, par jour N 168
«214115 214126 Supplément auprès des prestations n° 214012- 214023 ou 214034 - 214045 si, en plus sont effectuées des mesures du débit cardiaque par courbes de thermodilution ou courbes de dilution de colorant, par jour N 92»;

Qu'en son § 2, 7°, ce même article précise que «le nombre de jours indiqué dans le libellé des prestations (...) 214012-214023, 214034-214045 constitue le nombre maximum de jours pouvant être porté en compte pour une même période d'hospitalisation»;

Que le 8° du §2 du même article 13 précise, enfin, que «la surveillance continue in vivo avec ou sans enregistrements de paramètres physiologiques ou biochimiques ne peut être portée en compte sur base des prestations reprises» notamment à l'article 20;

Que, parmi les prestations reprises à l'article 20, figure notamment au e) (soit les prestations relevant de la spécialité en cardiologie), la «mesure du débit cardiaque par les courbes de thermodilution ou par les courbes de dilution de colorant et calcul des temps circulatoires :
«476114 476125 au repos, deux déterminations séparées au minimum K 60»;

Qu'il appert de ces dispositions que la surveillance continue de la fonction cardiaque dont il est question à l'article 13, § 1er, de la nomenclature, est celle qui s'effectue à l'aide d'un appareil qui suit de façon permanente au minimum un des paramètres énoncés par cette disposition;

Que cette surveillance continue peut être portée en compte de l'assurance soins de santé pendant un maximum de cinq jours (article 13, §2, 7°) pour une même période d'hospitalisation; que le libellé de quasi toutes les prestations de réanimation énoncées à l'article 13, § 1er, indique d'ailleurs un nombre de jours maximum pouvant être portés en compte pour une même période d'hospitalisation;

Qu'un supplément auprès de cette surveillance continue peut être porté en compte, pendant la même période, si, en plus, sont effectuées des mesures de débit cardiaque;

Que la surveillance continue de la fonction cardiaque et la mesure du débit cardiaque sont donc deux prestations différentes, auxquelles la nomenclature attribue des codes différents;

Que si, pour la première, la nomenclature a conçu des honoraires forfaitaires journaliers remboursables jusqu'au 5ème jour, il n'existe rien de semblable pour la seconde;

Que l'article 13, § 2, 8°, interdit de porter la surveillance continue en compte sur base de la mesure du débit cardiaque;

Que l'I.N.A.M.I. illustre la portée de cette interdiction en faisant référence à deux réponses du Service des Soins de Santé (réf. 775309- séance du Collège des médecins directeurs du 26 octobre 1994 et réf. 511510 du 1er octobre 1991 - cf. Expose des faits, p.6 et 7);

Que, dans l'une de ces réponses, il est expressément indiqué qu'une «prestation ne peut être attestée en lieu et place du monitoring cardiaque prévu à l'article 13 de la nomenclature des prestations de santé, même lorsque le nombre de jours prévu dans le libellé est écoulé (...)»;

Qu'en l'espèce, les médecins de l'USI contestent formellement avoir attesté des mesures de débits cardiaque en lieu et place de la surveillance continue de la fonction cardiaque;

Que la Commission d'appel considère que, dans ces conditions, il n'est pas établi que ces médecins - dont le Docteur MAHIEU - aient méconnu le prescrit de l'article 13, § 2, 7° et 8°, de la nomenclature;

Qu'en conséquence, l'appel, en ce qu'il porte sur la première subdivision du grief n° 1, fait au Docteur MAHIEU, est fondé;

2. Attendu qu'il est également fait grief au Docteur MAHIEU d'avoir signé des documents intermédiaires et d'avoir permis de ce fait que soient portées en compte à son nom à l'Assurance soins de santé et indemnités, des prestations non attestables car non conformes au libellé de la nomenclature des soins de santé - prestation 471026(grief n° 1, deuxième subdivision);

Attendu que la prestation reprise sous le code 471026, figurant à l'article 20, b), de l'Annexe à l'Arrêté royal du 14 septembre 1984, est libellée comme suit: «Mise en place d'une sonde de Métras, sous contrôle radioscopique, pour recherche cytologique ou bactériologique ou pour instillation médicamenteuse»;

Qu'en l'espèce, cette prestation a été attestée - non pour la mise en place d'une sonde de Métras, mais - pour le placement à l'aveugle et donc sans contrôle radioscopique, d'une sonde d'aspiration et ce, après positionnement du patient en position déclive;

Que la matérialité des faits n'a jamais été - et n'est pas - contestée par les médecins de l'USI des Cliniques Saint-Luc, dont fait partie l'appelant; qu'ils reconnaissent n'utiliser ni sonde de Métras ni radioscopie (cf. lettre du 7 août 1997);

Qu'ils allèguent que cette sonde est devenue obsolète; que cette prestation doit faire l'objet d'une interprétation téléologique; qu'au surplus, l'assimilation de la prestation réalisée par l'équipe de l'USI au code 471026 de la nomenclature aurait été «acceptée en 1970 environ par un responsable de l'I.N.A.M.I., en présence du Docteur LAENEN (Mut. Chrétiennes) et du Docteur MAHIEU»;

Attendu que l'appelant - pas plus d'ailleurs que ses collègues de l'USI - n'apporte le moindre élément de nature à étayer l'affirmation selon laquelle les Cliniques Saint-Luc auraient été autorisées, par l'I.N.A.M.I., à porter en compte de l'Assurance, sous le code 471026, les prestations effectuées ;

Que la référence à feu le Docteur LAENEN, des Mutualités Chrétiennes, et au Docteur MAHIEU lui-même, ne peut être considérée comme un élément de preuve; qu'au surplus, la date à laquelle serait intervenu ce prétendu accord est des plus imprécise et l'identité du prétendu responsable de l'I.N.A.M.I. qui aurait accepté cette assimilation n'est même pas donnée;

Qu'enfin, un tel accord eût-il existé - quod non - encore faudrait-il constater que seuls les prestataires des Cliniques Saint-Luc et de l'Hôpital d'Ottignies en auraient bénéficié, ce qui serait pour le moins étonnant; qu'il convient de rappeler, en effet, que, durant l'année 1995, les actes attestés par ces prestataires sous le code 471026 ont représenté 99,57% du nombre national d'actes 471026;

Attendu que la Commission d'appel estime, dans ces conditions, que l'existence d'une prétendue autorisation assimilant la prestation effectuée au code 471026 n'est pas établie, et qu'il n'y a pas lieu «d'ordonner un complément d'enquête sur ce point», vu le caractère imprécis des allégations de l'appelant et de ses collègues;

Attendu, par ailleurs, que la Commission d'appel estime qu'il n'y a pas lieu à interprétation téléologique de la prestation 471026, telle que décrite à l'article 20, § 1er, b), de la nomenclature;

Que le texte de cette disposition est clair, précis et ne comporte aucune ambiguïté;

Qu'il décrit une prestation technique;

Qu'il n'y a donc pas lieu de «dégager, à l'aide d'extraits des travaux préparatoires, la ratio legis» de la disposition en cause, ni d'«établir une solution qui résulte de

l'adaptation de cette ratio aux exigences sociales, politiques ou morales révélées par le litige»;

Qu'il n'est pas sans intérêt de souligner, enfin, que, si l'appelant et ses collègues estimaient que la prestation décrite sous le code 471026 était obsolète et devait être adaptée aux techniques modernes, il leur était loisible, via les dispensateurs représentés au sein des Commissions de l'I.N.A.M.I. d'oeuvrer dans le sens d'une adéquation de la pratique médicale actualisée aux textes réglementaires, lors de travaux consacrés à la modification de la nomenclature;

Attendu, dès lors, que l'appel, en ce qu'il porte sur la deuxième subdivision du grief n° 1, fait au Docteur MAHIEU, n'est pas fondé;

3. Attendu qu'il est également fait grief au Docteur MAHIEU d'avoir signé des documents intermédiaires et d'avoir permis, de ce fait, que soient portées en compte à son nom, à l'Assurance soins de santé et indemnités, des prestations non attestables car ne répondant pas au libellé de la nomenclature des prestations de santé;

Que la prestation en cause porte le code 475543 «épreuve pharmacodynamique, suivie de contrôles électrocardiographiques, avec protocole K 25»;

Que cette prestation a été attestée, par l'appelant notamment, en l'absence de protocole;

Que la matérialité des faits n'est pas contestée par l'appelant;

Qu'il allègue que la réalisation d'un protocole écrit est une condition «impossible à respecter»;

Attendu que la prestation 475543, telle que décrite par la nomenclature, impose la rédaction d'un protocole;

Qu'en l'absence d'un tel document, elle ne peut être attestée sous le code en question;

Qu'ainsi que l'a rappelé l'I.N.A.M.I. dans sa réponse aux conclusions de l'appelant, «la nomenclature vaut pour chaque dispensateur, quelles que soient les motivations de celui-ci pour justifier son non-respect de la réglementation»;

Que l'appel, en ce qu'il porte sur la troisième subdivision du grief n° 1, fait à l'appelant, n'est donc pas fondé;

4. Attendu, enfin, qu'il est fait grief au Docteur MAHIEU d'avoir signé des documents intermédiaires comportant des prestations non attestables intervenant dans le calcul de suppléments pour prestations urgentes (article 26, § 1er, de la nomenclature) et d'avoir dès lors permis de porter en compte en son nom des suppléments pour prestations d'urgence non attestables entraînant un débours indu pour l'assurance obligatoire soins de santé (grief n° 2);

Attendu que l'article 26 de la nomenclature permet de porter en compte un supplément d'honoraires pour les prestations urgentes effectuées pendant la nuit ou les week-ends ou durant un jour férié (à l'exception des prestations citées au § 8 dudit article);

Qu'en l'espèce, ce grief concerne un assuré «cité à titre d'exemple», repris dans la deuxième subdivision du grief n° 1, sous le cas n° 18;

Que ce grief concerne donc un supplément par rapport à des prestations attestées sous le n° 471026;

Que les prestations 471026 n'étaient pas attestables; que les suppléments qui en découlent - et qui ne sont d'ailleurs pas contestés - sont également non attestables;

Qu'il y a lieu, dès lors, de confirmer la décision de la Chambre restreinte en ce qu'elle a déclaré ce grief établi;

PAR CES MOTIFS,

La Commission d'appel,

Statuant contradictoirement,

Vu la loi du 9 août 1963 sur l'assurance maladie invalidité et ses arrêtés d'exécution;

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

Reçoit l'appel,

Le déclare fondé en ce qui concerne la première subdivision du grief n° 1 fait à l'appelant; en conséquence, dit pour droit qu'il n'est pas établi que l'appelant ait permis que soient portées en compte, à son nom, à l'Assurance soins de santé et indemnités, des prestations non attestables car non conformes à l'article 13, § 2, 7° et 8°, de la Nomenclature des prestations de santé;

Le déclare non fondé en ce qui concerne les autres subdivisions du grief n° 1 et le grief n° 2 et confirme dès lors la décision de la Chambre restreinte sur ces points.

Ainsi décidé par la Commission d'appel, chambre d'expression française, instituée auprès du Service du contrôle médical de l'I.N.A.M.I., composée de Madame M. BONHEURE, Président suppléant, Madame DOCQUIR et Monsieur GERMAIN, membres suppléants, magistrats; Messieurs les Docteurs INGENBLEEK et NOLLEVAUX, membres effectifs représentant les organismes assureurs et DEMEERE et WANET membres effectifs représentant les organisations représentatives du corps médical, Messieurs INGENBLEEK, NOLLEVAUX, DEMEERE et WANET n'ayant pas pris part au vote.

La présente décision est prononcée le 10 mai 2001 à l'audience publique de la Commission d'appel où sont présentes Mesdames M. BONHEURE, Président suppléant, et V. CLICHEROUX, Secrétaire.

Toute la procédure a eu lieu en langue française.".

Il s'agit de la décision juridictionnelle attaquée.

Considérant que le requérant prend un premier moyen "de l'incompétence «ratione temporis» de l'I.N.A.M.I. et de la violation du principe général de bonne administration, d'équité et de légitime confiance, singulièrement par le dépassement du délai raisonnable, de la violation de l'article 6.1. de la Convention européenne des droits

de l'Homme et des libertés fondamentales", qu'il déclare abandonner dans son dernier mémoire;

Considérant que le requérant prend un deuxième moyen "de la violation des principes généraux de bonne administration, d'équité et de légitime confiance de l'administré dans son administration", en ce que la sonde de Metras est obsolète et n'est plus utilisée depuis plus de 25 ans, que, cependant, l'I.N.A.M.I. a laissé le code de la nomenclature en vigueur, démontrant ainsi sa volonté de maintenir le remboursement de la prestation, que la prestation similaire déclarée sous le même numéro de code pour le même examen depuis 25 ans n'a jamais fait l'objet d'observations de la part de l'I.N.A.M.I. ou des organismes assureurs et qu'une administration ne peut brusquement modifier l'interprétation et l'application données à un code de la nomenclature sans modification préalable de celui-ci; qu'en prétendant, par le biais d'une procédure d'enquête menée par ses médecins-inspecteurs, remettre en question les prestations déclarées au cours des 25 années précédentes, l'I.N.A.M.I., partie adverse, a violé les principes généraux visés au moyen, en sorte qu'en déclarant fondée la décision de la Commission restreinte du 6 septembre 2000, la Commission d'appel a elle-même violé ces principes;

Considérant que la partie adverse répond que si le principe du "fair-play", ou de la légitime confiance, permet à l'administré de compter sur une ligne de conduite claire et bien définie de l'autorité ou sur des promesses que celle-ci lui aurait faites dans un cas concret, il ne peut y avoir manquement que si l'administration a commis une erreur, si cette erreur a suscité une attente légitime et si aucun motif grave n'impose un changement d'attitude de l'autorité, que l'administration n'a commis en l'espèce aucune erreur, que la sonde de Metras est un acte technique précis, qui ne peut être confondu avec la prestation indûment prise en compte par le requérant, qui a agi en connaissance de cause, que jamais l'I.N.A.M.I. n'a admis la facturation litigieuse, que celui-ci n'a eu connaissance des faits que tardivement et que le silence ou l'absence de réaction du service de contrôle n'impliquent pas l'acceptation de l'infraction; qu'elle soutient que la Commission d'appel a justement observé que l'accord allégué entre le requérant, un médecin de l'Alliance nationale des mutualités chrétiennes et l'I.N.A.M.I. n'était pas prouvé, et reproche au requérant d'avoir manqué lui-même au principe de bonne administration, comme l'a observé la Commission d'appel, en ne signalant pas, lors des travaux consacrés à la modification de la nomenclature, que la prestation décrite sous le code 471026 était obsolète et devait être adaptée aux techniques modernes;

Considérant que, dans son mémoire en réplique et dans son dernier mémoire, le requérant prend acte de ce que la partie adverse admet que le principe de légitime confiance de l'administré dans l'administration peut être invoqué dans la présente cause, conteste le reproche de déloyauté qui lui est adressé, en rappelant que la Commission restreinte et la Commission d'appel ont décidé de tenir compte de sa bonne foi, fait observer que la Commission d'appel n'affirme pas que le remboursement de la prestation litigieuse n'aurait pu susciter légitimement une attente dans le chef du requérant, pas plus qu'elle ne s'explique sur le reproche d'erreur qu'il a adressé à l'I.N.A.M.I. d'avoir laissé subsister pendant 25 ans un numéro de nomenclature relatif à une prestation obsolète, alors qu'il devait savoir que celle-ci n'était plus pratiquée depuis fort longtemps, et qu'enfin aucun motif grave permettant de remettre en cause cette reconnaissance de 25 ans n'apparaît dans la décision attaquée;

Considérant 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"; que 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"; qu'en outre, 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; qu'en décidant de la sorte, la Commission d'appel n'a pas méconnu les principes visés au deuxième moyen; que celui-ci n'est pas fondé;

Considérant que le requérant prend un troisième moyen "de la violation de l'article 20, § 1er, b), de l'annexe 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, en tant qu'il vise le code 471026 de la nomenclature I.N.A.M.I."; qu'il affirme que le code précité décrit le placement d'une sonde de Metras devenu obsolète depuis 25 ans, que ce code a été maintenu par l'I.N.A.M.I. et utilisé par le requérant pour une prestation dont l'objet et l'effet sont identiques à ceux recherchés par la sonde de Metras, que si l'I.N.A.M.I. voulait refuser le remboursement d'une telle prestation, il lui incombait de la supprimer de la nomenclature et, par une interprétation téléologique, de considérer qu'une prestation, selon les techniques actuelles, devait être assimilée à une prestation maintenue dans la nomenclature selon une technique totalement obsolète, et qu'en refusant la prise en charge par l'I.N.A.M.I. des prestations

effectuées dans de telles conditions, la Commission d'appel a violé la disposition visée au moyen;

Considérant que la partie adverse répond que la Commission d'appel a justement considéré que le libellé de la prestation 471026 est clair, qu'il recouvre la "Mise en place d'une sonde de Metras, sous contrôle radioscopique, pour recherche cytologique ou bactériologique ou pour instillation médicamenteuse", que la prestation litigieuse portée en compte par le requérant consiste dans le placement d'une sonde d'aspiration, à l'aveugle, sans contrôle radioscopique, le patient étant en position déclive, qu'il existe donc entre les deux techniques une différence essentielle tenant dans le contrôle par radioscopie, que cette particularité capitale empêche l'assimilation et exclut toute interprétation téléologique;

Considérant que, dans son mémoire en réplique et dans son dernier mémoire, le requérant fait valoir que "si l'I.N.A.M.I. n'a pas laissé par erreur un code de la nomenclature, devenu obsolète depuis plus de 25 ans (...) c'est qu'alors il considère que la prestation mérite aujourd'hui encore un remboursement spécifique. Cela ne peut se concevoir, en droit, qu'à partir d'une interprétation téléologique du code concerné", que la prestation déclarée par lui a exactement le même objet et le même effet que celle décrite par le code 471026 de la nomenclature, que l'abandon de la radioscopie constitue une amélioration considérable pour les patients et le personnel soignant, qu'il a fait une application par analogie de l'article 1.157 du Code civil aux termes duquel "lorsqu'une clause est susceptible de deux sens, on doit plutôt l'entendre dans celui avec lequel elle peut avoir quelqu'effet, que dans le sens avec lequel elle n'en pourrait produire aucun", que "l'application ajustée de l'interprétation téléologique devait amener la Commission d'appel à constater la ratio legis et à adapter le modèle de solution conçu par le législateur", que, "fort curieusement, la Commission d'appel a écarté l'interprétation téléologique (préconisée) en indiquant que si l'appelant et ses collègues estimaient que la prestation décrite sous le code 471026 était obsolète et devait être adaptée aux techniques modernes, il leur était loisible, via les dispensateurs représentés au sein des commissions de l'I.N.A.M.I., d'oeuvrer dans le sens d'une adéquation de la pratique médicale actualisée aux textes réglementaires, lors de travaux consacrés à la modification de la nomenclature (...), qu'à la supposer exacte, cette observation n'est pas de nature à écarter l'interprétation téléologique d'un code de nomenclature maintenu inchangé par l'I.N.A.M.I. lui-même, seul compétent pour le modifier", que l'autorité compétente, davantage encore dans cette matière que dans d'autres, est obligée de permettre une adaptation permanente aux moyens nouveaux susceptibles d'être utilisés, qu'il faut signaler surtout que ce n'est que depuis 1999, et

donc après les faits reprochés, que des spécialistes de médecine intensive siègent au Conseil technique médical de l'I.N.A.M.I., lequel a compétence "de conseiller ou d'informer le Roi qui établit la nomenclature des soins de santé (arrêté ministériel du 10 juin 1999 portant nomination du Collège des médecins pour la fonction «Soins intensifs»)";

Considérant que l'article 20, § 1er, b), de la nomenclature des soins de santé, annexée à l'arrêté royal du 14 septembre 1984, précité, mentionne sous le numéro de code 471026 "Mise en place d'une sonde de Metras, sous contrôle radioscopique, pour recherche cytologique ou bactériologique ou pour instillation médicamenteuse"; que le requérant ne conteste pas que, sous cette rubrique, il facturait une prestation ne correspondant pas au libellé précité, soit "le placement à l'aveugle et donc sans contrôle radioscopique d'une sonde d'aspiration et ce après positionnement du patient en position déclive"; que, dans ces conditions, la Commission d'appel a fait une juste application de la disposition visée au moyen en jugeant que le texte de la prestation 471026 est clair et qu'il ne s'étend pas aux prestations litigieuses effectuées par le requérant; qu'il n'appartient pas aux prestataires de soins, sous couvert d'interprétation téléologique, de modifier la nomenclature; que de telles modifications ne peuvent être apportées que par les autorités compétentes et selon les procédures prévues par les dispositions législatives et réglementaires ayant pareil objet; que, pour le surplus, les pièces de la procédure ne font pas ressortir qu'en laissant subsister le code de la nomenclature 471026, l'I.N.A.M.I. aurait accepté l'interprétation téléologique de la prestation visée et admis au remboursement, sous le code litigieux, la prestation différente effectuée par le requérant; que le troisième moyen n'est pas fondé;

Considérant que le requérant prend un quatrième moyen de la violation de l'article 20, § 1er, e), de l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984, précité, en tant qu'il vise le code 475543, lequel décrit une épreuve pharmacodynamique suivie de contrôles électrocardiographiques, avec protocole; qu'il fait valoir que, se trouvant dans un service de soins intensifs, où, dans un laps de temps le plus court possible, il émet lui-même le diagnostic et met immédiatement en oeuvre la thérapie adéquate, il se trouve dans l'impossibilité d'établir un tel protocole, que nul ne peut être obligé de respecter une condition impossible, "que l'interprétation téléologique de ce code, aux soins intensifs où c'est le même prestataire de soins qui fait l'épreuve, pose le diagnostic et donne une nouvelle thérapie adaptée entraîne pour effet l'inutilité d'un protocole, de sorte qu'en exigeant la rédaction d'un protocole pour la prestation portant le code 475543, en soins intensifs, la Commission d'appel (...) a violé la disposition réglementaire visée au moyen";

Considérant que la partie adverse répond que la Commission d'appel a justement observé que le libellé de la prestation 475543 ne prête pas à équivoque, que le texte est précis et exige un protocole pour que l'acte puisse être remboursé et qu'il ne peut être reproché à la Commission d'appel d'avoir violé le texte réglementaire en exigeant son respect; qu'elle fait valoir encore que si le problème évoqué par le requérant était réel, il aurait pu être soulevé par les experts du Conseil technique médical, spécialement chargé de conseiller ou d'informer le Roi dans l'établissement de la nomenclature des soins de santé;

Considérant que, dans son mémoire en réplique et dans son dernier mémoire, le requérant soutient que si la nomenclature, en son code 475543, exige un protocole, c'est parce qu'il est indispensable au médecin traitant, qui devra assurer le suivi et le traitement résultant de l'épreuve pharmacodynamique, assortie de contrôles électrocardiographiques, faite par le spécialiste, que, par contre, parce qu'il preste dans un service de soins intensifs, le requérant procède lui-même à l'épreuve pharmacodynamique suivie de contrôles électrocardiographiques, pose le diagnostic, et, vu l'urgence extrême, assure le traitement immédiat résultant de l'épreuve, sans qu'il lui soit possible d'établir un protocole, lequel n'aurait aucune utilité puisque c'est le même spécialiste qui assure l'examen médical, pose le diagnostic et applique immédiatement le traitement nécessaire; qu'il en infère que la Commission d'appel a commis une erreur de droit en mentionnant dans la motivation de sa décision que "la prestation 475543, telle que décrite dans la nomenclature, impose la rédaction d'un protocole" et que "la nomenclature vaut pour chaque dispensateur, quelles que soient les motivations de celui-ci pour justifier son non-respect de la réglementation", que la Commission d'appel n'a ni examiné ni, a fortiori, réfuté l'existence d'une condition impossible tenant à l'établissement d'un protocole en soins intensifs, que toutes les autres conditions de la prestation 475543 étaient remplies, et que la même Commission a commis une seconde erreur de droit en n'admettant pas l'interprétation téléologique mentionnée au troisième moyen;

Considérant que le moyen est pris de la violation de l'article 20, § 1er, e), de la nomenclature des soins de santé, annexée à l'arrêté royal du 14 septembre 1984, précité, qui porte, sous le numéro de code 475543, "Epreuve pharmacodynamique, suivie de contrôles électrocardiographiques, avec protocole"; que le requérant reconnaît n'avoir pas respecté la disposition précitée; que c'est sans commettre d'erreur de droit que la Commission d'appel a décidé qu'en l'absence de protocole, la prestation litigieuse ne pouvait être attestée sous le code en question; que savoir si la disposition visée au moyen doit être adaptée en vue de tenir compte des particularités de travail des

médecins urgentistes relève de l'opportunité et échappe, dès lors, à la compétence du juge administratif; que, comme il l'a été souligné lors de l'examen du troisième moyen, 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; que le moyen n'est pas fondé;

Considérant qu'il résulte de ce qui précède qu'aucun des moyens n'étant fondé, la requête ne peut être accueillie,

D E C I D E :

Article 1er.

La requête est rejetée.

Article 2.

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

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique de la VIe chambre, le neuf avril deux mille quatre par :

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

Le Greffier, Le Président,

P. HARMEL. R. ANDERSEN.