

CONSEIL D'ETAT, SECTION DU CONTENTIEUX ADMINISTRATIF.

A R R E T

n° 221.613 du 4 décembre 2012

G./A.202.994/VI-19.389

En cause : **1. BRICHANT** Jean-François,
2. DEWANDRE Pierre-Yves,
3. BONHOMME Vincent,

ayant élu domicile chez
Mes Patrick HENRY et
Michel STRONGYLOS, avocats,
place des Nations unies, n° 7,
4020 Liège,

contre :

**l'Institut National d'Assurance
Maladie-Invalidité, en abrégé INAMI.**

LE CONSEIL D'ETAT, VI^e CHAMBRE,

I. OBJET DE LA REQUETE

Selon les termes d'une requête introduite le 23 décembre 2011, Jean-François BRICHANT, Pierre-Yves DEWANDRE et Vincent BONHOMME sollicitent la cassation (partielle) de "la décision prononcée le 10 novembre 2011, sous les numéros FB-027-04 à FB-052-04 par la Chambre de recours instituée auprès du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI, en ce qu'elle les condamne solidairement avec les docteurs Franz ALBERT, Jean-Luc CANIVET, Pierre DAMAS, Dominique DERMIENS, Jean-Claude DEVOGHEL, Xavier FALIERES, Marie-Elisabeth FAYMONVILLE, Claude FEVRIER, Colette FRANSSSEN, Marie-Bernard HUBERT, Marc JANSSENS, Jean JORIS, Maurice LAMY, Jacqueline LACROIX, Robert LARBUISSON, Didier LEDOUX, Dominique LIBBRECHT, Jean MICHEELS, Claudine PAQUAY, Bernadette REMY, Laurence ROEDIGER, Sabine VANDENBOSCH, Ingrid VENNEMAN, médecins anesthésistes au service d'anesthésie et [de] réanimation du CHU de Liège, Sart-Tilman, Liège, et le CHU de Liège lui-même, au remboursement de la valeur des prestations soi-disant indûment portées en compte à l'assurance soins de santé, soit 31.834,94 €, qui leur a été notifiée le 24 novembre 2011".

II. PROCEDURE DEVANT LE CONSEIL D'ETAT

Une ordonnance n° 7919 du 10 janvier 2012 déclare le recours en cassation admissible.

Les mémoires en réponse et en réplique ont été régulièrement échangés.

Le dossier de la procédure a été déposé par la juridiction administrative qui a rendu la décision attaquée.

M. l'Auditeur au Conseil d'Etat, Denis DELVAX, a rédigé un rapport sur la base de l'article 16 de l'arrêté royal du 30 novembre 2006 déterminant la procédure en cassation devant le Conseil d'Etat.

Le rapport a été notifié aux parties.

Une ordonnance du 23 octobre 2012, notifiée aux parties, fixe l'affaire à l'audience du 21 novembre 2012.

M. le Conseiller d'Etat, David DE ROY, a exposé son rapport.

Me Patrick HENRY, avocat, comparaissant pour les parties requérantes et Paul-André BRIFFEUIL, conseiller, comparaissant pour la partie adverse, ont présenté leurs observations.

M. l'Auditeur, Denis DELVAX, a été entendu en son avis conforme.

Il est fait application du titre VI, chapitre II, des lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973.

III. EXPOSE DES FAITS

III. 1. Les requérants sont médecins spécialistes en anesthésie-réanimation et travaillent, pour le centre hospitalier universitaire de Liège, sur le site de la Citadelle.

III. 2. Au début des années 2000, le service d'évaluation et de contrôle médicaux, en abrégé SECM, de l'INAMI, partie adverse en la présente affaire, procède à une enquête sur la réalité et la conformité des prestations effectuées et portées en compte à charge de l'assurance maladie, entre le 1^{er} mai 1999 et le 31 décembre 2000, par les médecins du service d'anesthésiologie du Sart-Tilman.

La partie adverse décide alors de poursuivre les requérants ainsi que d'autres médecins pour avoir permis que soient attestées et portées en compte de l'assurance soins de santé des prestations non attestables, étant des consultations d'anesthésie préopératoires en sus de la prestation d'anesthésie proprement dite qui, aux termes de l'article 12, § 3, de la nomenclature des prestations de soins, comprend "l'examen préalable du malade par le médecin qui pratique l'anesthésie".

III. 3. Par une décision du 4 février 2003, notifiée le 28 avril, la chambre restreinte du comité du service de contrôle médical décide que le grief est établi, qu'il n'y a pas lieu d'interdire aux organismes d'assureurs d'intervenir dans le coût des prestations de santé dispensées par ces médecins, constate que l'indu s'élève à 32.258 euros et condamne solidairement les vingt-six médecins et le C.H.U. de Liège au remboursement de cette somme.

III. 4. Le 22 mai 2003, appel de cette décision est interjeté devant la chambre de recours instituée auprès du S.E.C.M..

III. 5. Le 21 avril 2011, la chambre de recours "confirme la décision attaquée dans son principe et avant de statuer sur les montants dus, rouvre les débats pour permettre aux parties de s'en expliquer" et réserve à statuer pour le surplus.

Cette décision est rédigée comme suit :

" Vu la décision de la Chambre restreinte du 4 février 2003, notifiée le 28 avril suivant;

Vu l'appel du 22 mai 2003;

1. Les faits, l'objet du litige et la décision de la Chambre restreinte

Il est reproché aux appelants, médecins anesthésistes :

Avoir permis que soient portées en compte à l'assurance soins de santé, en leur nom, des prestations non attestables dans les conditions où elles ont été réalisées. En ce qui concerne le Professeur BOUFFIOUX, le grief est d'avoir en sa qualité de médecin chef signé les factures récapitulatives ou AGSD portant en compte à l'assurance des prestations non attestables dans les conditions où elles ont été réalisées.

La prestation en cause est :

102535 : consultation, à son cabinet, d'un médecin spécialiste autre que ceux cités aux n^{os} 102550, 102675, 102690, 102712, 102572, 102594, 102616, 102631, 102653, 102756. N8, Q30.

ou

102012 : consultation, à son cabinet, d'un médecin spécialiste autre que ceux cités aux n^{os} 102034, 102174, 102196, 102211, 102071, 102093, 102115, 102130, 102152 et 102734 N8.

Motivation du grief

Il a été constaté que les médecins du service d'anesthésiologie attestaient une consultation réalisée dans les jours ou semaines précédant l'anesthésie, ce qui contrevient aux dispositions de l'article 12, § 3, 2°, a) précité.

Le phénomène de l'examen préalable à l'anesthésie est démontré par l'audition d'assurés.

Les consultations du Docteur HARDY ne s'analysent pas comme constituant un examen préalable à l'anesthésie et ne seront donc pas retenues ici.

Le grief est formulé sur la base des listes authentifiées des organismes assureurs 100, 200, 300, 500, pour la période du 1^{er} mai 1999 au 31 décembre 2000.

L'indu est de 34.472,07 €.

Il n'y a eu aucun remboursement volontaire de la part du CHU.

La décision de la Chambre restreinte :

«les explications fournies en séance par le professeur Maurice LAMY, chef du service d'anesthésiologie du CHU de Liège et par le docteur Christian BOUFFIOUX, directeur médical du CHU de Liège ne viennent en rien infléchir les conclusions qui s'imposent quant à la matérialité de ce grief.

L'article 12, § 3, 2°, de la nomenclature des prestations de santé stipule en effet ce qui suit :

"2° Les honoraires pour les prestations d'anesthésie comprennent :
l'examen préalable du malade par le médecin qui pratique l'anesthésie;
la préparation à l'anesthésie;
l'application des techniques d'anesthésie, la surveillance préopératoire de l'état général du malade et la mise en œuvre de toutes les prestations techniques nécessaires à la réalisation de cet objectif;
la surveillance postopératoire des suites de cette anesthésie (...)"

Des termes mêmes de cette disposition, il ressort que le moment où a lieu cet examen préalable en vue de l'anesthésie importe peu.

La circonstance que cet examen soit réalisé une semaine ou même deux avant l'opération n'a aucune incidence quant à l'application de l'article 12, § 3, 2°, de la nomenclature des prestations de soins de santé (N.P.S.).

Cette consultation fait en effet partie d'une prestation globale déjà honorée sous un autre numéro de code NPS.

En attestant en outre cette consultation sous le numéro de code 102535, cela aurait pour effet de porter en compte à l'assurance obligatoire soins de santé, deux fois, cette consultation.

Les explications et arguments développés par les intéressés, s'ils sont tout à fait louables, ne modifient toutefois en rien le prescrit de la nomenclature.

Il n'appartient pas en effet aux dispensateurs de soins, pour quelque motif que ce soit, de donner aux règles de la nomenclature leur interprétation personnelle.

Toutefois, de l'ensemble des prestations litigieuses telles que citées dans le dossier, il y a lieu d'écarter d'une part les prestations supposées réalisées dans le cadre de la clinique de la douleur ainsi que celles réalisées dans le cadre de la médecine d'urgence.

Dès lors, en ce qui concerne le premier point, il y a lieu d'ôter des prestations citées à grief, les consultations qui se suivent à intervalle régulier, dont on peut en effet supposer qu'il s'agit de consultations dispensées dans le cadre de la médecine de la douleur.

En apurant de cette manière la liste des cas, il y a lieu d'extraire 129 prestations pour une valeur totale de 1.369,39 €.

En ce qui concerne le second point, il y a également lieu de retirer de la liste des prestations litigieuses toutes les consultations portées en compte au nom du docteur HARSTEIN, supposées réalisées exclusivement dans le cadre de la médecine d'urgence.

De cet exercice il ressort que toutes les prestations visées au procès-verbal du 5 septembre 2001 relatives à cent soixante-deux assurés ne peuvent être retenues et qu'en conséquence, il y a lieu de déduire de l'indu total une somme de 844,13 €.

En conséquence, l'indu tel qu'il a été revu s'élève à 32.258 €.

La chambre restreinte du comité du service du contrôle médical, après en avoir délibéré :

1. déclare que le grief est établi;
2. 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 les docteurs Venneman, Vandenbosch, Roediger, Remy, Paquay, Micheels, Libbrecht, Ledoux, Larbuisson, Lamy, Lacroix, Joris, Janssens, Hubert, Hartstein, Hardy, Franssen, Fevrier, Faymonville, Falieres, Dewandre, Devoghel, Dermiens, Damas, Canivet, Brichant, Bonhomme et Albert, médecins anesthésistes œuvrant au service d'anesthésiologie du C.H.U. de Liège;
3. constate que les sommes indûment perçues à charge de l'assurance soins de santé s'élèvent à 32.258 €;
4. condamne solidairement :
 - 1) les docteurs Venneman, Vandenbosch, Roediger, Remy, Paquay, Micheels, Libbrecht, Ledoux, Larbuisson, Lamy, Lacroix, Joris, Janssens, Hubert, Hartstein, Hardy, Franssen, Fevrier, Faymonville, Falieres, Dewandre, Devoghel, Dermiens, Damas, Canivet, Brichant, Bonhomme et Albert et
 - 2) le C.H.U. de Liège, domaine du Sart Tilman à Liège au remboursement de cette somme pour le 1^{er} du troisième mois qui suit le mois au cours duquel la présente décision est devenue définitive.»

2 Questions préalables

1. Quant à la juridiction compétente pour connaître du recours :

Par la loi-programme du 24 décembre 2002 (MB 31 décembre 2002) est intervenu un changement radical du service d'évaluation et de contrôle médicaux.

La Chambre restreinte a notamment été supprimée de même que la Commission d'appel visée auparavant à l'article 156 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994. La Commission de contrôle, compétente en matière d'abus de la liberté thérapeutique et sa commission d'appel sont également supprimées.

Les deux commissions d'appel sont maintenant remplacées par les Chambres de recours visées à l'article 155 nouveau.

L'article 216 de la loi coordonnée établit toutefois un régime transitoire en ce sens que la Commission d'appel ancienne reste saisie des appels pour lesquels l'appelant ou son conseil ont déjà comparu devant elle avant l'abrogation de l'article 156.

En l'espèce, l'examen du recours des appelants n'ayant pas été entamé par l'ex-commission d'appel, c'est donc bien la chambre de recours qui doit en connaître.

2. Quant à l'indépendance fonctionnelle de la Chambre de recours :

Les appelants font grief à la Chambre de recours, comme à la Chambre restreinte, de ne pas fonctionner conformément à l'article 6, § 1^{er}, de la CEDH (juges non nommés à vie, manque d'indépendance et d'impartialité).

2.2 L'intimé réplique que le Conseil d'Etat a jugé, par le passé, qu'en appliquant l'article 156 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, le comité n'agissait pas en qualité de juridiction (CE, 24 juin 1966, LOUIS, n° 11.909, RACE, 1966, p. 618; CE, 24 février 1967, HOUART, n° 12.241, RACE, 1967, p. 221 et CE, 4 février 1969, VAN BETSBRUGGE, n° 13.379, RACE, 1969, p. 161).

Selon le Conseil d'Etat, le comité statuait en qualité d'organe directeur du service du contrôle médical et non comme une juridiction administrative de telle manière que l'on ne pouvait pas valablement lui reprocher l'absence de débats publics, l'absence d'une décision prononcée en public et un manque d'impartialité et d'indépendance (CE, arrêt HOUART, op. cit. p. 22).

En tout état de cause, la Cour européenne des droits de l'homme a admis l'intervention d'organes non juridictionnels, ne satisfaisant pas a priori aux garanties de l'article 6 de la CEDH, pourvu que le justiciable dispose d'un recours devant un organe judiciaire indépendant doté de la plénitude de juridiction et offrant les garanties de l'article 6, § 1^{er}, de la CEDH (Cour eur. DH, arrêt LINNEKOGEL/Suisse, 1^{er} mars 2005, § 32).

L'indépendance entre le comité, la Chambre restreinte et la Chambre de recours est garantie par l'article 145, § 2 de la loi du 14 juillet 1994 qui dispose que le mandat de membre des Chambres de recours est incompatible avec celui de membre du Comité du service d'évaluation et de contrôles médicaux.

En outre, s'il est vrai que la Chambre de recours se réunit à l'INAMI, il y a lieu de constater que ces deux organes sont tout à fait distincts et composés de manière différente. En effet, en vertu de l'article 145ter de la loi du 14 juillet 1994, la chambre de recours est composée d'un président, conseiller ou juge des tribunaux et cours, en fonction ou émérite, visés à l'article 40 de la Constitution, et nommé par le Roi, de deux membres nommés par le Roi représentant les organismes assureurs et de deux membres nommés par le Roi représentant les praticiens professionnels des soins de santé.

La composition du Comité du service d'évaluation et de contrôle médicaux est, quant à elle, beaucoup plus vaste. Le Comité est en effet composé, outre le président, d'un nombre important de membres représentant les organismes assureurs, les organisations représentatives du corps médical, le conseil national de l'ordre des médecins, les praticiens de l'art dentaire, les pharmaciens, les établissements hospitaliers, les accoucheuses, les praticiens de l'art infirmier, etc. (voy. art. 140 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994).

Les appelants mettent également en doute l'indépendance et l'impartialité du comité de service d'évaluation et de contrôle médicaux du fait que cet organe instruit et juge en première instance, selon la procédure fixée à l'article 141, § 1^{er} de la loi coordonnée.

Notons que la décision ici attaquée a été adoptée par la Chambre restreinte (et non par le Comité!) selon la procédure antérieure à l'entrée en vigueur de la loi du 24 décembre 2002.

La jurisprudence a souligné que la circonstance que la personne ayant mené l'instruction appartienne à l'organe décisionnel n'est pas de nature à faire naître un doute quant à l'impartialité de l'organe décisionnel dès lors que la personne ayant participé à l'instruction n'a pas pris part au vote (Cass., 17 octobre 1991, Pas. 1992, I, p. 132; Cass., 4 février 1993, Pas. 1993, I, p. 135; Cass., 7 mai 1999 a contrario, Pas. 1999, I, p. 269).

Les appelants plaident, ensuite, que l'indépendance de la juridiction à elle seule ne suffit pas et que celle-ci doit montrer toutes les apparences d'indépendance afin de garantir un procès équitable. Cet argument repose sur deux décisions de la Cour européenne des Droits de l'homme.

Il convient cependant de souligner que ces deux décisions ne peuvent être comparées au présent dossier.

En effet, dans l'arrêt Buscemi/Italie, l'apparence d'impartialité avait été violée parce que le juge s'était prononcé dans la presse et que ses déclarations sous-entendaient une appréciation négative de la cause du requérant.

Dans l'arrêt Nickolova/Bulgarie, l'apparence d'impartialité était violée du fait que les procureurs bulgares combinaient des fonctions incompatibles.

Il est donc clair que ces faits ne sont en rien comparables avec ceux invoqués par les appelants.

Dans le cas d'espèce, les appelants remettent en cause l'apparence d'impartialité des chambres de recours notamment du fait que celles-ci se situent à la même adresse que le comité.

Force est de constater qu'en l'espèce, il n'est nullement question du magistrat qui se prononce dans la presse et qui laisse sous-entendre une appréciation négative de la cause bien avant l'issue du procès.

Les appelants soutiennent que l'indépendance des présidents des chambres de recours n'est pas complète parce qu'ils exercent un mandat à durée déterminée renouvelable et non un mandat à vie.

Il est exact que l'article 310ter de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi du 14 juillet 1994 dispose que le mandat des membres des Chambres de recours est quadriennal et renouvelable.

Ceci étant, le caractère à durée déterminée de ce mandat n'est aucunement de nature à mettre en péril l'indépendance des présidents de ces chambres dans la mesure où ceux-ci sont des magistrats effectifs nommés à vie par le Roi. Leur indépendance est donc garantie par cette nomination à vie.

Remarquons encore qu'au sein même du pouvoir judiciaire certains juges, nommés à vie, se voient octroyer un mandat spécifique pour lequel ils ne sont désignés que pour une durée déterminée :

«les juges d'instruction, les juges des saisies et les juges de la jeunesse sont désignés pour une période d'un an renouvelable après évaluation, la première fois pour une période de deux ans, puis chaque fois pour une période de cinq ans. Les juges de l'application des peines et les substituts du procureur du Roi spécialisés en application des peines sont désignés pour une période d'un an, renouvelable la première fois pour trois ans, puis une seule fois pour quatre ans, après évaluation.

Les juges d'appel de la jeunesse sont désignés pour une période de trois ans qui, après évaluation, peut être renouvelée chaque fois pour une période de cinq ans. Les magistrats de liaison en matière de jeunesse, les magistrats d'assistance et les magistrats fédéraux sont désignés pour une période de cinq ans, laquelle peut, après évaluation, être renouvelée deux fois (article 259sexies du Code judiciaire).»

Cette situation est tout à fait analogue à celle des présidents des Chambres de recours qui sont des magistrats effectifs nommés à vie, mais qui exercent en parallèle un mandat spécifique dont la durée est déterminée.

Enfin, il est clair que la garantie d'indépendance judiciaire consacrée par l'article 152 de la Constitution, qui prévoit que les juges sont nommés à vie, s'applique en principe uniquement aux membres des tribunaux ordinaires et non pour les magistrats des juridictions administratives (ALEN, A, Handboek van het Belgisch Staatsrecht, Kluwer, 1995, p. 256).

Il ressort de tout ce qui précède que la Chambre de recours est fonctionnellement indépendante pour trancher le présent conflit.

Les appelants se disent confrontés à une accusation pénale et seraient, à leur estime, en droit d'être jugés devant un tribunal répondant pleinement aux exigences de l'article 6 de la CEDH et ce dès la première instance (CEDH, 29/9/1999, Smith & Ford/UK).

Il y a lieu de répondre, au contraire, que concernant l'obligation pour le dispensateur de soins de rembourser la valeur des prestations indues, la Cour d'arbitrage a souligné que «la rigueur du système, lorsque le manquement ne constitue pas une faute grave, ne suffit pas pour qu'il doive être qualifié de répressif» (CA, arrêt n° 102/2000 du 11 octobre 2000, MB, 29 décembre 2000, Ed. 2, p. 43356, point B.4.2).

Il s'agit donc bien d'un procès civil.

3. Compétence des juridictions administratives :

En vertu de l'article 145 de la Constitution, inséré dans le chapitre VI qui traite du pouvoir judiciaire, les contestations qui ont pour objet des droits politiques sont du ressort des tribunaux, sauf les exceptions établies par la loi.

Concernant l'assurance maladie invalidité, le législateur a considéré que son organisation, sa spécificité et son financement relevaient du droit public et que les droits qui en découlaient étaient des droits politiques, au sens large du terme et non des droits civils. C'est sur cette base que la loi coordonnée, en ses articles 145 et suivants, a créé les chambres de première instance et les chambres de recours pour connaître du présent litige à l'exclusion d'autres juridictions (article 142, dernier alinéa, des lois coordonnées). Ces dispositions ne sont pas contraires à la Constitution.

4. Sur la motivation de la décision :

En vertu de l'article 143, § 3, des lois coordonnées, les chambres de recours ont une compétence de pleine juridiction. Par l'effet dévolutif de l'appel et dans les limites de celui-ci, la chambre de recours est saisie à nouveau du litige; dès lors, quelle que soit la motivation de la décision attaquée, serait-elle même incomplète, c'est à tort que les appelants plaident qu'elle devrait être annulée, ni plus, ni moins!

5. Sur le délai raisonnable :

En la matière, les règles sont différentes selon la procédure. En vertu de l'article 2^{ter} du Titre préliminaire du Code d'instruction criminelle si la durée des poursuites pénales dépasse le délai raisonnable, le juge peut prononcer la condamnation par simple déclaration de culpabilité ou prononcer une peine inférieure à la peine minimale par la loi. Cette disposition est étrangère au présent litige. Le Code judiciaire ne prévoit rien de tel; en cas de dépassement du délai raisonnable, le juge peut, sur base des dispositions du Code civil, condamner le responsable du dépassement à des dommages-intérêts ou, éventuellement, ne pas lui accorder les intérêts judiciaires qu'il demande; évidemment, si par suite de l'écoulement du temps, des preuves ont été perdues, le juge peut en tenir compte en statuant sur le fond et en constatant que le défaut de preuves ou l'impossibilité de produire celles-ci.

En l'espèce, force est de constater que les attestations de soins sont relatives aux prestations effectuées pour la période du 1^{er} mai 1999 au 31 décembre 2000 et que le service du contrôle administratif (ainsi appelé à l'époque) a décidé, le 22 mars 2002, de soumettre le dossier à la chambre restreinte; celui-ci n'a pas été modifié. Dès lors que les appelants se bornent à postuler la nullité des poursuites, le moyen doit être rejeté.

6. Sur la recevabilité de la demande initiale :

En vertu des articles 156, alinéas 1^{er} et 2, tels qu'ils l'appliquaient aux faits, les Chambres restreintes pouvaient interdire aux organismes assureurs d'intervenir dans le coût des prestations dispensées par un dispensateur de soins qui ne se conformait pas à la réglementation et, en outre, les chambres restreintes pouvaient décider de récupérer l'indu.

Le service du contrôle administratif n'avait donc pas l'obligation de proposer une sanction et de demander, en même temps, le remboursement de l'indu.

Les appelants ne prouvent pas en quoi l'irrégularité éventuelle des auditions aurait pu porter préjudice à leurs droits.

7. Irrégularité de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de soins de santé :

Les appelants plaident que le projet d'arrêté royal du 14 septembre 1984, établissant la nomenclature des prestations de soins de santé, n'a pas été soumis à l'avis préalable de la section de législation du Conseil d'Etat en raison de l'urgence alors que celle-ci n'est pas établie et qu'en conséquence, l'arrêté étant nul, il ne leur est pas applicable (article 159 de la Constitution).

La non-application d'une décision de l'autorité en vertu de l'article 159 de la Constitution a pour seule conséquence de ne faire naître ni droits, ni obligations pour les intéressés (Cass. 17 mars 2003, Pas. p. 535).

Les appelants plaident, à supposer l'argument pertinent, ne puiseraient dans l'arrêt royal aucun droit et devraient rembourser toutes les prestations.

3 Sur le fond

1. De l'article 12, 3, de la nomenclature des prestations de soins de santé (NPS) :

Les appelants contestent la portée réservée à l'article 12, § 3, 2° de la NPS par la chambre restreinte, au moyen de leur interprétation des notions contenues dans cette disposition. Selon elles, le terme «préalable» ne concernerait que les examens réalisés juste avant l'anesthésie, à l'inverse des consultations en cause réalisées plusieurs jours voire plusieurs semaines avant l'anesthésie. Quant aux termes «par le médecin qui pratique l'anesthésie», ils excluraient l'examen réalisé par un anesthésiste autre que celui pratiquant l'anesthésie. Il y aurait donc lieu, selon les appelants, de distinguer deux prestations médicales fondamentalement différentes, à savoir «la consultation d'anesthésie» et «la visite pré-anesthésique». Seule cette dernière prestation serait incluse dans le forfait de l'anesthésie.

Le grief formulé par l'intimé à l'encontre des appelants, est celui d'avoir porté en compte à l'assurance une consultation d'anesthésie réalisée au cabinet (code 102535 ou 102012 de la nomenclature) alors que cette consultation correspond à l'examen préalable à la prestation d'anesthésie qui est par ailleurs portée en compte sur la facture d'hospitalisation.

Un tel cumul est clairement interdit par l'article 12, § 3, 1°, de la nomenclature des prestations de soins de santé qui est rédigé comme suit :

«§ 3 1° les honoraires pour anesthésie ne peuvent être cumulés avec les honoraires pour consultation au cabinet du médecin ou pour visite au domicile du malade.»

En outre, l'article 12, § 3, 2°, de la nomenclature prévoit ce qui suit :

«2° Les honoraires pour les prestations d'anesthésie comprennent :

- a) l'examen préalable du malade par le médecin qui pratique l'anesthésie
- b) la préparation à l'anesthésie
- c) l'application des techniques d'anesthésie, la surveillance préopératoire de l'état général du malade et la mise en œuvre de toutes les prestations techniques nécessaires à la réalisation de cet objectif;
- d) la surveillance postopératoire des suites de cette anesthésie (...)» (pièce n° 3.4)

Selon les appelants, les consultations litigieuses ne seraient pas visées par l'article 12, § 3, 2°, a) de la nomenclature car elles ne seraient pas effectuées par le médecin qui pratique l'anesthésie.

Le terme «médecin qui pratique l'anesthésie» doit donc s'entendre comme un médecin anesthésiste appartenant à l'équipe de la clinique et non, de manière littérale, comme le médecin qui, en personne, a examiné préalablement le patient. Cette appréhension des choses est la seule plausible dans la pratique.

En d'autres termes, l'interdiction de porter en compte l'examen préalable du patient s'étend aux examens préalables ayant été effectué par un médecin appartenant à l'équipe d'anesthésiologie autre que celui pratiquant l'anesthésie.

L'argument des appelants selon lequel l'article 12, § 3, 2°, a), de la nomenclature ne s'appliquerait pas au cas d'espèce, puisque les prestations visées n'ont pas été effectuées par le médecin qui pratique l'anesthésie, est dès lors dénué de tout fondement.

En tout état de cause, la nomenclature interdit clairement de cumuler les honoraires pour anesthésie avec les honoraires pour consultation au cabinet du médecin.

Les considérations des appelants sur une prétendue discrimination sur le principe de proportionnalité, sur l'atteinte à la liberté thérapeutique et au libre choix du patient sont sans pertinence; en matière d'assurance, seul le risque assuré peut faire l'objet d'un remboursement. Pour le reste, le patient est libre de consulter mais si la consultation n'est pas reprise à la nomenclature, il ne sera pas remboursé.

Il est sans intérêt également de se prononcer sur l'économie qu'auraient engendrée la pratique des appelants ou sur les modifications apportées à la NPS, postérieurement aux faits.

2. Sur l'application de l'article 18 de la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail :

Les appelants, médecins anesthésistes, travaillaient au CHU; on ignore sous quelle forme. Étaient-ils salariés ou indépendants ? En tout état de cause, ils ne déposent pas les contrats réglant leurs relations avec le CHU. S'ils étaient employés, l'article 18 de la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail s'applique; ils ne répondent donc que de leur dol, de leur faute lourde ou de leur faute légère si celle-ci présente dans leur chef un caractère habituel plutôt qu'accidentel. A supposer que leur faute soit légère, elle n'en est pas moins habituelle. Dès lors, l'exception qu'ils soulèvent doit être écartée.

3. Compensation :

Les appelants ne prouvent pas qu'ils sont créanciers de l'INAMI; la simple information de l'existence d'une créance ne prouve pas celle-ci.

4. Détail des prestations :

A titre subsidiaire, à supposer que la nomenclature soit d'application, les appelants soutiennent que le recours serait fondé à concurrence de 20.476,21 € et que le recours est intégralement fondé pour les docteurs, Brichant, Dewandre, Bonhomme, Micheels, Damas, Canivet, Ledoux, Devoghel, Lacroix et Libbrecht alors que l'intimé arrive à un montant de 31.955,92 €. Eu égard au caractère très technique de la matière, il y a lieu de rouvrir les débats pour permettre aux parties de s'expliquer uniquement sur ces montants.

Par ces motifs,

La Chambre de recours dit l'appel recevable, confirme la décision attaquée dans son principe et avant de statuer sur les montants dus, rouvre les débats pour permettre aux parties de s'en expliquer comme indiqué supra.

Statuant après un débat contradictoire,

Ordonne, pour les fins précitées, la réouverture des débats à l'audience du jeudi 6 octobre 2011 à 14 heures, devant la Chambre de recours, au lieu ordinaire de ses audiences à 1150 Bruxelles, avenue de Tervueren, 211 (8^o étage, salle Permeke).

Réserve à statuer pour le surplus.

Dit que la présente décision est exécutoire de plein droit par provision nonobstant tout recours."

Elle a été communiquée aux requérants par courriers recommandés avec accusé de réception du 29 avril 2011, dont le premier requérant a pris connaissance le 7 mai 2011, le deuxième à une date indéterminée et dont le troisième n'a pas pris connaissance, faute d'aller le réclamer à la poste.

III. 6. Lors de l'audience du 6 octobre 2011, les requérants déposent des "Conclusions de synthèse après décision du 21.04.2011" contenant le passage suivant :

" [...]

II. LA CHARGE DE LA PREUVE ET SES CONSEQUENCES

[...]

a) A titre liminaire : brève description du service d'anesthésie-réanimation du CHU de Liège

Compte tenu de l'argumentation développée par le Service d'évaluation et de contrôle médicaux, il paraît utile d'établir une brève description du service d'anesthésie-réanimation du CHU de Liège, et plus particulièrement de la répartition des médecins de ce service dans les différents secteurs et sites, ce qui permettra d'appréhender au mieux son organisation.

■ Les médecins anesthésistes et réanimateurs du CHU de Liège exercent leurs prestations, selon les cas, dans le service des soins intensifs, au service des urgences, au Centre de la douleur, ou encore en qualité d'anesthésiste-réanimateur au bloc opératoire et en salle d'hospitalisation.

Ils sont par ailleurs répartis sur deux hôpitaux :

- Le CHU du Sart Tilman,
- Le CHR de la Citadelle.

Plus particulièrement (voir par ailleurs l'organigramme du service – dossier complémentaire, pièce n° 3) :

- Les docteurs BONHOMME, BRICHANT et DEWANDRE – membres du service universitaire d'anesthésie-réanimation – exerçaient à l'époque leurs prestations exclusivement sur le site du CHR de la Citadelle, afin d'y anesthésier des patients qui devaient bénéficier de soins dans les services universitaires de chirurgie et de gynécologie-obstétrique.
- Le CHR de la Citadelle récupérait par ailleurs les honoraires promérités par ces trois anesthésistes.

Il revient dès lors au SECM de démontrer que les docteurs BONHOMME, BRICHANT et DEWANDRE ont tarifé des consultations pré-anesthésiques – ce qui, plusieurs années après, n'est toujours pas le cas.

■ Les docteurs CANIVET, DAMAS et LEDOUX [...].

■ Les docteurs DEVOGHEL, LACROIX et LIBBRECHT [...].

■ Les docteurs HARTSTEIN (qui n'est plus poursuivi) et MICHEELS [...].

Il résulte de ce qui précède que le caractère rapproché ou non des prestations d'anesthésie n'est en rien déterminant quant à l'établissement des griefs au sens où l'entend le SECM, ce que celui-ci ne démontre par ailleurs pas pour les 11 médecins concernés.

b) En conséquence, un médecin anesthésiste-réanimateur reçoit des patients en consultation non seulement pour des préparations pré-anesthésiques, mais également :

- Pour des consultations d'algologie,
- Lors de soins pré-hospitaliers (SMUR),
- En salle d'urgence.

[...]

De même, [...], si à l'occasion d'un accident ou d'une urgence médicale, un patient est pris en charge par un véhicule du service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) à bord duquel le médecin est un anesthésiste-réanimateur, et si le patient doit ensuite bénéficier d'une anesthésie, la consultation attestée n'avait pour but que de maintenir le patient en vie jusqu'à l'hôpital. Il peut difficilement être soutenu, comme voudrait le faire le SECM, que cette consultation était une consultation «pré-anesthésique»...

[...]

c) Contrairement à ce que soutient le SECM, le «croisement» de relevés informatiques établissant un délai rapproché entre deux prestations ne peut en aucun cas constituer la démonstration de l'application d'un cumul interdit par l'article 12, 3° NPS.

Ainsi, une consultation peut être attestée par un anesthésiste-réanimateur pour un patient et un code d'anesthésie et/ou de chirurgie peut être ensuite réglementairement attesté pour le même patient.

Cette seule constatation, vérifiée par voie informatique, ne peut suffire à établir que la consultation incriminée est bien une consultation de préparation à l'anesthésie (cf. supra).

d) En conclusion de ce qui précède, le seul élément présenté par le SECM ne peut en rien constituer un faisceau de présomptions graves, précises et concordantes (art. 1353 du code civil), démontreraient le bien-fondé de ses prétentions – au contraire.

Il ne peut être déduit la preuve par présomption d'un fait incertain (Cass., 19/5/1983, Pas., I, p. 1054) ou d'un fait qui n'est le reflet que de l'opinion personnelle d'une partie (Cass., 21/5/1963, Pas., I, p. 1010).

Ne peuvent par ailleurs être retenus que des faits aboutissant à la certitude du fait recherché – quod non en l'occurrence (sur ce point, cf. Cass., 22/12/1986, Pas., 1987, I, p. 501).

III. CONSEQUENCE : LE DETAIL DES PRESTATIONS POUR LESQUELLES TOUT GRIEF PEUT EN TOUTE HYPOTHESE ETRE ECARTE

III.1. Les catégories de prestations

Il y a en toute hypothèse lieu de dire que le grief ne peut être établi pour les prestations suivantes :

- a) [...]
- b) [...]
- c) Les prestations réalisées par des médecins effectuant leurs prestations pour compte d'institutions extérieures au CHU ou pour le service SMUR, des urgences et des soins intensifs.

Ainsi, les docteurs DEWANDRE, BONHOMME et BRICHANT effectuaient leurs prestations, pendant la période litigieuse, soit de mai 1999 à décembre 2000, sur le site du CHR de la Citadelle, où aucune consultation d'anesthésie n'a été tarifée ou facturée à l'époque litigieuse (cf. attestation de Madame ENGLEBERT-THOMAS, directrice du personnel du CHU, du 13 janvier 2011 – dossier complémentaire, pièce n° 1).

Le docteur MICHEELS [...].

Pour des raisons évidentes d'égalité et de non-discrimination, aucun grief ne peut être retenu pour l'ensemble des prestations de même nature."

Le dispositif de ces conclusions était rédigé comme suit :

" PAR CES MOTIFS, PLAISE A LA CHAMBRE DE RECOURS,

Allouer aux concluants le bénéfice de leurs conclusions antérieures, censées intégralement reproduites.

A titre infiniment subsidiaire :

Dire le recours des concluants fondés à concurrence d'un montant de 20.476,41 EUR.

Dire intégralement fondé le recours articulés par les docteurs BRICHANT, DERMIENS, DEWANDRE, BONHOMME, MICHEELS, DAMAS, CANIVET, LEDOUX, DEVOGHEL, LACROIX et LIBBRECHT".

III. 7. Le 10 novembre 2011, la chambre de recours condamne solidairement les requérants et les autres médecins ayant interjeté appel et le C.H.U. de Liège au remboursement de la valeur des prestations indûment portées en compte à l'assurance soins de santé pour 148 prestations, soit 31.834,94 euros.

Cette décision, qui est notifiée aux requérants les 25 et 29 décembre 2011 et qui constitue la décision attaquée, est motivée comme suit :

" 1. La décision du 21 avril 2011 se prononce sur le fond; elle décide que l'interdiction de porter en compte l'examen préalable du patient s'étend aux examens préalables effectués par le médecin pratiquant l'anesthésie et aux examens préalables effectués par un médecin appartenant à l'équipe d'anesthésiologie autre que celui pratiquant l'anesthésie. Pour le surplus, elle ordonne une réouverture des débats pour permettre aux parties de s'expliquer sur les montants dus.

2. Les appelants plaident que la charge de la preuve incombe à l'INAMI et qu'en cas de doute, celui-ci doit être débouté. Ainsi, les appelants se trompent sur la portée des attestations ou des factures qu'ils adressent aux organismes assureurs; ces documents n'ont pas la valeur probante qu'ils leur donnent; en effet, il ne s'agit que de pièces qui établissent tout au plus la vraisemblance d'une créance; en cas de contestation, il leur appartient de prouver par toutes voies de droit la réalité de leur créance et, en cas de doute, leur débouté s'impose (article 1353 du Code civil); autrement dit encore, le risque de la preuve pèse sur eux.

3. La chambre de recours, dans sa décision du 21 avril 2011, considère que le grief doit être déclaré établi pour les prestations relatives aux consultations pré-anesthésie effectuées par un prestataire alors que l'anesthésie est pratiquée par un autre prestataire.

Partant, il n'y a pas lieu d'exclure les 1.802 prestations du grief retenu.

4. Resterait dès lors 146 (19 + 127) prestations litigieuses qui pourraient être exclues du grief.

A. Concernant les 19 prestations «consultations par un médecin anesthésiste dans le cadre du centre de la douleur», l'intimé ne peut que constater, à juste titre, qu'il n'est pas prouvé que ces 19 prestations auraient bien été réalisées dans le cadre du centre de la douleur.

Pour le Docteur HARDY, ces prestations avaient été écartées ab initio devant la chambre restreinte car il avait été établi que celui-ci travaillait exclusivement dans le cadre de la clinique de la douleur.

Pour les autres dispensateurs de soins (Docteurs DEVOGHEL, DERMIENS, LIBBRECHT et LACROIX), qui font des consultations à la clinique de la douleur par roulement, il n'est pas établi que les prestations reprises au procès-verbal de constat concernaient uniquement la clinique de la douleur.

Dans les cas retenus, on retrouve une consultation d'anesthésiste suivie peu après d'honoraires d'anesthésie en rapport avec une intervention. Les assurés peuvent avoir une pathologie justifiant le passage à la clinique de la douleur et devoir, par ailleurs, subir une intervention chirurgicale.

A supposer que la consultation visée soit celle de la clinique de la douleur, on devrait retrouver une autre consultation du même anesthésiste (ou d'un autre de l'équipe), avant l'intervention, ce qui n'est pas le cas.

Dès lors, l'évocation de possibles consultations en clinique de la douleur, ne paraît pas suffisante pour faire disparaître le grief (voir point 2 sur la charge de la preuve).

B. Concernant les 127 prestations «consultations effectuées par un médecin anesthésiste soit extérieur, soit dans le cadre de l'urgence, SMUR, soins intensifs», l'attestation du 13 janvier 2011, indique seulement que les Docteurs

DEWANDRE, BONHOMME et BRICHANT prestaient, durant la période mai 1999 — décembre 2000, sur le site du centre hospitalier régional de la Citadelle.

Or on retrouve, dans les listes de facturation du centre hospitalier universitaire, les codes litigieux au nom des dispensateurs de soins concernés.

Ces prestations ont donc été facturées par le CHU et non par le CHR de La Citadelle, bien qu'il est avancé (en 2011) que les Docteurs DEWANDRE, BONHOMME et BRICHANT travaillaient (à temps plein ?) sur le site du CHR La Citadelle.

En conséquence, c'est à juste titre que l'intimé considère que ces 146 prestations doivent être retenues comme indues.

5. Enfin concernant le calcul de l'indu, après soustraction des codes 102012 (44 prestations 102012 pour un montant total de 423,06 € (soit 24 prestations x 348 FB, 7 prestations x 506 FB, 4 prestations x 501 FB et 9 prestations x 3252 FB) admis par l'intimé, l'indu total s'élève à 31.834,94 € (32.258 - 432,06) en retenant les 1.948 prestations (1802 + 19 + 127).

Par ces motifs,

La Chambre de recours

- dit l'appel partiellement fondé;

- condamne solidairement les appelants et le Centre hospitalier universitaire de Liège, Domaine du Sart Tilman (établissement public, BCE n° 0232.988.060), au remboursement de la valeur des prestations indûment portées en compte à l'assurance soins de santé, soit 31.834,94 €.

Dit que la présente décision est exécutoire de plein droit par provision nonobstant tout recours."

IV. RECEVABILITE DU RECOURS

IV. 1. Thèses des parties

Dans son mémoire en réponse, la partie adverse soutient que, dans sa décision du 21 avril 2011, la chambre de recours a confirmé la décision de la chambre restreinte du 4 février 2003 et a rouvert les débats pour permettre aux parties de s'expliquer sur le seul montant dû. Selon elle, la décision de la chambre restreinte condamnait déjà les requérants de manière solidaire aux autres personnes poursuivies, les requêtes d'appel du 22 mai 2003 et les conclusions ultérieures ne se prononcent pas sur la solidarité et les requérants n'ont, pas même à l'audience, émis de remarque quant au fait qu'ils pourraient être condamnés solidairement. Ainsi, les requérants contestent leur condamnation solidaire pour la première fois dans le présent recours en invoquant le fait que les conséquences accessoires de la décision attaquée, prévues par les articles 143 et 157 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, leur font grief. La partie adverse observe que

l'article 143 précité ne serait applicable que si les requérants faisaient l'objet d'une nouvelle enquête, qui donnerait lieu à un procès-verbal de constat d'infraction établi dans les cinq années qui suivent la décision attaquée et que l'article 157 s'appliquerait uniquement si une nouvelle sanction était prononcée dans les trois ans suivant le prononcé de la décision attaquée. Les requérants n'ont donc pas d'intérêt né, direct et actuel à contester la décision attaquée.

Dans leur mémoire en réplique, les requérants indiquent qu'ils ont intérêt à obtenir l'annulation d'une décision les condamnant à rembourser solidairement des sommes à l'INAMI et que des conséquences accessoires se déduisent d'une telle condamnation : instruction différente et possibilité de bénéficier d'un sursis, en vertu des articles 143 et 157 de la loi coordonnée. Ils soutiennent qu'ils ont bien critiqué la solidarité lors de l'audience du 6 octobre 2011 et qu'en tout état de cause, cette solidarité est illégale et qu'ils ne perdent pas intérêt à la critiquer dans le cadre d'une procédure en cassation. Ils observent que, même si aucun dossier n'est actuellement ouvert contre eux, il n'en reste pas moins que les conséquences accessoires précitées pourraient leur être opposées dans une telle hypothèse et qu'ils ont un intérêt personnel à quereller une décision qui les condamne solidairement à payer des sommes à l'INAMI.

IV. 2. Décision du Conseil d'Etat

En date du 21 avril 2011, la chambre de recours a confirmé, en son principe, la décision de la chambre restreinte du comité du service de contrôle médical, qui condamnait solidairement l'ensemble des parties au litige, dont les requérants.

Cette décision repose toutefois, notamment, sur le motif ainsi libellé :

" 4. Détail des prestations :

A titre subsidiaire, à supposer que la nomenclature soit d'application, les appelants soutiennent que le recours serait fondé à concurrence de 20.476,21 € et que le recours est intégralement fondé pour les docteurs, Brichant, Dewandre, Bonhomme, Micheels, Damas, Canivet, Ledoux, Devoghel, Lacroix et Libbrecht alors que l'intimé arrive à un montant de 31.955,92 €. Eu égard au caractère très technique de la matière, il y a lieu de rouvrir les débats pour permettre aux parties de s'expliquer uniquement sur ces montants",

lequel laisse incertaine la portée que la partie adverse tente de prêter à cette décision.

La décision attaquée condamne solidairement l'ensemble des appelants au remboursement de la valeur des prestations indûment portées en compte à

l'assurance soins de santé, cette condamnation portant sur un montant de 31.834,94 euros.

Cette décision contredit la thèse de la partie adverse, selon laquelle la décision non attaquée du 21 avril 2011 condamnait déjà solidairement, et par principe, les requérants.

Procédant d'une supposition qui n'est pas vérifiée, la fin de non recevoir opposée au recours ne peut, en conséquence, être accueillie.

Par ailleurs, l'opprobre que jette la condamnation infligée aux requérants suffit à justifier l'actualité de leur intérêt au recours.

V. DEUXIEME MOYEN

V. 1. Thèses des parties

A. Requête

Les requérants soulèvent un moyen, le deuxième, qu'ils articulent en deux branches, la première dénonçant l'"appréciation manifestement déraisonnable des faits : les requérants n'ont accompli aucune des prestations dont le remboursement est ordonné (article 12, § 3, de la Nomenclature des prestations de santé)", tandis que la deuxième critique le "défaut de motivation (article 149 de la Constitution)". Ils indiquent avoir démontré, dans les conclusions déposées après la décision du 21 avril 2001, qu'ils n'avaient accompli aucune des prestations dont le remboursement est sollicité. La décision répond à ces conclusions dans les termes suivants :

" Concernant les 127 prestations «consultations effectuées par un médecin anesthésiste soit extérieur, soit dans le cadre de l'urgence, SMUR, soins intensifs», l'attestation du 13 janvier 2011 indique seulement que les docteurs DEWANDRE, BONHOMME et BRICHANT prestaient, durant la période [de] mai 1999 – décembre 2000, sur le site du centre hospitalier régional de la Citadelle. Or, on retrouve dans les listes de facturation du centre hospitalier universitaire, les codes litigieux au nom des dispensateurs de soins concernés. Ces prestations ont donc été facturées par le CHU et non par le CHR de La Citadelle, bien qu'il est avancé (en 2011) que les docteurs DEWANDRE, BONHOMME et BRICHANT travaillaient (à temps plein ?) sur le site du CHR La Citadelle. En conséquence, c'est à juste titre que l'intimé considère que ces 146 prestations doivent être retenues comme indues."

Les requérants font valoir que, toutefois, il est démontré par l'attestation susdite de M^{me} ENGLEBERT du 13 janvier 2011 jointe aux conclusions qu'ils avaient

déposées devant la Chambre de recours le 8 février 2011, qu'ils ne travaillaient pas au C.H.U. mais au C.H.R., qu'il va de soi que cette attestation ne retenait aucune information et que c'est bien à temps plein que les trois requérants travaillaient, à l'époque, au C.H.R..

Ils relèvent qu'ils n'ont jamais soutenu qu'ils effectuaient des prestations pour compte du C.H.R., la décision attaquée confondant manifestement le lieu sur lequel les prestations ont été réalisées et la personne qui a attesté et tarifé les prestations litigieuses, s'agissant du C.H.U. de Liège et non du C.H.R. de la Citadelle.

Selon eux, le service de contrôle prétendait que les dispositions légales devaient être interprétées en ce sens que des consultations anesthésiques, effectuées en préalable à un acte d'anesthésie ne peuvent faire l'objet d'une facturation distincte. Pour le Service de contrôle, ces consultations "pré-anesthésiques" devaient être comprises dans l'acte d'anesthésie lui-même. Les requérants estiment ne pas avoir à se prononcer sur cette question, qui leur paraît étrangère à la situation qui est la leur.

Ils affirment, depuis le début de la procédure, qu'ils n'ont accompli aucune des consultations dont le remboursement est exigé. Selon eux, pour affirmer le contraire, le service de contrôle de l'INAMI se fondait sur des listings qu'il avait établis en croisant les prestations d'anesthésie facturées au nom de médecins dépendant du C.H.U. (ce que sont les requérants, même s'ils pratiquaient exclusivement au C.H.R., dans le cadre d'un détachement universitaire) avec les consultations facturées par des médecins anesthésistes dépendant du C.H.U. et que, si une consultation apparaissait comme le préalable à une anesthésie, il en postulait le rejet. Pour les requérants, c'est une interprétation complètement erronée de ce listing qui a amené la chambre de recours à prononcer une condamnation contre les requérants. Ils expliquent que "le code correspondant au docteur BRICHANT (165516427100 : NB. Dans ce code, le premier chiffre indique la profession (1-médecin), le deuxième la province (6 – Liège), les six suivants le numéro d'ordre, et les trois derniers la spécialité (100-anesthésiste)) apparaît 3 fois dans les listes de facturation (pp. 15, 97 et 123), celui correspondant au docteur DEWANDRE (16554237100) 3 fois (pp. 13, 30 et 94) et celui du docteur BONHOMME (16603727100) 3 fois également (pp. 85, 103 et 123)". Il n'apparaît, cependant, nullement dans la colonne correspondant au médecin qui a effectué la prestation dont le remboursement est sollicité mais dans la colonne correspondant à l'acte d'anesthésie qui l'a suivi. En d'autres termes, les requérants n'ont jamais porté en compte aucune consultation pré-anesthésique, ce que personne ne faisait au C.H.R. mais il leur est simplement arrivé de pratiquer des actes d'anesthésie qui avaient été précédés par une consultation effectuée par un médecin anesthésiste (ce qu'ils

ignoraient d'ailleurs, ainsi que cela va être démontré, même si cette circonstance est indifférente. Les requérants poursuivent en indiquant que le listing produit par le service de contrôle (réalisé pour les besoins de la cause, à partir des données dont le service disposait) est divisé en dix colonnes, la première reprenant le code patient, la seconde, le nom du patient, la troisième, le prénom du patient, la quatrième, le date de la consultation (c'est-à-dire la date de l'acte dont le remboursement est sollicité), la cinquième, le code INAMI de la consultation (102535 ou 102012 selon que le médecin consultant était ou non agréé), la sixième, le montant facturé pour cette consultation, la septième, le code du médecin qui a pratiqué cette consultation (jamais les codes des requérants n'apparaissent dans cette colonne), la huitième, la date de l'acte d'anesthésie qui aurait suivi cette consultation "pré-anesthésique", la neuvième, le code de l'acte d'anesthésie, et la dixième, le code du médecin qui a pratiqué l'acte d'anesthésie (c'est exclusivement dans cette colonne qu'apparaissent les codes des requérants). Selon eux, la motivation de leur condamnation repose donc sur un fait matériellement inexact et viole la foi due aux actes, en déduisant une preuve d'un élément sans rapport avec le fait à prouver, les requérants n'ont accompli aucun des actes dont le remboursement est sollicité, leur position au sein de l'organigramme du C.H.R. rendant d'ailleurs cet accomplissement impossible. Pour plus de précision, ils versent au dossier (pièce 3) un document qui explicite les neuf cas pour lesquels ils ont été mentionnés et dont il apparaît que, dans huit cas sur neuf, la consultation pré-anesthésique a été effectuée par le docteur MICHEELS (16260663100) qui officiait au service SMUR. Il s'agissait donc de la tarification de la prestation effectuée par le médecin qui officiait dans l'ambulance amenant un patient à l'hôpital et non, à proprement parler, d'une consultation pré-anesthésique. D'ailleurs les requérants indiquent que les anesthésistes ne sont pas les seuls à assurer le service SMUR (par exemple, on y trouve aussi des urgentistes) et qu'il serait absurde que les mêmes prestations (premiers soins, maintien en vie jusqu'à l'arrivée à l'hôpital,...) soient considérées comme consultations pré-anesthésiques lorsqu'elles sont accomplies par un anesthésiste et non lorsqu'elles le sont par un autre spécialiste... (pour plus de détails sur cette question, voyez la note jointe en pièce 4). Quant au neuvième cas (p. 123), c'est manifestement par erreur qu'il figure dans le listing. Ainsi, le 28 janvier 2000, Madame O. Y. a été vue par le docteur DEVOGHEL (16201473100) à la clinique de la douleur pour des douleurs pelviennes, il ne s'agissait donc pas d'une consultation pré-anesthésique. Elle a ensuite été référée au docteur KRIDELKA qui a pris, le 15 février 2000 la décision de pratiquer une hystérotomie vaginale, laquelle a été effectuée le 25 février 2000 à l'intervention du docteur BRICHANT. Il apparaît donc que non seulement les actes contestés n'ont pas été pratiqués par les requérants mais par d'autres médecins (huit fois le docteur MICHEELS, une fois le docteur DEVOGHEL), mais encore que lesdits actes

n'étaient pas des consultations pré-anesthésiques au sens où le Service de contrôle l'entend.

Les requérants en concluent qu'en conséquence, c'est à la suite d'une erreur matérielle, constitutive d'une appréciation manifestement déraisonnable des faits que la chambre de recours a considéré que les prestations contestées, au nombre de neuf, avaient été accomplies par les requérants et, d'ailleurs qu'elles constituaient des consultations pré-anesthésique, qu'une telle conclusion repose sur une violation de la foi due aux différents documents produits par le service de contrôle à l'appui de sa demande, notamment le listing contesté et les attestations de soins donnés qui le fondaient et que la motivation qui assoit le dispositif de condamnation solidaire des requérants est entachée d'erreur matérielle, doublement inadéquate et impertinente et ne répond pas aux développements contenus dans les conclusions développées par les requérants.

B. Mémoire en réponse

Dans son mémoire en réponse, la partie adverse soutient que le moyen reproche une "appréciation manifestement déraisonnable des faits". Elle fait observer que la chambre de recours apprécie souverainement et librement la valeur probante des éléments de preuve qui lui sont soumis, le Conseil d'Etat n'étant pas compétent pour substituer sa propre appréciation des faits à celle de la chambre de recours qui statue comme juge de plein contentieux. Elle fait valoir que les requérants invoquent des éléments nouveaux, non soumis à la chambre de recours, et que le moyen repose sur de nouvelles pièces, non soumises à la chambre de recours et à la contradiction. Elle soutient qu'il ne peut être valablement reproché à la chambre de recours une erreur dans l'appréciation d'éléments de preuve dont elle n'avait pas connaissance.

C. Mémoire en réplique

Dans leur mémoire en réplique, les requérants indiquent que la partie adverse ne conteste nullement les développements qui sont contenus dans la requête déposée par les requérants, qui établissent de façon incontestable et incontestée, d'une part, que les requérants n'ont jamais accompli aucun des actes dont le remboursement est contesté par le service de contrôle et, d'autre part, que les actes dont le remboursement est contesté par le service de contrôle, en ce qu'ils sont antérieurs à d'autres actes d'anesthésie qui ont, eux, bien été accomplis par les requérants, ne peuvent en aucun cas être considérés comme des "consultations pré-anesthésiques" au sens où le service de contrôle l'entend. Selon eux, l'existence d'une erreur matérielle commise par la chambre de recours est ainsi établie. En résumé, le listing qui a été

produit par le service de contrôle ne fait jamais apparaître le nom des requérants comme prestataires d'une consultation contestée, mais simplement comme prestataires d'un acte anesthésique postérieur à une prestation contestée. De plus, le listing produit par le service de contrôle fait apparaître qu'à neuf reprises (trois chacun), les requérants ont accompli des actes d'anesthésie postérieurs à une prestation contestée mais, en aucun cas, les prestations contestées n'étaient, dans ce cas, des "consultations pré-anesthésiques". La décision de la chambre de recours est donc indiscutablement entachée d'une erreur manifeste d'appréciation des faits.

Les requérants poursuivent en indiquant que, plus fondamentalement, cette décision viole les règles de la preuve et les règles de la foi due aux actes dans la mesure où elle donne aux documents produits par le service de contrôle une interprétation qui est absolument inconciliable avec son contenu, puisqu'elle prétend en déduire des faits qui sont contraires à ce qu'elle atteste, que, de plus, la décision attaquée ne peut être considérée comme répondant adéquatement aux conclusions qui avaient été déposées par les requérants et que, dans ces conclusions, les requérants avaient démontré de façon claire qu'ils n'avaient jamais tarifé de consultations pré-anesthésiques, en se fondant sur l'organigramme de leur service, sur une attestation de M^{me} ENGLEBERT et sur le listing produit par le service de contrôle lui-même.

Ils relèvent que, pour écarter leur argumentation, la décision attaquée se contente de relever que les codes des requérants se retrouvent dans les listes de facturation du Centre hospitalier universitaire, sans répondre aucunement aux arguments développés par les requérants qui démontraient qu'ils n'avaient accompli aucune des prestations contestées et que, si leur code figurait dans le listing produit par le service de contrôle, ce n'était nullement parce qu'ils avaient accompli lesdites prestations, mais seulement parce qu'ils avaient accompli des actes qui y étaient postérieurs, à l'égard d'un même patient. Ainsi, non seulement, la décision attaquée viole la foi due aux pièces produites par le service de contrôle mais, en sus, elle n'est pas régulièrement motivée, en ce qu'elle ne répond pas adéquatement aux conclusions déposées par les requérants. Selon les requérants, la partie adverse prétend encore que le recours introduit par les requérants est fondé sur des pièces nouvelles, non déposées dans la procédure devant la chambre de recours, n'ayant pas été soumises aux débats contradictoires devant celle-ci et qui doivent dès lors être écartées alors qu'en réalité, le recours est fondé sur la pièce deux du dossier joint à leur recours par les parties requérantes, qui est le listing établi par le service de contrôle, bien connu de la chambre de recours et soumis à débats contradictoires devant celle-ci, tout comme d'ailleurs, auparavant, devant les chambres restreintes, que les pièces trois et quatre dont la partie adverse sollicite le rejet sont des pièces qui ne font qu'expliquer le

contenu de la pièce deux et la rendre plus lisible; et qu'il ne s'agit donc pas d'éléments nouveaux, de telles explications ayant, tout simplement, pu être intégrées aux écrits de procédure développés par les requérants à l'appui de leur position.

V. 2. Décision du Conseil d'Etat

L'obligation de motiver les jugements, prescrite par l'article 149 de la Constitution visé au moyen, répond à une règle de forme, en sorte qu'une décision juridictionnelle est motivée au sens de cette disposition lorsque le juge indique clairement et sans équivoque les raisons, fussent-elles erronées et illégales, qui l'ont déterminé à statuer comme il l'a fait.

En date du 21 avril 2011, la chambre de recours confirme, en son principe, la décision prise le 4 février 2003 par la chambre restreinte du Comité du service de contrôle médical dont les requérants et les autres médecins concernés avaient interjeté appel. Elle ordonne, par ailleurs, une réouverture des débats pour permettre aux parties de s'expliquer sur certaines des prestations litigieuses, susceptibles d'influencer le montant au remboursement duquel la condamnation de principe est prononcée.

Aux termes de leurs conclusions de synthèse, déposées à l'audience du 6 octobre 2011 fixée pour la réouverture des débats, les requérants ont notamment fait valoir ce qui suit :

" III. CONSEQUENCE : LE DETAIL DES PRESTATIONS POUR LESQUELLES TOUT GRIEF PEUT EN TOUTE HYPOTHESE ETRE ECARTE

III.1. Les catégories de prestations

Il y a en toute hypothèse lieu de dire que le grief ne peut être établi pour les prestations suivantes :

a) [...]

b) [...]

c) Les prestations réalisées par des médecins effectuant leurs prestations pour compte d'institutions extérieures au CHU ou pour le service SMUR, des urgences et des soins intensifs.

Ainsi, les docteurs DEWANDRE, BONHOMME et BRICHANT effectuaient leurs prestations, pendant la période litigieuse, soit de mai 1999 à décembre 2000, sur le site du CHR de la Citadelle, où aucune consultation d'anesthésie n'a été tarifée ou facturée à l'époque litigieuse (cf. attestation de Madame ENGLEBERT-THOMAS, directrice du personnel du CHU, du 13 janvier 2011 – dossier complémentaire, pièce n° 1).

Le docteur MICHEELS [...]

Pour des raisons évidentes d'égalité et de non-discrimination, aucun grief ne peut être retenu pour l'ensemble des prestations de même nature."

Dans sa décision du 10 novembre 2011, contre laquelle est formée le présent recours, la chambre de recours motive comme suit sa décision de déclarer indues les prestations imputées aux requérants :

" 4. Resteraient dès lors 146 (19 + 127) prestations litigieuses qui pourraient être exclues du grief.

A. Concernant les 19 prestations «consultations par un médecin anesthésiste dans le cadre du centre de la douleur», [...].

B. Concernant les 127 prestations «consultations effectuées par un médecin anesthésiste soit extérieur, soit dans le cadre de l'urgence, SMUR, soins intensifs», l'attestation du 13 janvier 2011, indique seulement que les Docteurs DEWANDRE, BONHOMME et BRICHANT prestaient, durant la période mai 1999 — décembre 2000, sur le site du centre hospitalier régional de la Citadelle.

Or on retrouve, dans les listes de facturation du centre hospitalier universitaire, les codes litigieux au nom des dispensateurs de soins concernés.

Ces prestations ont donc été facturées par le CHU et non par le CHR de La Citadelle, bien qu'il est avancé (en 2011) que les Docteurs DEWANDRE, BONHOMME et BRICHANT travaillaient (à temps plein ?) sur le site du CHR La Citadelle.

En conséquence, c'est à juste titre que l'intimé considère que ces 146 prestations doivent être retenues comme indues."

Par ces considérations, la chambre de recours répond aux conclusions de synthèse des requérants, en rejetant la défense qu'ils y opposaient, et motive sa décision conformément à l'obligation qui lui incombe en vertu de l'article 149 de la Constitution.

Si le moyen, qui dénonce une appréciation manifestement déraisonnable des faits, tend à obtenir du Conseil d'Etat une nouvelle appréciation des faits tels qu'ils ont été appréciés par la chambre de recours, il doit être déclaré irrecevable. En effet, lorsque le Conseil d'Etat statue comme juge de cassation administrative, il ne connaît pas du fond des affaires et n'est pas compétent pour examiner un moyen dans lequel, le cas échéant, le requérant prétend remettre en cause l'appréciation de la juridiction administrative suivant laquelle les éléments produits sont ou non convaincants.

Si le moyen s'interprète en ce sens qu'il critique l'interprétation donnée au listing établi par la partie adverse pour entamer les poursuites, il revient à dénoncer une violation de la foi due à ce listing, ce que reprochent d'ailleurs les requérants en

termes exprès. L'examen de ce moyen ainsi interprété conduit à examiner si la chambre de recours a développé une lecture non erronée de ce listing sur lequel elle s'est fondée.

Il ressort de ce document que le grief formulé par les requérants est établi. En effet, ce listing ne permet pas de vérifier que les prestations imputées aux requérants relèvent, contrairement à ce qui leur a été reproché de la préanesthésie.

Il s'ensuit que le moyen est fondé.

**PAR CES MOTIFS,
D E C I D E :**

Article 1^{er}.

Est cassée la décision prise le 10 novembre 2011, sous les numéros FB-027-04 à FB-052-04 par la chambre de recours instituée auprès du service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI, en ce qu'elle condamne les requérants solidairement avec les docteurs Franz ALBERT, Jean-Luc CANIVET, Pierre DAMAS, Dominique DERMIENS, Jean-Claude DEVOGHEL, Marie-Elisabeth FAYMONVILLE, Claude FEVRIER, Colette FRANSSEN, Marie-Bernard HUBERT, Marc JANSSENS, Jean JORIS, Maurice LAMY, Jacqueline LACROIX, Robert LARBUISSON, Didier LEDOUX, Dominique LIBBRECHT, Jean MICHEELS, Claudine PAQUAY, Bernadette REMY, Laurence ROEDIGER, Sabine VANDENBOSCH, Ingrid VENNEMAN, médecins anesthésistes au service d'anesthésie et de réanimation du C.H.U. de Liège, Sart-Tilman, Liège, et le C.H.U. de Liège lui-même, au remboursement de la valeur des prestations soi-disant indûment portées en compte à l'assurance soins de santé, soit 31.834,94 euros.

Article 2.

Le présent arrêt sera transcrit sur les registres de la chambre de recours instituée auprès du service d'évaluation et de contrôles médicaux de l'institut national d'assurance maladie-invalidité, en abrégé INAMI, et mention en sera faite en marge de la décision cassée.

Article 3.

L'affaire est renvoyée devant la chambre de recours instituée auprès du service d'évaluation et de contrôles médicaux de l'institut national d'assurance maladie-invalidité, en abrégé INAMI, autrement composée.

Article 4.

Les dépens, liquidés à la somme de 525 euros, sont mis à la charge de la partie adverse.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique de la VI^e chambre, le quatre décembre deux mille douze par :

M^{me} Odile DAURMONT,
MM. Paul LEWALLE,
David DE ROY,
M^{me} Caroline HUGÉ,

Président de chambre,
Conseiller d'Etat,
Conseiller d'Etat,
Greffier.

Le Greffier,

Le Président,

Caroline HUGÉ.

Odile DAURMONT.