

CONSEIL D'ÉTAT, SECTION DU CONTENTIEUX ADMINISTRATIF.

XV^e CHAMBRE

A R R Ê T

n° 242.904 du 9 novembre 2018

A. 225.422/XV-3768

En cause : **l'Union Nationale des Mutualités Libres,**
ayant élu domicile chez
M^e Jean-Pierre BUYLE, avocat,
avenue Louise 523/3
1050 Bruxelles,

contre :

l'Office de Contrôle des Mutualités,
ayant élu domicile chez
M^{es} Pierre SLEGERS
et Sarah BEN MESSAOUD, avocats,
place Flagey 18
1050 Bruxelles.

I. Objet de la requête

Par une requête introduite le 6 juin 2018, l'Union Nationale des Mutualités Libres demande l'annulation de "la décision prise par le Conseil de l'OCM lors de sa séance du 29 mars 2018, notifiée à la partie requérante le 27 avril 2018 par lettre du 26 avril 2018 envoyée par courrier recommandé".

II. Procédure

Le dossier administratif a été déposé.

La partie adverse a déposé un mémoire en réponse.

M. Denis DELVAX, premier auditeur au Conseil d'État, a rédigé un rapport sur la base de l'article 3, § 3, de l'arrêté royal du 12 octobre 2010 portant exécution de l'article 68, alinéa 2, de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités.

Le rapport a été notifié aux parties.

Par une ordonnance du 27 septembre 2018, l'affaire a été fixée à l'audience publique du 6 novembre 2018 à 9 heures 30.

M^{me} Pascale VANDERNACHT, président de chambre, a fait rapport.

M^e Clément CLAESENS, *loco* M^e Jean-Pierre BUYLE, avocat, comparaissant pour la partie requérante et M^e Sarah BEN MESSAOUD, avocat, comparaissant pour la partie adverse, ont été entendus en leurs observations.

M. Denis DELVAX premier auditeur, a été entendu en son avis conforme.

Il est fait application des dispositions relatives à l'emploi des langues, inscrites au titre VI, chapitre II, des lois sur le Conseil d'État, coordonnées le 12 janvier 1973.

III. Faits

1. La partie requérante est une union nationale de mutualités et est soumise au contrôle de la partie adverse, conformément à la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités.

2. Le 23 juin 2016, l'Institut national d'assurance maladie invalidité (INAMI) demande à la partie requérante de lui communiquer, selon un "*layout* identique aux demandes classiques art. 138", toutes les données correspondant à diverses prestations de la nomenclature des prestations de soins pour la période courant du 1^{er} septembre 2015 au 29 février 2016.

3. Le 27 juin 2016, la partie requérante communique les données demandées à l'INAMI en indiquant que le support magnétique est authentifié "conformément au prescrit de l'article 138 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée du 14 juillet 1994".

4. Dans le courant du mois de mars 2017, l'INAMI établit un document intitulé "Nouveau système d'évaluation – Responsabilisation financière des organismes assureurs – Données communiquées à l'OCM pour la période du 1^{er} janvier 2016 au 31 décembre 2016".

On peut y lire ce qui suit dans la partie relative au domaine 3 du processus 3 :

" 3. Remboursement correct des prestations de soins de santé selon la nomenclature des prestations de soins (SECM)

a) Description du domaine

La nomenclature des prestations de soins (NPS) prévoit des règles de paiements des prestations dans les libellés des codes de prestations, dans les règles d'application, dans les règles interprétatives et dans les circulaires destinées aux O.A. [organismes assureurs]. Le respect de ces règles de remboursement est essentiel pour garantir la bonne affectation des ressources de l'assurance soins de santé et indemnités et pour éviter des dépenses indues.

4 parties de la NPS ont été sélectionnées pour l'évaluation de la performance des O.A. pour l'année 2016 :

2. soins de réanimations – NPS – section 4, art. 13
3. soins de chirurgie – NPS – section 5, art. 14, 15 et 16
4. imagerie – NPS – section 6 art. 17, 17bis, 17ter et 17quater
5. fournisseurs d'implants – NPS – chapitre VI – art. 28, § 1 à 8

Chacune de ces parties de la NPS donne lieu à un indicateur de performance.

b) Définition de l'indicateur

Chaque règle contrôlée fait l'objet d'un indicateur de résultats. Une référence à la déviance nationale est ajoutée.

Chaque indicateur représente pour la partie de la NPS qui le concerne, le pourcentage de prestations fautives ou incorrectement gérées majoré, le cas échéant, du pourcentage de records où un champ a été mal ou non rempli.

Dans le cas de figure où le remplissage incorrect d'un champ (données électroniques de tarification) met à mal la réalisation de la mesure 1, une seconde mesure est ajoutée, pour autant que le remplissage du champ soit obligatoire et qu'il soit indispensable pour la vérification de l'application de la règle; et pour autant que cette seconde mesure dépasse 10 %.

□ Formule de l'indicateur

$$x (\%) = \left(\frac{\text{Nombre de prestations fautives}}{\text{Nombre de prestations gérées (remplis)}} * 100 \right) + \left(\frac{\text{Nombre de records avec champ mal ou non rempli}}{\text{Nombre total de records}} * 100 \right) | > 10 \%$$

□ Variables

Mesure 1 :

Nombre de prestations fautives = nombre de prestations (dans l'échantillon) fautives ou incorrectement gérées en regard des règles NPS

Nombre de prestations gérées (remplis) = nombre (dans l'échantillon) de prestations remboursées par l'O.A. pour lesquelles tous les champs obligatoires ont été correctement remplis.

Mesure 2 :

Nombre de records avec des champs mal ou non rempli = nombre de records de l'échantillon d'un O.A. avec des champs non remplis ou mal remplis ou querellés

Nombre total de records = nombre total de records considérés dans l'échantillon.

c) Données et résultat de l'indicateur

[Extrait]

9 : Remboursement correct des prestations de soins de santé selon la nomenclature des prestations de soins								
O.A.	Parties sélectionnées de la NPS	Nombre de prestations gérées (avec tous les champs obligatoires remplis)	Nombre de prestations fautives ou incorrectement gérées	Pourcentage des prestations fautives (%)	Nombre total de records	Nombre de records avec champ mal ou non rempli	Pourcentage de records où un champ a été mal ou non rempli (%)	Indicateur : Pourcentage de prestations fautives majoré (si>10%) du pourcentage de records où un champ a été mal ou non rempli (%)
500	Soins Infirmiers	12.726	2.124	16,6902 %	17.726	0	0.0000 %	16,1902 %
	Soins de réanimations Serv 32, 75, 84	10.006	171	1,7090 %	10.006	0	0,0000 %	1,7090 %
	Soins de réanimations Lieu 130, 131	10.006	0	0,0000 %	10.006	0	0,0000 %	0,0000 %
	Soins de chirurgie	435	7	1,6092 %	435	0	0,0000 %	1,6092 %
	Imagerie	134.177	0	0,0000 %	134.177	134.177	100,0000 %	100,0000 %
	Fournisseurs d'implants	1.453	3	0,2065 %	1.453	0	0,0000 %	0,2065 %
	Moyenne des indicateurs par O.A.	168.803	2.305	3,3691 %	168.803	134.137	16.6667 %	20,0358 %

L'annexe 2 de ce document intitulée "Rapport VARAK – Contrôles thématiques sur les règles de nomenclature des soins de santé (SECM)" mentionne, par ailleurs, ce qui suit :

" La présente annexe constitue un complément d'information au domaine précité figurant en page 28.

[...]

Tarification par voie électronique de prestations d'imagerie médicale figurant aux articles 17, § 1^{er}, 11^o et 17, § 1^{er}, 11^o*bis* de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984.

1. Hypothèse de travail

Le Règlement des soins de santé du 28.07.2003, art. 6, § 16, stipule que la tarification par voie électronique de ces prestations doit respecter les modalités prévues par le comité de l'assurance. Les instructions de facturation visées par cette disposition réglementaire précisent que le champ "lieu de prestation" doit comporter le numéro d'identification du service agréé pour les prestations faisant l'objet de la présente investigation (codes de NPS 45.845.2 jusqu'à 45.846.3, 45.857.0 jusqu'à 45.860.3, 45.867.3 jusqu'à 45.890.5, 45.955.0 jusqu'à 45.964.2, 45.967.5 jusqu'à 45.970.1, 45.939.5 jusqu'à 45.954.6).

Le but de cette enquête est de vérifier dans quelle mesure le contrôle réalisé par les mutualités tient compte de ces dispositions légales.

2. Base légale

2.1 A.R. 13 FÉVRIER 1998

Arrêté royal portant exécution de l'article 64 de la loi SSI.

[...]

Art. 5. L'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans les prestations figurant dans l'article 17, § 1^{er}, 11^o, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités est subordonnée à la condition que ces prestations soient effectuées dans un service agréé conformément à l'arrêté royal du 28 novembre 1986 fixant les normes auxquelles un service d'imagerie médicale où est installé un tomographe axial transverse doit répondre pour être agréé comme service médical technique au sens de l'article 6*bis*, § 2, 6^o*bis*, de la loi sur les hôpitaux.

Art. 5*bis*. [...] L'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans les prestations figurant dans l'article 17, § 1^{er}, 11^o*bis*, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984, précité, est subordonnée à la condition que ces prestations soient effectuées dans un service agréé conformément à l'arrêté royal du 27 octobre 1989 fixant les normes auxquelles un service où est installé un tomographe à résonance magnétique avec calculateur électronique intégré doit répondre pour être agréé comme service médico-technique au sens de l'article 44 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987.

2.2 RÈGLEMENT DES SOINS DE SANTÉ DU 28.07.2003, ART. 6, § 16

§ 16. L'intervention de l'assurance soins de santé ne peut être accordée qu'à la condition que la facturation soit associée à la délivrance des données de facturation par support magnétique ou électronique, pour les prestations suivantes facturées dans le cadre du tiers-payant :

1^o les prestations dispensées à un bénéficiaire hospitalisé, dont l'hospitalisation donne lieu au paiement d'un montant par admission et/ou

d'un montant par jour et à un bénéficiaire dont le séjour dans un établissement hospitalier donne lieu au paiement d'un des montants prévus à l'article 4, §§ 3 à 7, de la convention nationale entre les établissements hospitaliers et les organismes assureurs et en ce qui concerne les bénéficiaires pour lesquels une intervention forfaitaire dans le coût de la dialyse est remboursée en exécution de l'arrêté royal du 23 juin 2003 portant exécution de l'article 71bis, §§ 1^{er} et 2 de la loi SSI.

Cette obligation ne joue cependant pas pour les prestations effectuées par un dispensateur de soins non attaché à l'hôpital, ni pour celles exécutées par le médecin qui, au 31 décembre 1983, exerce depuis vingt ans au minimum dans un hôpital et qui, à cette date, perçoit lui-même ses honoraires pour autant qu'il soit autorisé à continuer à les percevoir lui-même, conformément aux dispositions de l'article 143, § 2, de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987;

2° les prestations de biologie clinique, d'anatomopathologie et de médecine nucléaire *in vitro* effectuées par les laboratoires agréés au sens des articles 63 et 65 de la loi. Les prestations dispensées à un bénéficiaire qui ne se trouve pas dans un établissement hospitalier et effectuées dans des laboratoires pour lesquels le montant annuel de l'intervention de l'assurance n'atteint pas 25.000,00 EUR, ne tombent pas sous l'application de cette disposition;

3° les prestations non visées sous 1° ou 2° dispensées dans un établissement hospitalier et pour lesquelles le tiers-payant peut être appliqué de même que les prestations pharmaceutiques, délivrées par l'officine ou le dépôt des médicaments de l'hôpital aux bénéficiaires qui ne se trouvent pas dans un établissement hospitalier, excepté les médicaments délivrés aux bénéficiaires qui séjournent dans les maisons de soins psychiatriques.

Les modalités selon lesquelles doivent s'effectuer l'établissement et la délivrance des données de facturation par supports magnétiques ou électroniques, sont fixées par le Comité de l'assurance. Dans les cas où les dispensateurs de soins sont tenus, en vertu de l'article 37 de l'arrêté royal du 22 février 1998, de faire usage de la carte d'identité sociale des bénéficiaires, la preuve de l'usage de la carte d'identité sociale doit faire partie de la délivrance des supports magnétiques ou électroniques, de la façon déterminée par les modalités susvisées, fixées par le Comité de l'assurance.

4° les prestations dispensées par une maison de soins psychiatriques, visée à l'article 34, alinéa 1^{er}, 11°, de la loi, de même que les prestations pharmaceutiques délivrées aux bénéficiaires qui y résident.

2.3 INSTRUCTIONS AUX ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS, AUX LABORATOIRES DE BIOLOGIE CLINIQUE AGRÉÉS, AUX PRATICIENS DE L'ART INFIRMIER ET À TOUS LES AUTRES ÉTABLISSEMENTS ET DISPENSATEURS QUI RECOURENT AU SYSTÈME DE DÉLIVRANCE DES FICHIERS DE FACTURATION ET AUX ORGANISMES ASSUREURS – ÉDITION 2013

ENREGISTREMENT DE TYPE 50 ZONE 14

RUBRIQUE : LIEU DE PRESTATION

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DÉBUT : 12 N – 56

[...]

* Le numéro d'identification du service agréé conformément aux normes

[...]

- s'il s'agit de prestations effectuées dans un service d'imagerie médicale où est installé un tomographe axial transverse

= numéro de l'hôpital + 110.

Les codes et pseudo-codes de la nomenclature des prestations visées sont mentionnés dans l'arrêté royal du 13 février 1998, portant exécution de l'article 64 de la loi SSI.

Les numéros d'identification des services concernés doivent également être mentionnés pour tous les honoraires supplémentaires pour les prestations urgentes liées aux prestations précitées;

- s'il s'agit de prestations effectuées avec un tomographe à résonance magnétique agréé avec calculateur électronique intégré

= numéro de l'hôpital + 111.

Les codes visés sont ceux repris à l'art. 17, § 1, 11°bis, de la nomenclature.

3. Méthodologie

[...]

Analyse des données : il a été vérifié si, pour les prestations précitées, les données de facturation transmises par les hôpitaux aux organismes assureurs précisait dans le champ "Lieu de prestation" (zone d'enregistrement 50 Z 14) le numéro de l'hôpital où la prestation est réalisée suivi des numéros 110 (tomographe axial transverse) ou 111 (tomographe à résonance magnétique agréé) selon le type de prestation facturée (cf. bases légales). Comme déjà signalé, il a été tenu compte des corrections effectuées par les O.A. au cours de la période d'introduction comprise entre le 01/09/2015 et le 29/02/2016.

4. Résultats

L'étude des données fournies par les organismes assureurs confirme l'introduction aux O.A. de prestations non conformes en ce sens qu'elles ne respectent pas les dispositions légales rappelées ci-dessus. Elles ont cependant été remboursées (indûment) par les organismes assureurs.

Le listing brut de ces prestations non conformes est fourni en annexe. L'étude de ce listing appelle les remarques suivantes :

En ce qui concerne l'O.A. 500, il s'avère que le champ "lieu de prestation" contient bien le numéro de l'institution où la prestation a été réalisée, terminée par les 3 chiffres 000 mais jamais le numéro 110 ou 111 requis par la réglementation. Comme cette anomalie est systématique pour toutes les prestations investiguées avec un taux de non-conformité égal à 100 % et qu'elle ne concerne que l'O.A. 500, force est de conclure qu'il s'agit certainement d'une erreur d'extraction par l'OA lors de la création du fichier de données destiné à l'INAMI.

[...]"

5. Par un courrier du 11 avril 2017, la partie requérante indique à l'INAMI qu'elle ne peut marquer son accord avec les conclusions du rapport, que ce dernier mentionne bien que l'erreur est liée à une erreur d'extraction des données, qu'elle aurait dû lui être signalée au plus vite afin de lui permettre de rectifier le fichier, qu'aucune remarque ne lui a été faite depuis cinq ans, que l'indication du code ici manquant est systématiquement contrôlée dans son processus de contrôle *a priori* et l'est également par l'INAMI dans le cadre du contrôle de la qualité des modèles "Soins de Santé", qu'elle joint une nouvelle version du fichier et qu'elle l'invite à neutraliser la sanction.

6. Elle réitère son argumentation et sa demande par un courrier du 30 juin 2017.

7. Par un courrier du 13 juillet 2017, l'INAMI répond en néerlandais que, dans le cadre de l'examen du domaine 3 du processus 3, tant le respect des règles de remboursement que le remplissage correct des champs des formulaires sont

pris en compte, que la mention du code de l'institution hospitalière est obligatoire, que le but de l'évaluation est d'apprécier si les organismes gèrent bien leurs dossiers, que l'application d'une méthode d'examen stricte garantit l'égalité entre les différents organismes, qu'il est donc impossible de faire des exceptions et de demander les données à un autre moment, que les données transmises à l'INAMI doivent faire l'objet d'un contrôle approfondi, que les erreurs commises par la partie requérante démontrent l'utilité du contrôle de qualité et que les données qu'elle a transmises depuis cinq ans n'étaient pas erronées.

8. Le 3 août 2017, l'INAMI adresse à la partie adverse une note contenant les observations des organismes assureurs à propos du rapport comportant les données d'évaluation pour la période du 1^{er} janvier au 31 décembre 2016 et les réponses y apportées par l'INAMI.

9. Le 8 septembre 2017, les services de la partie adverse établissent une note 17/125/D1/A3 à l'intention du Conseil dans laquelle il est proposé à ce dernier d'approuver l'évaluation du processus 3 et de la soumettre pour avis au Comité technique.

Cette note fixe le montant à accorder à la partie requérante pour le domaine 3 du processus 3 à 277.531,94 €, correspondant à 56,5197 % du montant maximal de 491.033,15 € auquel elle aurait pu prétendre.

Un tableau de synthèse de l'évaluation du processus 3 indique que, eu égard aux résultats obtenus pour les 8 domaines, la partie requérante se voit reconnaître la somme de 3.437.553,72 €, correspondant à 87,51 % du montant total de 3.928.265,18 € auquel elle aurait pu prétendre.

10. Le 14 septembre 2017, le Conseil de la partie adverse approuve l'évaluation du processus 3 et décide de la soumettre au Comité technique.

11. À une date indéterminée, les services de la partie adverse établissent une note C.T. 17/20/D1/A3 à l'intention du président et des membres du Comité technique dans laquelle sont exposés les motifs justifiant l'octroi à la partie requérante du montant de 277.531,64 € pour le domaine 3 du processus 3.

12. Par un courrier du 12 octobre 2017, la partie requérante, répondant à une note sur la responsabilisation financière des organismes assureurs communiquée en préparation à la réunion du Comité technique du 12 octobre, informe la partie adverse que l'erreur relevée à propos du processus 3 est liée à une erreur de

manipulation qui ne lui a pas été signalée en temps voulu, que le procédé d'extraction est utilisé depuis cinq ans, qu'un contrôle de la présence du code est effectué par ses soins et par ceux de l'INAMI dans le cadre du contrôle de qualité, qu'elle a communiqué des tableaux complétés le 11 avril 2017, que le code en question est bien enregistré et contrôlé dans le champ *ad hoc* de sorte qu'elle respecte les obligations de contrôle mises à sa charge, qu'aucune prestation induue n'a donc été remboursée, que le contrôle de l'INAMI ne démontre pas qu'elle ne remplit pas ses obligations, mais uniquement qu'une erreur d'extraction a été commise, que la mesure envisagée ne poursuit pas l'objectif de la réglementation et est disproportionnée, et qu'elle l'invite à revoir sa position.

13. Lors de sa réunion du 12 octobre 2017, le Comité technique de la partie adverse décide de laisser aux organismes assureurs la possibilité de transmettre leurs remarques sur l'évaluation de l'année 2016 jusqu'à la fin du mois d'octobre 2017.

14. Le 16 novembre 2017, la partie adverse adresse à l'INAMI les remarques émises par les organismes assureurs pour lui permettre de faire part de ses observations sur celles qui concernent l'institut, ceci afin de finaliser la note à soumettre au Conseil.

15. Le 27 novembre 2017, le Conseil Intermutualiste National établit une "note d'évaluation de la partie variable des frais d'administration par les organismes assureurs".

16. Le 29 novembre 2017, l'INAMI répond à la partie adverse en renvoyant notamment au courrier adressé à la partie requérante le 13 juillet 2017.

17. Le 22 janvier 2018, les services de la partie adverse établissent une note 17/125/D1/C à l'intention des membres du Conseil dans laquelle sont reprises et examinées les remarques émises par les organismes assureurs à la suite de l'invitation formulée le 12 octobre 2017.

En ce qui concerne les remarques émises par la partie requérante à propos du domaine 3 du processus 3, cette note indique que l'argument avait déjà été examiné par les services de l'INAMI, qui lui avaient répondu par un courrier du 13 juillet 2017, et que, réinterrogé par la partie adverse, l'INAMI a confirmé son point de vue initial.

La note propose de ne pas apporter de modification à l'évaluation sur ce point.

L'annexe 12 à cette note est constituée par un tableau intitulé "Aperçu des résultats", qui mentionne, pour le processus 3, que la partie requérante se voit accorder un montant de 3.437.553,72 €, correspondant à 87,51 % du montant maximum à accorder de 3.928.265,18 €.

18. Le 8 février 2018, le Conseil de la partie adverse approuve notamment l'aperçu global de l'évaluation constituant l'annexe 12 de la note précitée.

19. À une date indéterminée, les services de la partie adverse établissent une note C.T. 17/20/D1/C à l'attention du Président et des membres du Comité technique dans laquelle sont reprises les remarques et observations émises par les organismes assureurs à l'égard de l'évaluation de l'exercice 2016 et les réponses y apportées par le Conseil de la partie adverse.

20. À une date indéterminée, les services de la partie adverse établissent un "Rapport d'évaluation des processus visés par l'article 3, 1° à 7°, de l'arrêté royal du 10 avril 2014 relatif à la responsabilisation des organismes assureurs sur le montant de leurs frais d'administration – Période d'évaluation 1.1.2016 – 31.12.2016".

On peut y lire que la partie requérante se voit accorder la somme de 277.531,94 € au titre du domaine 3 du processus 3, correspondant à 56,52 % du montant maximum de 491.033,15 € applicable audit domaine. La somme totale qu'elle se voit octroyer pour le processus 3 est de 3.437.553,72 €, soit 87,51 % du montant maximum de 3.928.265,18 € auquel elle aurait pu prétendre.

La dernière page de ce rapport est constituée par le tableau intitulé "Aperçu des résultats" dont question plus haut.

21. Le 15 mars 2018, le Conseil technique de la partie adverse prend connaissance de la note C.T. 17/20/D1/C établie par les services de la partie adverse et les membres du Conseil technique font part de leurs observations sur le processus d'évaluation.

22. Le 15 mars 2018, la présidente du Conseil de la partie adverse adresse le courrier suivant à la partie requérante :

" Concerne : Application de l'arrêté royal du 10 avril 2014 relatif à la responsabilisation des organismes assureurs sur le montant de leurs frais d'administration – période d'évaluation du 1^{er} janvier au 31 décembre 2016.

Monsieur le Directeur général,

Conformément aux dispositions de l'arrêté royal du 10 avril 2014 relatif à la responsabilisation des organismes assureurs sur le montant de leurs frais d'administration, le Conseil de l'Office de contrôle procède annuellement à l'évaluation de la manière dont lesdits organismes assureurs exécutent leurs missions légales. Un rapport reprenant les résultats de ladite évaluation est établi à l'issue de cette dernière.

Je vous prie de trouver ci-joint une copie du tableau récapitulatif reprenant les résultats relatifs à l'évaluation réalisée pour la période dont question sous rubrique, ainsi qu'un CD-ROM comportant une version en français et en néerlandais du rapport précité.

Relativement aux remarques formulées par votre organisme assureur dans le cadre de l'évaluation 2016 soumise au Comité technique du 12 octobre 2017, qui ont été communiquées à l'Office par le biais de votre courrier du 12 octobre 2017 [...], j'attire votre attention sur le fait que les décisions prises par le Conseil à leur égard en séance du 8 février 2018, ont été portées à la connaissance du Comité technique du 15 mars 2018 via la note C.T. 17/20/D1/C.

Je vous informe de ce que la présente décision peut faire l'objet d'un recours en annulation introduit auprès du Conseil d'État dans un délai de soixante jours à compter du jour qui suit la notification de la décision attaquée. Les formes du recours en annulation sont reprises dans l'arrêté du Régent du 23 août 1948 déterminant la procédure devant la section administrative du Conseil d'État".

À ce courrier est joint le tableau "Aperçu des résultats" dont question plus haut.

23. Le 28 mars 2018, les services de la partie adverse établissent une note 17/125/D1/D à l'attention des membres du Conseil dans laquelle ils relèvent que le courrier du 15 mars 2018 mentionne une voie de recours erronée et propose d'adresser de nouveaux courriers aux organismes assureurs.

24. Le 29 mars 2018, la présidente du Conseil de la partie adverse adresse le courrier suivant à la partie requérante :

" La décision visée au présent courrier annule et remplace la décision vous adressée en date du 15 mars 2018 [...], qui comportait une mention erronée des voies de recours.

Concerne : Application de l'arrêté royal du 10 avril 2014 relatif à la responsabilisation des organismes assureurs sur le montant de leurs frais d'administration – période d'évaluation du 1^{er} janvier au 31 décembre 2016.

Monsieur le Directeur général,

Conformément aux dispositions de l'arrêté royal du 10 avril 2014 relatif à la responsabilisation des organismes assureurs sur le montant de leurs frais d'administration, le Conseil de l'Office de contrôle procède annuellement à l'évaluation de la manière dont lesdits organismes assureurs exécutent leurs missions légales. Un rapport reprenant les résultats de ladite évaluation est établi à l'issue de cette dernière.

Relativement aux remarques formulées par votre organisme assureur dans le cadre de l'évaluation 2016 soumise au Comité technique du 12 octobre 2017, qui

ont été communiquées à l'Office par le biais de votre courrier du 12 octobre 2017 [...], j'attire votre attention sur le fait que les décisions prises par le Conseil à leur égard en séance du 8 février 2018, ont été portées à la connaissance du Comité technique du 15 mars 2018 via la note C.T. 17/20/D1/C.

Je vous informe de ce que la présente décision, prise par le Conseil en sa séance du 29 mars 2018 et qui remplace la décision qui vous a été communiquée en date du 15 mars 2018 sans toutefois modifier les résultats de l'évaluation concernée, peut faire l'objet d'un recours auprès du Conseil d'Etat à introduire dans les délais et selon la procédure visée par l'article 68 de la loi du 6 août 1990, précitée, et par l'arrêté royal du 12 octobre 2010 portant exécution de l'article 68, alinéa 2, de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités".

Ce courrier est oblitéré par les services de la poste le 30 mars et reçu par la partie requérante le 5 avril 2018.

La décision contenue dans ce courrier constitue l'acte attaqué.

25. Le 30 mars 2018, dans l'ignorance de l'existence du courrier du 29 mars 2018, la partie requérante introduit un recours auprès de la partie adverse contre la décision du 15 mars 2018.

Dans celui-ci, après avoir rappelé que les erreurs relevées par l'INAMI ne résultent que d'une mauvaise communication des données à celui-ci, et non à leur mauvais encodage par la partie requérante ou à la non-exécution de ses obligations, elle indique que la sanction est disproportionnée, que la partie adverse n'est pas tenue par la position de l'INAMI, que celle-ci a été informée des faits avant de prendre sa décision, que le Comité technique aurait dû se prononcer avant que le Conseil ne prenne sa décision, qu'un montant de 213.501,21 € a été erronément retenu, que la décision doit être modifiée en fixant le montant relatif au processus 3 à 3.651.054,93 €, et plus à 3.437.553,722 €, qu'elle souhaite être entendue, et que le courrier du 15 mars 2018 mentionne une voie de recours inexacte.

26. Le 10 avril 2018, la partie adverse répond à la partie requérante que la décision du 15 mars 2018 a été retirée par celle du 29 mars 2018, de sorte qu'il n'est plus possible de la modifier, et que la décision du 29 mars 2018 ne peut répondre au recours introduit le 30 mars.

27. Le 16 avril 2018, la partie requérante introduit un recours auprès de la partie adverse contre la décision du 29 mars.

Dans celui-ci, elle invoque la violation de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs puisque ni le contenu de la décision ni ses motifs ne sont exposés, que les rapports cités ne sont pas joints, que

le Comité technique doit se prononcer avant que le Conseil ne puisse prendre une décision, qu'elle sollicite le retrait de la décision attaquée et son remplacement par une décision adéquatement motivée, et qu'une réunion aura bien lieu le 18 avril.

28. Le 18 avril 2018, une réunion technique est organisée entre des représentants de la partie requérante, ses conseils, des représentants de la partie adverse, ses conseils, et des représentants de l'INAMI. Au cours de celle-ci, les conseils de la partie requérante émettent notamment des doutes sur l'indépendance de la partie adverse à l'égard de l'INAMI.

29. Le 19 avril 2018, la partie requérante adresse à la partie adverse un courrier identique à celui du 16 avril, sous la réserve qu'il n'y est plus fait mention de la réunion du 18 avril.

30. Le 26 avril 2018, la présidente du Conseil de la partie adverse adresse le courrier suivant à la partie requérante :

" *“erratum – annule et remplace le courrier de notification daté du 29 mars 2018 portant les mêmes références que le présent courrier”*
[...]

Concerne : Application de l'arrêté royal du 10 avril 2014 relatif à la responsabilisation des organismes assureurs sur le montant de leurs frais d'administration – période d'évaluation du 1^{er} janvier au 31 décembre 2016.

Monsieur le Directeur général,

Conformément aux dispositions de l'arrêté royal du 10 avril 2014 relatif à la responsabilisation des organismes assureurs sur le montant de leurs frais d'administration, le Conseil de l'Office de contrôle procède annuellement à l'évaluation de la manière dont lesdits organismes assureurs exécutent leurs missions légales. Un rapport reprenant les résultats de ladite évaluation est établi à l'issue de cette dernière.

Relativement aux remarques formulées par votre organisme assureur dans le cadre de l'évaluation 2016 soumise au Comité technique du 12 octobre 2017, qui ont été communiquées à l'Office par le biais de votre courrier du 12 octobre 2017 [...], j'attire votre attention sur le fait que les décisions prises par le Conseil à leur égard en séance du 8 février 2018, ont été portées à la connaissance du Comité technique du 15 mars 2018 via la note C.T. 17/20/D1/C.

Je vous informe de ce que la décision, prise par le Conseil en sa séance du 29 mars 2018, remplace la décision qui vous a été communiquée en date du 15 mars 2018 via [courrier][...], qui comportait une mention erronée des voies de recours. Par sa décision adoptée en séance du 29 mars 2018, le Conseil ne modifie toutefois pas les résultats de l'évaluation concernée et confirme cette décision antérieure sur ces points et en reprend les motifs. Par conséquent, la copie du tableau récapitulatif reprenant les résultats relatifs à l'évaluation réalisée pour la période dont question sous rubrique, ainsi que le CD-ROM comportant une version en français et en néerlandais du rapport précité, qui vous ont été communiquées en annexe du courrier du 15 mars 2018, restent inchangées. La présente décision est adoptée en vue de corriger l'erreur dans la mention des voies de recours.

La présente décision peut faire l'objet d'un recours auprès du Conseil d'État, à introduire dans les délais et selon la procédure visée par l'article 68 de la loi du 6 août 1990, précitée, et par l'arrêté royal du 12 octobre 2010 portant

exécution de l'article 68, alinéa 2, de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités".

31. Le 9 mai 2018, la présidente du Conseil de la partie adverse adresse à la partie requérante un courrier longuement motivé dans lequel elle indique que, le 8 mai 2018, le Conseil de l'Office de contrôle s'est prononcé sur le recours en considération introduit contre la décision relative à l'évaluation des performances de gestion.

Après avoir procédé au rappel de la réglementation et des faits, le courrier expose les motifs pour lesquels les arguments avancés par la partie requérante n'ont pas été retenus, ce courrier se conclut comme suit :

" Eu égard à ce qui précède, le Conseil a, en sa séance du 8 mai 2018, décidé de rejeter le recours en reconsidération de sa décision du 29 mars 2018, introduit par votre organisme assureur et de confirmer les résultats du rapport d'évaluation pour les motifs exposés.

Par conséquent, le tableau récapitulatif reprenant les résultats relatifs à l'évaluation réalisée pour la période dont question sous rubrique, ainsi que le rapport précité, qui ont été joints en annexe du courrier précité du 15 mars 2018, restent inchangés.

La présente décision peut faire l'objet d'un recours auprès du Conseil d'État à introduire dans les délais et selon la procédure visée par l'article 68 de la loi du 6 août 1990 précitée et par l'arrêté royal du 12 octobre 2010 portant exécution de l'article 68, alinéa 2, de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités.

Le Conseil vous communique qu'il entend procéder à l'exécution de sa décision nonobstant une quelconque sollicitation de son retrait ou de sa modification".

32. Le même 9 mai, la partie requérante adresse une demande de modification de la décision contenue dans le courrier du 26 avril 2018.

Après avoir rappelé le contexte factuel, la partie requérante indique que la partie adverse dispose de la compétence exclusive d'évaluer les organismes assureurs et n'est pas tenue par la position de l'INAMI, que le refus de l'autoriser à communiquer des données modifiées est illégal, que l'indépendance de la partie adverse à l'égard de l'INAMI peut être mise en doute, que le Comité technique ne s'est pas prononcé avant que le Conseil le fasse, et qu'elle sollicite l'attribution d'un montant de 3.651.054,93 € au lieu de 3.437.553,72 €.

33. Le 18 mai 2018, la présidente du Conseil de la partie adverse adresse le courrier suivant à la partie requérante :

" Monsieur le Directeur général,
Le Conseil de l'Office accuse bonne réception du courrier du 9 mai 2018 par lequel vous introduisez un recours en reconsidération à l'encontre de la "décision" du Conseil du 26 avril 2018, notifiée le 27 avril 2018, relative à

l'évaluation des performances de gestion de votre organisme assureur pour la période d'évaluation du 1^{er} janvier au 31 décembre 2016. Votre conseil a également communiqué cette demande par courriel le même jour.

Votre attention est à cet égard tout d'abord attirée sur le fait que le courrier du 26 avril 2018 notifié le 27 avril 2018 constituait uniquement un *erratum* du courrier de notification de la décision du Conseil du 29 mars.

Par ailleurs, vous avez précédemment pris connaissance de la décision du Conseil du 8 mai 2018 confirmant la décision du 29 mars 2018, qui vous a été envoyée le 9 mai 2018, ainsi qu'à votre conseil, par courrier recommandé avec accusé de réception [...] et par courriel le même jour, 3 heures avant l'envoi du courriel précité de votre conseil.

Comme décidé par le Conseil en date du 8 mai 2018, le Conseil entend procéder à l'exécution de sa décision nonobstant une quelconque sollicitation de son retrait ou de sa modification. Aucune autre suite ne sera donc réservée à votre courrier du 9 mai 2018".

IV. Recevabilité

IV.1. Thèse de la partie requérante

La partie requérante indique que l'acte attaqué peut faire l'objet d'un recours devant le Conseil d'État en vertu de l'article 68, 1^o, de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités.

Elle ajoute que la seule décision valable à son encontre est celle du 29 mars 2018, dont elle n'a reçu de notification valable que le 27 avril 2018 et que le délai de recours de 15 jours a commencé à courir à partir de cette date-là. Selon elle, la lettre par laquelle elle a demandé la modification de la décision a été adressée à la partie adverse le 9 mai 2018 de sorte que le délai de recours devant le Conseil d'État a été prolongé de 30 jours. Elle en conclut que le délai de recours a bien été respecté en l'espèce.

À la veille de l'audience, elle a communiqué par courriel au Conseil d'État une note d'audience qui selon ses dires "a pour seul objectif d'affiner l'argument déjà développé dans la requête d'annulation, à savoir celui qui porte sur la recevabilité du recours *ratione materiae*".

À l'audience, elle a exposé que la décision attaquée a fait l'objet de deux notifications, la première, le 30 mars 2018, réceptionnée par elle le 5 avril suivant, la seconde, le 26 avril 2018, qui annule et remplace le courrier de notification du 29 mars 2018 et qu'elle a réceptionnée le 27 avril 2018. À son estime, se fondant sur un arrêt n° 229.965 du 23 janvier 2015, il y a lieu de ne tenir compte que de la seconde notification et ce n'est qu'à cette date que le délai de recours prévu à l'article 2, § 1^{er} de l'arrêté royal du 12 octobre 2010 a pu prendre cours. Elle en conclut qu'elle était donc bien en mesure, le 9 mai 2018, d'intenter son recours, le délai ne commençant

à courir qu'à partir du 27 avril 2018. En conséquence, elle constate que la décision du 8 mai 2018 prise par la partie adverse n'a pas pu se prononcer sur son recours introduit le lendemain. Par ailleurs, elle souligne que la partie adverse n'a pas respecté les dispositions de l'arrêt royal du 12 octobre 2010, précité, et qu'il n'est pas étonnant que le courrier notifiant la décision du 8 mai 2018 ne précise pas sur quel recours il se prononce ni à quelle date ce recours aurait été introduit. Selon elle, la décision du 8 mai 2018 ne peut donc avoir remplacé celle du 29 mars 2018 qui est ici attaquée. À titre subsidiaire, elle invoque le respect de son droit à un procès équitable qui a été mis à mal par la multiplicité des décisions et des notifications de la partie adverse avec le risque que le justiciable ne soit plus en mesure de déterminer avec exactitude à quel moment il peut introduire un recours au Conseil d'État ni contre quelle décision. Enfin, à titre infiniment subsidiaire, elle demande que l'objet du présent recours soit étendu à la décision du 8 mai 2018 dès lors que celle-ci ne fait que confirmer la décision du 29 mars 2018 qui est ici attaquée, que les moyens qu'elle invoque portent également sur l'objet de la décision du 8 mai 2018 dès lors qu'elle y fait explicitement référence dans sa requête et que le principe de la sécurité juridique justifie cette extension.

La partie adverse a fait valoir par un courriel du 5 novembre 2018 ainsi qu'à l'audience qu'elle s'opposait au dépôt de la note d'audience, d'une part, parce que celle-ci n'est pas prévue par le règlement de procédure et, d'autre part, parce qu'elle n'a pas pour simple objet d'affiner l'argumentation relative à la recevabilité du recours dès lors que "de nouveaux arguments sont développés (portée de la décision du 8 mai, violation du droit de la défense)" et que, "plus fondamentalement, une nouvelle demande d'extension de l'objet du recours est formulée". Elle en conclut que ces nouveaux arguments sont tardifs et doivent être écartés des débats.

IV.2. Appréciation

Dès lors que la note d'audience et la plaidoirie du conseil de la partie requérante concernent principalement la recevabilité *ratione materiae* du présent recours qui relève de l'ordre public et que la présente procédure ne prévoit pas le dépôt d'un dernier mémoire, il n'y a pas lieu de les écarter au motif qu'elles seraient intervenues tardivement.

Le recours de la partie requérante est seulement dirigé contre la décision prise par la partie adverse le 29 mars 2018.

La loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités prévoit en son article 68 ce qui suit:

" Art. 68. Un recours est ouvert auprès du Conseil d'État selon une procédure accélérée à l'encontre des décisions administratives suivantes prononcées par le Conseil :

1° toutes les décisions administratives prises à l'encontre des mutualités, des unions nationales de mutualités et des sociétés mutualistes visées à l'article 70, §§ 1^{er} et 2, alinéas 1^{er} et 2;

2° des décisions administratives prises par le Conseil de l'Office de contrôle en application de l'article 52, alinéa 1^{er}, 11° et 12°, aux personnes physiques ou morales suivantes :

a) au demandeur d'agrément contre les décisions prises par le Conseil de l'Office de contrôle portant refus d'agrément en application des articles 28 et 584 de la loi du 13 mars 2016 relative au statut et au contrôle des entreprises d'assurance ou de réassurance;

b) [...]

c) à la société mutualiste visée à l'article 43bis, § 5, ou à l'article 70, §§ 6, 7 ou 8, contre les décisions de relèvement de tarifs prises par le Conseil de l'Office de contrôle et visées à l'article 504 de la loi du 13 mars 2016 relative au statut et au contrôle des entreprises d'assurance ou de réassurance;

d) à la société mutualiste visée à l'article 43bis, § 5, ou à l'article 70, §§ 6, 7 ou 8, contre les décisions prises par le Conseil de l'Office de contrôle et visées à l'article 517, § 1^{er}, 2°, 4°, 6°, 7° et 8°, de la loi du 13 mars 2016 relative au statut et au contrôle des entreprises d'assurance ou de réassurance;

e) à la société mutualiste visée à l'article 43bis, § 5, ou à l'article 70, §§ 6, 7 ou 8, contre les décisions de révocation de l'agrément prises par le Conseil de l'Office de contrôle et visées aux articles 517, § 1^{er}, 8°, 541 et 598, § 2, de la loi du 13 mars 2016 relative au statut et au contrôle des entreprises d'assurance ou de réassurance;

f) à la société mutualiste visée à l'article 43bis, § 5, ou à l'article 70, §§ 6, 7 ou 8, contre les décisions d'opposition prises par le Conseil de l'Office de contrôle et visées aux articles 108, § 3 et 115, § 2, de la loi du 13 mars 2016 relative au statut et au contrôle des entreprises d'assurance ou de réassurance;

g) à l'intermédiaire d'assurances visé à l'article 68, alinéa 1^{er}, de la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière de l'organisation de l'assurance maladie complémentaire (I), contre les décisions d'inscription ou de refus d'inscription dans une catégorie du registre des intermédiaires d'assurances, de radiation, d'interdiction d'activités, de suspension, de modification ou radiation de l'inscription, et d'avertissement, ainsi que contre les décisions qui entraînent l'expiration d'office de l'inscription, prises par le Conseil de l'Office de contrôle et visées aux articles 5, 9 et 13bis de la loi du 27 mars 1995 relative à l'intermédiation en assurances et en réassurances et à la distribution d'assurances.

Le Roi fixe les règles de procédure et détermine l'entrée en vigueur".

L'article 2 de l'arrêté royal du 12 octobre 2010 portant exécution de l'article 68, alinéa 2, de la loi du 6 août 1990, précitée, est rédigé comme suit:

" Art. 2. § 1^{er}. Le recours visé à l'article 68 de la loi doit, à peine de déchéance, être introduit sous pli recommandé à la poste dans les quinze jours de la notification de la décision incriminée.

Ce recours ne peut toutefois être introduit que 15 jours après que le demandeur a sollicité du Conseil de l'Office de contrôle, par lettre recommandée avec accusé

de réception, le retrait ou la modification de la décision incriminée, sans qu'il soit satisfait à sa demande.

Le demandeur n'est toutefois pas tenu de retarder l'introduction de son recours si l'Office de contrôle a fait savoir qu'il entendait procéder à l'exécution de sa décision nonobstant une quelconque sollicitation de son retrait ou de sa modification.

Le délai de recours visé à l'alinéa 1^{er} est prolongé de trente jours à compter de la date d'envoi de la lettre recommandée sollicitant le retrait ou la modification de la décision incriminée, pour autant que cette lettre soit adressée avant l'expiration du délai visé à l'alinéa 1^{er}.

§ 2. Lorsqu'un recours visé à l'article 68 de la loi est introduit à l'encontre de l'Office de contrôle car celui-ci n'a pas statué dans le délai fixé par ou en vertu de la loi du 9 juillet 1975 relative au contrôle des entreprises d'assurances, le recours doit, à peine de déchéance, être introduit sous pli recommandé à la poste dans les quinze jours de l'échéance du délai en question. Ainsi :

lorsqu'il n'a pas été statué, à propos d'une demande d'agrément, dans les quatre mois de la réception, par l'Office de contrôle, de tous les renseignements et documents requis à l'appui d'une telle demande, ce qui, en application de l'article 4 de la loi du 9 juillet 1975 précitée, équivaut à une décision de refus d'agrément visée à l'article 3 de ladite loi et à l'article 68 alinéa 1^{er}, 2^o, a), de la loi, le recours doit, à peine de déchéance, être introduit dans les quinze jours de l'échéance du délai précité;

le recours prévu à l'article 68, alinéa 1^{er}, 2^o, f), de la loi, doit, à peine de déchéance, être introduit dans les quinze jours de l'échéance du délai de six semaines prévu à l'article 51 de la loi du 9 juillet 1975, précitée.

§ 3. Le Conseil d'État est saisi par une requête signée par le requérant ou, si le requérant est une personne morale, par la ou les personnes habilitées légalement ou statutairement à la représenter en justice ou par un avocat inscrit au tableau de l'Ordre des avocats ou sur la liste des stagiaires, ainsi que, selon les dispositions du Code judiciaire, par un ressortissant d'un État membre de l'Union européenne qui est habilité à exercer la profession d'avocat. La requête est adressée au Conseil d'État sous pli recommandé à la poste, accompagnée de quatre copies certifiées conformes et d'une copie de la décision contre laquelle il est fait recours. À la requête est joint un inventaire des pièces à l'appui, accompagné de quatre copies certifiées conformes".

En l'espèce, la partie requérante a introduit une demande en reconsidération auprès de la partie adverse, le 16 avril 2018, contre la décision du 29 mars 2018. Le 26 avril 2018, la partie adverse a adressé à la partie requérante un courrier qu'elle qualifie d'*erratum* qui annule et remplace le courrier de notification du 29 mars 2018. Il ressort de ce courrier du 26 avril que la décision du 29 mars 2018 est maintenue et il est expliqué à la partie requérante que la notification intervenue le 29 mars avait uniquement pour but de corriger l'erreur dans la mention des voies de recours. À la suite du recours administratif introduit par la partie requérante le 16 avril 2018, l'acte attaqué a été remplacé par la décision du 8 mai 2018 de la partie adverse qui a confirmé les résultats de son rapport d'évaluation pour les mêmes motifs que ceux qui avaient déjà été énoncés dans sa décision du 29 mars 2018. Il s'ensuit que la partie adverse a bien repris une nouvelle décision, le 8 mai 2018, en réexaminant les griefs de la partie requérante et en répondant également aux moyens de défense qu'elle a exposés lors de la réunion technique qui s'est déroulée le 18 avril 2018. S'il est exact que la partie adverse a commis des erreurs dans ses courriers de notification concernant la mention des voies de recours,

il est cependant clair que, dans ces courriers, elle ne remet nullement en cause sa décision du 29 mars 2018, laquelle reste inchangée. Le recours en reconsidération introduit le 16 avril 2018 visait donc la bonne décision. En conséquence, la décision du 29 mars 2018 a disparu de l'ordonnancement juridique ayant été remplacée par celle du 8 mai 2018.

La décision du 8 mai 2018 a été communiquée à la partie requérante le 9 mai avec l'indication des voies de recours et n'a pas fait l'objet d'un recours dans les délais requis. La demande d'extension de l'objet du présent recours n'est, dans ces circonstances, pas admissible. Il s'ensuit que la décision du 8 mai 2018 est devenue définitive, que le présent recours n'a plus d'objet et est, par conséquent, irrecevable.

V. Indemnité de procédure

Dans son mémoire en réponse, la partie adverse sollicite une indemnité de procédure d'un montant de 700 euros, à la charge de la partie requérante. Il y a lieu de faire droit à sa demande.

PAR CES MOTIFS, LE CONSEIL D'ÉTAT DÉCIDE :

Article 1^{er}.

Il n'y a plus lieu de statuer.

Article 2.

Une indemnité de procédure d'un montant de 700 euros est accordée à la partie adverse, à la charge de la partie requérante.

La contribution prévue à l'article 66, 6°, du règlement général de procédure, liquidée à la somme de 20 euros est mise à la charge de la partie requérante.

Les autres dépens, liquidés à la somme de 200 euros, sont également mis à la charge de la partie requérante.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique de la XV^e chambre,
le neuf novembre deux mille dix-huit, par :

Pascale VANDERNACHT,
Diane DÉOM,
Marc JOASSART,
Frédéric QUINTIN,

président de chambre,
conseiller d'État,
conseiller d'État,
greffier assumé

Le Greffier assumé,

Le Président,

Frédéric QUINTIN.

Pascale VANDERNACHT.